

Zwischen

**der AOK Baden-Württemberg, Stuttgart
(vertreten durch den Vorstand),**

**der Pflegekasse bei der AOK Baden-Württemberg, Stuttgart
(vertreten durch den Vorstand),**

**der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Baden-Württemberg, Stuttgart
(vertreten durch den Vorstand),**

**und der Pflegekasse bei der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Baden-
Württemberg, Stuttgart (vertreten durch den Vorstand)**

- nachfolgend „Leistungsträger“ genannt -

und dem

**Fachverband Orthopädie-Technik, Sanitäts- und medizinischer
Fachhandel Südwest e.V., Stuttgart
(vertreten durch den Vorstand),**

- nachfolgend „FOS“ genannt -

wird folgende

Preisvereinbarung
gemäß § 127 SGB V
über wiedereinsetzbare Hilfsmittel

geschlossen:

§ 1

Vertragsgegenstand, Geltungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung regelt nach Maßgabe des § 127 SGB V die Vergütung für die Versorgung von Versicherten der Leistungsträger mit Rehabilitationsmitteln und anderen Hilfsmitteln, soweit sie Gegenstand dieser Vereinbarung sind.
- (2) Sie gilt für die im Rubrum genannten Leistungsträger und die Mitglieder des Fachverbandes, sowie für Nichtmitglieder, sofern sie dieser Vereinbarung durch eine Beitrittserklärung (Anlage 5) beigetreten sind.

- (3) Die Lieferung und Abrechnung von Hilfsmitteln nach dieser Vereinbarung setzt eine Zulassung nach § 126 SGB V für die Lieferung dieser Hilfsmittel voraus. Die Anerkennung dieser Vereinbarung allein bewirkt noch keine Zulassung.
- (4) Diese Vereinbarung ersetzt die Preisvereinbarung gem. § 127 SGB V über wiedereinsatzbare Hilfsmittel vom 30.04.2004, so dass es keiner Kündigung dieser Vereinbarung bedarf.
- (5) Die vereinbarten Preise, bzw. Rabattsätze auf die Listenpreise der Hilfsmittelhersteller, sind aus der Anlage 1 ersichtlich. Werden die vereinbarten Preise abgerechnet, so sind sämtliche in der Anlage 1 beschriebenen technischen Optionen bzw. Zubehörteile für das jeweilige Produkt zu liefern.
- (6) Bei den in dieser Vereinbarung und ihren Anlagen aufgeführten Preisen handelt es sich um verbindliche Vertragspreise, diese sind für alle Bezirksdirektionen bzw. Geschäftsstellen der Leistungsträger bindend. Die Preise verstehen sich zzgl. MwSt.
- (7) Die Belieferung der Versicherten der Leistungsträger mit Leistungen gem. dieser Vereinbarung ist für die dieser Vereinbarung unterliegenden Leistungserbringer verpflichtend.
- (8) Bei Produkten die in der Anlage 1 mit dem Vermerk "OHNE WIEDEREINSATZ" markiert sind, ist kein Leihvertrag mit dem Versicherten zu schließen, da hier der Versicherte Eigentümer des Hilfsmittels wird. Bei diesen Produkten wird aus wirtschaftlichen und/oder hygienischen Gründen das Wiedereinsatzverfahren nicht durchgeführt. Diese Regelung ist für alle Bezirksdirektionen der Leistungsträger bindend.
- (9) Sofern in dieser Vereinbarung keine anderen Regelungen getroffen sind, gelten für die Versorgung mit Hilfsmitteln (z.B. Neuversorgung, Reparatur) die Vereinbarungen mit der AOK Baden-Württemberg vom 21.12.2000, 01.06.1999 bzw. vom 04.04.1996 weiter.
- (10) Die dieser Vereinbarung unterliegenden Produkte dürfen nicht auf dem Versandweg und/oder durch Dritte und/oder per Internet vertrieben werden. Eine persönliche Einweisung in den Gebrauch des Produktes durch den Leistungserbringer bzw. dessen Mitarbeiter hat bindend zu erfolgen.

§ 2

Genehmigungsverfahren

- (1) Hilfsmittel die dieser Vereinbarung unterliegen sind bei Neulieferung grundsätzlich genehmigungspflichtig. Ausgenommen hiervon sind Produkte die in der Anlage 1 ausdrücklich aus dem Wiedereinsatzverfahren herausgenommen wurden oder für die eine Versorgungspauschale vereinbart ist. Die Abrechnungsmodalitäten im Bereich des Wiedereinsatzes sind in gesonderten Vereinbarungen geregelt (bei der AOK Baden-Württemberg, Vereinbarung über den Wiedereinsatz von Hilfsmitteln vom 30.04.2004).

- (2) Kostenvoranschläge für handwerkliche Leistungen, die nicht preislich geregelt sind, sind nach Arbeitszeit und Materialaufwand spezifiziert bei den Leistungsträgern einzureichen.

§ 3

Abrechnung

- (1) Sofern in dieser Vereinbarung keine anderen Regelungen getroffen sind, gelten bezüglich der Leistungserbringung und Abrechnung die Regelungen der jeweiligen Rahmenverträge. Die Rechnungen sind nach Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnis und innerhalb der Produktgruppen nach der Untergliederung „M“, „F“, „R“ zu sortieren. Für betreute Personenkreise wie z.B. Sozialhilfeempfänger ist eine gesonderte Rechnung zu stellen.
- (2) Nach Inkraftsetzen des maschinenlesbaren Abrechnungsverfahrens gemäß §§ 302, 303 SGB V bzw. §§ 104 - 106 SGB XI sind bei der Abrechnung die hierfür gültigen Regelungen zu beachten.
- (3) Von den Versicherten darf bei der Abgabe dieser Produkte keine Zuzahlung verlangt werden, es sei denn, dies ist gesetzlich vorgesehen.
- (4) Bei der Kalkulation von Artikeln aus dem Produktspektrum dieser Vereinbarung, für die keine Preise vereinbart sind, werden als Arbeitsstundenverrechnungssatz **39,50 EUR** zzgl. MWSt. zugrunde gelegt.
- (5) Der Abrechnung muss der Leihvertrag (bei AOK, Anlage 3), die Genehmigung bzw. bei der AOK die genehmigte und vom AOK-Hilfsmittellogistik-Center negativ bestätigte Lageranfrage (Anlage 4) und, bei Hilfsmitteln der Krankenversicherung, die ärztliche Verordnung beigelegt sein. Im Leihvertrag sowie auf der Rechnung ist der Hersteller des Produktes, die Modellbezeichnung sowie, soweit vorhanden, die Seriennummer des Produktes anzugeben. Fehlen diese Angaben so ist der Leistungsträger berechtigt die Rechnung abzuweisen.

§ 4

Versorgungspauschalen

- (1) Sind für ein Hilfsmittel Versorgungspauschalen vereinbart, umfasst die Ausstattung neben dem erforderlichen Hilfsmittel die in der Anlage 1 aufgeführten medizinisch notwendigen Zubehörteile und Zurüstungen.
- (2) Die im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu erbringenden Leistungen beinhalten neben der fachgerechten Versorgung mit dem Hilfsmittel alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Hierzu zählen insbesondere Beratung, Anlieferung, Montage, Anpassung, Erprobung, Wartung, Reparatur und Abholung sowie eine umfassende Einweisung des Versicherten und/oder ei-

ner von ihm beauftragten Betreuungsperson in den sachgerechten Gebrauch des Hilfsmittels.

- (3) Der Leistungserbringer trifft die Entscheidung, ob die Versicherten mit einem neuen oder einen wiederaufbereiteten Hilfsmittel versorgt werden. Für die Produktauswahl gelten die Bestimmungen der Hilfsmittel-Richtlinien und des Hilfsmittelverzeichnisses sowie die aktuellen gesetzlichen oder behördlichen Normen und Bestimmungen.
- (4) Die Ersatzbeschaffung mit einem gleichartigen Hilfsmittel sind während der Versorgungsdauer kostenfrei sicherzustellen.
- (5) Ein eventueller Untergang, Verschlechterung oder Verlust des Hilfsmittels geht nicht zu Lasten der Leistungsträger. Der Leistungserbringer ist jedoch berechtigt, bei zu vertretendem Verlust oder Beschädigung durch unsachgemäße Handhabung die tatsächlich angefallenen Kosten dem Versicherten in Rechnung zu stellen. Eine Haftung des Versicherten wegen entgangenem Gewinnes kann der Leistungserbringer nicht geltend machen.
- (6) Sofern eine notwendige Reparatur oder Wartung eines Hilfsmittels nicht zeitnah durchgeführt werden kann, stellt der Leistungserbringer einen adäquaten Ersatz unentgeltlich zur Verfügung.
- (7) Der Leistungserbringer informiert den Versicherten über sein Eigentum sowie die leistungsrechtlichen Modalitäten und lässt sich den Empfang des gebrauchts- und funktionsfähigen Hilfsmittels vom Versicherten oder einer von ihm beauftragten Person schriftlich bestätigen (Anlage 8).
- (8) Vor Beginn der Versorgung hat der Leistungserbringer dem zuständigen Leistungsträger zur Prüfung der Leistungspflicht eine Versorgungsanzeige vorzulegen, es sei denn, dem Leistungserbringer liegt ein konkreter Auftrag des Leistungsträgers vor oder in der Anlage 1 ist abweichendes geregelt.
- (9) Der Leistungserbringer liefert das Hilfsmittel an den Versicherten aus, überlässt es ihm zur unentgeltlichen Nutzung und gewährleistet eine einwandfreie Beschaffenheit sowie Betriebs- und Funktionsfähigkeit während der medizinisch / pflegerisch notwendigen Versorgungsdauer.
- (10) Der Leistungserbringer bleibt auch während der Versorgung Eigentümer der über Versorgungspauschalen vergüteten Hilfsmittel, daher findet die Anlage 3 (AOK-Leihvertrag) keine Anwendung.
- (11) Der Leistungserbringer hat die Versorgung inklusive aller Dienst- und Serviceleistungen bis zum Ende der medizinisch / pflegerisch notwendigen Versorgungsdauer sicherzustellen, auch wenn dieser Vertrag durch Kündigung oder aus sonstigen Gründen endet. Dies gilt auch bei Betriebsaufgabe / -veräußerung.
- (12) Der Fachverband Orthopädietechnik, Sanitäts- und Medizinischer Fachhandel, Südwest e.V. stellt sicher, dass im Insolvenzfall oder bei Betriebsaufgabe/-veräußerung eines Mitgliedsbetriebes die laufenden Versorgungsleistungen im Rahmen der Versorgungspauschalen kostenfrei bis zur nächsten Folgepauschale bzw. bis zum Nutzungswegfall gewährleistet ist.
- (13) Die Nichtmitglieder des Fachverbandes übertragen für Hilfsmittel, die im Rahmen der Versorgungspauschalen von dem Leistungsträger bezahlt wurden, das Eigentum auf die Leistungsträger (Anlage 5). Alternativ wird eine jährlich anzupassende Bankbürgschaft in Höhe des Umsatzes der Fallpauschalprodukte des

vergangenen Jahres mit den Leistungsträgern oder eine Kollektivhaftung mehrerer Leistungserbringer akzeptiert.

- (14) Der Leistungserbringer hat eine landesweite Versorgung sicherzustellen. Dies gilt auch bei einem Wohnortwechsel.
- (15) Wird ein Hilfsmittel, das über eine Versorgungspauschale vergütet wurde, nicht mehr benötigt, ist der Leistungserbringer zur Rückholung berechtigt. Der Leistungserbringer hat selbst sicherzustellen, in welcher Form er die notwendige Informationen für die Rückholung erhält.
- (16) Der Leistungserbringer erhält eine Mitteilung von den Leistungsträgern, sofern diese Kenntnis über den Wegfall der Notwendigkeit erlangen. Die Rückholung des Hilfsmittels ist unverzüglich vorzunehmen.
- (17) Es ist unzulässig ein Hilfsmittel, das Eigentum eines anderen Leistungserbringers ist, zurückzuholen und dieses wieder auszuliefern.

§ 5

Dekubitusversorgung

- (1) Der Leistungserbringer wählt basierend auf dem Dekubitusstatus und der Bewertung des Dekubitusrisikos des Patienten das entsprechende System aus. Dies wird in einem Dekubitusserfassungsbogen gem. Hilfsmittelverzeichnis (Anlage 7) dokumentiert. Die Leistungsträger prüfen und genehmigen, ggf. vorab per Fax, den entsprechenden Versorgungsvorschlag des Leistungserbringers.
- (2) Die fachliche Kompetenz für die Bedarfsermittlung ist auf Anforderung der Leistungsträger oder des FOS nachzuweisen. Vorgenannte fachliche Kompetenz sichern geschulte Fachkräfte mit Erfahrungen in der Wundversorgung (z. B. Krankenschwestern, Krankenpfleger, Personal mit mind. zweijähriger Berufserfahrung in einem medizinischem Beruf mit Schulungsnachweisen).
- (3) Für die Bedarfsermittlung ist ein Dekubitusserhebungsbogen / Dekubitusserfassungsbogen (Anlage 7) zu verwenden. Die Beschreibung des Dekubitus hat ausführlich zu erfolgen, ohne vollständig ausgefülltes Formblatt kann keine Genehmigung erteilt werden. Bei Umversorgungen ist ein neuer Dekubitusserhebungsbogen zur Genehmigung erforderlich.

§ 6

Versorgung mit Fremdkraftbetriebenen Bewegungsgeräten

Vor der Beantragung der Kostenübernahme eines solchen Hilfsmittels hat eine mindestens 14-tägige Erprobung des Hilfsmittels durch den Versicherten zu erfolgen. Dies ist mit einem Erprobungsnachweis (Anlage 9) zu belegen, die bei der Beantragung der Kostenübernahme dem Kostenvoranschlag beizufügen ist.

§ 7

Durchführung von Reparaturen

- (1) Es dürfen nur Reparaturen an Produkten durchgeführt werden, für die eine Lieferberechtigung besteht. Für andere Reparaturen besteht kein Vergütungsanspruch.
- (2) Vor der Durchführung einer Reparatur ist der Leistungserbringer verpflichtet, auf etwaige Garantieansprüche zu achten und diese ggf. gemäß § 12 Abs. 1 gegenüber dem Hersteller geltend zu machen.
- (3) Der Leistungserbringer hat für Reparaturen fachlich qualifiziertes Personal vorzuhalten, das sich regelmäßig fortbildet.
- (4) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, Reparatur-, Ersatz- und Zubehörteile in ausreichender Menge für die von ihm gelieferten Hilfsmittel (gilt auch für Wiedereinsätze) vorzuhalten. Anfallende Instandsetzungen sind kurzfristig und sachgerecht auszuführen; dabei ist das Wirtschaftlichkeitsgebot § 12 SGB V zu beachten (Verhältnis Wiedereinsatz zu Neuanschaffung).
- (5) Notwendige Ergänzungen und Reparaturen werden nach Material und Zeitaufwand gem. § 3 Abs. 3 mit den Leistungsträgern detailliert abgerechnet. Die Leistungsträger behalten sich eine sachliche und rechnerische Überprüfung auf Richtigkeit vor.
- (6) Aus dem Kostenvoranschlag und aus der Rechnung muss hervorgehen, wenn die Reparatur nur von einem Hersteller durchgeführt werden darf. In diesen Fällen sind immer der Kostenvoranschlag bzw. eine Kopie der Originalrechnung des Herstellers beizufügen.
- (7) Können Reparaturen nicht sofort ausgeführt werden, so hat der Leistungserbringer aus seinem Bestand ein gleichwertiges Ersatzhilfsmittel (mindestens aus dem Standardbereich) kostenlos zur Verfügung zu stellen.
- (8) Bei unaufschiebbaren Reparaturen hat der Leistungserbringer die Leistungsträger sofort telefonisch (siehe Anlagen 6a und 6b) zu verständigen, um die Durchführung der Reparatur zu klären.
- (9) Die Leistungsträger erhalten vom Leistungserbringer einen Hinweis, wenn an einem Hilfsmittel ein Schaden festgestellt oder vermutet wird, der auf unsachgemäße Behandlung bzw. nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch zurückzuführen ist.

§ 8

Qualität der erbrachten Leistungen

- (1) Der Leistungserbringer ist dafür verantwortlich, dass die von ihm abgegebenen Hilfsmittel den vereinbarten Qualitätsstandards, bzw., wo keine Qualitätsstandards vereinbart sind, den Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnis genügen.
- (2) Die abgegebenen Hilfsmittel haben dem aktuellen technischen Stand und den gesetzlichen Vorgaben (z.B. Medizinproduktegesetz) zu entsprechen.

- (3) Bei der Auswahl und Abgabe des verordneten Hilfsmittels hat der Leistungserbringer das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 (1) SGB V, bzw. des § 29 SGB XI, zu beachten.

§ 9

Werbung

Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Leistungsträger beziehen. Eine gezielte Beeinflussung des Versicherten durch den Leistungserbringer, insbesondere hinsichtlich der Beantragung bestimmter Leistungen, ist nicht zulässig. Hierzu gehört z.B. die Gewährung von Rabatten an Versicherte.

§ 10

Datenschutz

- (1) Die Versicherten- und Leistungsdaten der vertraglich erbrachten Leistungen dürfen nur im Rahmen der in § 302 SGB V, bzw. § 104 SGB XI genannten Zwecke verarbeitet und genutzt werden. Der Leistungserbringer bzw. die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle sind verpflichtet, den Schutz der Sozialdaten bzw. der personenbezogenen Daten gem. den Regelungen des §§ 35 SGB I in Verbindung mit § 93 SGB XI bei der Verarbeitung und Nutzung durch technische und organisatorische Maßnahmen gem. § 78a SGB X bzw. § 9 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) sicherzustellen.
- (2) Der Leistungserbringer sowie die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle unterliegen hinsichtlich der Person des Versicherten der Schweigepflicht. Zulässig ist die Übermittlung von Angaben an die Leistungsträger und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit sie zur Erfüllung von deren gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Der Leistungserbringer hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht und anhand der Sozialgeheimnis-Verpflichtung (Anlage 2) auf die Wahrung des Sozialgeheimnisses gem. § 35 SGB I i.V. mit dem Datengeheimnis gem. § 5 BDSG besonders zu verpflichten. Die Regelungen von § 37 SGB I sowie §§ 67 bis 85a SGB X in Verbindung mit § 93 SGB XI bleiben unberührt.

§ 11

Zusammenarbeit zwischen Ärzten / Einrichtungen und Leistungserbringern

- (1) Hilfsmitteldepots in Arztpraxen oder sonstigen Einrichtungen sind nicht zulässig. Leistungserbringer dürfen nur Leistungen abrechnen, die sie selbst erbracht haben. Im Einzelfall sind in Arztpraxen und stationären Einrichtungen Einzelversorgungen sowie Notfallversorgungen mit sonstigen Hilfsmitteln auf Anforderung zulässig.
- (2) Eine Vergütung von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter durch Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Leistungserbringung ist unzulässig. Unzulässig ist darüber hinaus die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderer Vorteile für die Zuweisung von Patienten oder Verordnungen an einzelne Leistungserbringer.
- (3) Zulässig sind jedoch Anpassungsleistungen von individuell handwerklich gefertigten Hilfsmitteln in der Praxis des Arztes und stationären Einrichtungen durch Vertragspartner, nachdem das Hilfsmittel in der eigenen Werkstatt des Leistungserbringers gefertigt wurde.
- (4) Eine Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Ärzten mit dem Ziel, eine Ausweitung der Verordnung bzw. der Inanspruchnahme von Hilfsmitteln zu erzielen oder dergestalt, dass die freie Wahl der Versicherten unter den zugelassenen Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht zulässig.

§ 12

Haftung

- (1) Bei allen Hilfsmitteln haftet der Leistungserbringer für die Dauer von 24 Monaten, bzw. für die in Anlage 1 vereinbarte Dauer, vom Tage der Lieferung an für ein zum Zeitpunkt der Erstlieferung einwandfreies Produkt. Bei Mängeln, die sich innerhalb dieser Frist herausstellen, sind alle zu ihrer Beseitigung erforderlichen Maßnahmen kostenlos durchzuführen. Von diesem Recht können sowohl die Leistungsträger als auch unmittelbar die Anspruchsberechtigten Gebrauch machen. Im übrigen gelten die Vorschriften der §§ 434 ff. und §§ 633 ff. BGB.
- (2) Entzieht sich der Lieferungsberechtigte der Prüfung des Vorhandenseins des Mangels oder der Beseitigung des Mangels, so ist die Verjährung so lange gehemmt, bis er das Ergebnis der Prüfung dem betreffenden Leistungsträger mitgeteilt oder ihm gegenüber den Mangel für beseitigt erklärt, dies gilt auch, wenn er die Fortsetzung der Beseitigung verweigert hat.

- (3) Diese Haftung besteht nicht, wenn nachweislich unsachgemäße Handhabung durch den Benutzer, höhere Gewalt, körperliche Veränderungen, übermäßige starke Schweißbildung oder Verschleiß, der nicht auf einem Qualitätsmangel beruht, diese Mängel bedingen.

§ 13

Maßnahmen bei Vertragsverstößen, Wiedergutmachung des Schadens

- (4) Bei Verstößen gegen die aus diesem Vertrag erwachsenden Pflichten kommen als Vertragsmaßnahme, nach Anhörung des Betroffenen, eine Verwarnung, bei schweren Vertragsverstößen die Zahlung eines von dem Vertragsausschuss (§10) festgelegten Geldbuße, bis zu 36.000,- EUR und/oder fristlose Kündigung des Vertrages mit dem einzelnen Leistungserbringer, in Betracht.
- (5) Unabhängig von den Maßnahmen nach Abs. 1 ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden zu ersetzen.

§ 14

Vertragsausschuss

- (1) Zur Klärung von Meinungsverschiedenheiten von grundsätzlicher Bedeutung oder erforderlichenfalls zur gemeinsamen Aufklärung von Vertragsverstößen ist ein Vertragsausschuss zu bilden, der paritätisch aus den Vertretern der Leistungsträger die dieser Vereinbarung unterliegen und des FOS besetzt ist.
- (2) Ziel der Verhandlungen des Vertragsausschusses ist es, über Streitpunkte eine gütliche Einigung herbeizuführen.
- (3) Der Vertragsausschuss ist auf Verlangen eines Vertragspartners unter Angabe einer schriftlichen Begründung einzuberufen.

§ 15

Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt zum 01.02.2006 in Kraft. Sie gilt für alle Leistungen, die ab dem 01.02.2006 erbracht werden (Empfangsbestätigung des Versicherten).

§ 16

Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, frühestens jedoch zum 31.01.2007, schriftlich gekündigt werden.
- (2) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt davon unberührt. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn gesetzliche / sonstige technische / rechtliche Vorgaben und / oder aufsichtsrechtliche Maßnahmen / Vorgaben den Leistungsträgern eine Fortführung der Vereinbarung unmöglich machen.

Stuttgart, den 12.01.2006

Dr. Christopher Hermann
Stv. Vorstandsvorsitzender
AOK Baden-Württemberg, Stuttgart

Joachim Glotz
Vorstandsvorsitzender des
Fachverbands Orthopädie-Technik
Sanitäts- und medizinischer
Fachhandel Südwest e. V., Stuttgart

Landwirtschaftliche Krankenkasse
Baden-Württemberg, Stuttgart

Raymund Weber
Geschäftsführer des Fachverbandes
Orthopädie-Technik
Sanitäts- und medizinischer
Fachhandel Südwest e. V., Stuttgart

- Anlage 1: Preisvereinbarung
incl. Anhang A1, A2 und A3
- Anlage 2: Sozialgeheimnis-Verpflichtung
- Anlage 3: AOK-Leihvertrag
- Anlage 4: AOK-Lageranfrage
- Anlage 5: Verpflichtungserklärung
- Anlage 6a: AOK Annahmestellen für Hilfsmittelkostenvoranschläge und Rechnungen
- Anlage 6b: LKK Annahmestellen für Hilfsmittelkostenvoranschläge und Rechnungen
- Anlage 7: Dekubituserhebungsbogen gem. Hilfsmittelverzeichnis
- Anlage 8: Versichertenerklärung mit Empfangsbestätigung
- Anlage 9: Erprobungsnachweis

Rehamittel FOS / AOK BaWü - LKK BaWü (2006)

Produktgruppe 04 - Badehilfen

Pos. Nr.	Bezeichnung	Indikation	Qualität / Ausstattung	Preis ab 01.01.2006	MwSt
04.40.01.0	Badewannenlifter	Funktionsminderung/ Funktionsunfähigkeit der oberen und/oder unteren Extremitäten. Durch den Lifter wird weitgehend selbständiges Baden ermöglicht. s. Hilfsmittelverzeichnis	gem. HiMiVerz. zusätzlich Details: akkubetrieben tiefe Absenkbarkeit mit absenkbarer hoher Rückenlehne, Rückenverstellung über Handschalter (keine Zwangsabsenkung) integrierte Nackenstütze Strom-Notausschaltung Belastbarkeit bis 135 kg Patientengewicht Austauschbare Bezüge und / oder ergonomisch geformte, rutschfeste, leicht zu reinigende Sitzeinheit mit in der Sitzfläche integrierter Übersetzhilfe zum Badewannenrand, falls notwendig inkl. mobiler Dreh- und Übersetzhilfe, Höhenadapter, 3 Jahre Garantie auf den Badewannenlifter, 2 Jahre Garantie auf Akkus (im Zeitraum von 6 Monaten nach der Erstlieferung kann kein Zubehör nachberechnet werden)	495,00 EUR	v
04.40.02.1 04.40.02.2	Badewannensitz	Krankeits- oder behinderungsbedingte Stehunfähigkeit/Standunsicherheit s. Hilfsmittelverzeichnis	gem. HiMiVerz. zusätzlich Details: mit / ohne Rückenlehne pflegeleichter Kunststoff, in der Breite verstellbar, mit Hygiene- /Intimausschnitt, Metallteile rostfrei ohne Wiedereinsatz	98,00 EUR	v

Pos. Nr.	Bezeichnung	Indikation	Qualität / Ausstattung	Preis ab 01.01.2006	MwSt
04.40.03.0	Duschklapsitz	Krankheits- oder behinderungsbedingte Stehunsfähigkeit/Standunsicherheit s. Hilfsmittelverzeichnis	mind. wie HiMiVerz. inkl. Montage und Hausbesuch, pflegeleichter Kunststoff, mit Hygiene-/Intimausschnitt, Sitzfläche hochklappbar, Metallteile rostfrei ohne Wiedereinsatz	225,00 EUR	v
04.40.03.1	Duschhocker	Krankheits- oder behinderungsbedingte Stehunsfähigkeit/Standunsicherheit s. Hilfsmittelverzeichnis	höhenverstellbar rutschhemmende Kunststoffpuffer Metallteile rostfrei	98,00 EUR	v
04.40.03.2	Duschstuhl	Krankheits- oder behinderungsbedingte Stehunsfähigkeit/Standunsicherheit s. Hilfsmittelverzeichnis	mind. wie HiMiVerz. mit Rückenlehne und Armauflagen höhenverstellbar rutschhemmende Kunststoffpuffer Metallteile rostfrei	145,00 EUR	v

v = voller Mehrwertsteuersatz

e = ermäßigter Mehrwertsteuersatz

alle Preise zzgl. gesetzlicher MWSt.

Rehamittel FOS / AOK BaWü - LKK BaWü (2006)

Produktgruppe 10 - Gehhilfen

Pos. Nr.	Bezeichnung	Qualität / Ausstattung	Preis ab 01.01.2006	MwSt
10.50.04.0	Delta-Gehrad (Dreirädrige Gehhilfe)	faltbar mit Faltsicherung Alu, Chrom-Molybdän, vergüteter Stahl Pulverbeschichtung / Chrom (Mehrschichtig) Belastbarkeit 120 kg Gesamtgewicht: max. 6 kg geschlossene Kugellager Felgen Kunststoff pannensichere Bereifung höhenverstellbare Schiebegriffe, anat. Seilzugbremse mit Feststellung 2 Jahre Garantie	Versorgungspauschale: 75,00 EUR für 5 Jahre Die Fallpauschale deckt sämtlichen Aufwand (Beratung des Patienten, Auslieferung, Reparatur, Rückholung usw.) der im Versorgungszeitraum anfällt ab. Nach Ablauf des Versorgungszeitraums kann eine Folgepauschale in gleicher Höhe für die gleiche Laufzeit mit den Leistungsträgern abgerechnet werden.	e
10.50.04.1	Rollator (Vierrädrige Gehhilfe)	Standardrollator incl. Korb und Tablett max. 12 kg (gesamt, incl. Korb u. Tablett) Alu-Legierung, Chrom-Molybdän, Stahl Vorderradgabeln kugelgelagert Pulverbeschichtung od. mehrschicht. Chromatierung geschlossene Kugellager od. Gleitlager gem. DIN ohne Selbst- oder Fremdgefährdung pannensichere Bereifung Schiebegriffe anatomisch und höhenverstellbar Seilzugbremse mit Feststellung, Bremshebel fingerumgreifend 120 kg Belastbarkeit Sitzbreite mind. 37 cm Sitzmaterial geschäumter Kunststoff Garantie: Herstellergarantie, mind. 2 Jahre	Versorgungspauschale: 75,00 EUR für 5 Jahre Die Fallpauschale deckt sämtlichen Aufwand (Beratung des Patienten, Auslieferung, Reparatur, Rückholung usw.) der im Versorgungszeitraum anfällt ab. Nach Ablauf des Versorgungszeitraums kann eine Folgepauschale in gleicher Höhe für die gleiche Laufzeit mit den Leistungsträgern abgerechnet werden.	v

Pos. Nr.	Bezeichnung	Qualität / Ausstattung	Preis ab 01.01.2006	MwSt
10.50.04.1	Rollator (Vierrädrige Gehhilfe)	Kauf preis wenn zusätzlich: incl. Rückenbügel oder -gurt Gewicht gesamt max. 10 kg Ausführung Alulegierung od. Chrom-Molybdän ausschl. geschlossene Kugellager	180,00 EUR	v
10.50.04.1	Kinderrollatoren	wie Hilfsmittelverzeichnis	15%	v
10.50.04.1	Sonstige Rollatoren	wie Hilfsmittelverzeichnis	18%	v

v = voller Mehrwertsteuersatz
e = ermäßigter Mehrwertsteuersatz

Oben genannte Versorgungspauschalen können ohne Kostenvoranschlag und ohne Versorgungsanzeige direkt abgerechnet werden, jedoch ist die Versichertenerklärung Anlage 8 des Vertrages vom Versicherten unterzeichnen zu lassen und diese Versichertenerklärung der Abrechnung beizufügen.

Rehamittel FOS / AOK BaWü - LKK BaWü (2006)

Produktgruppe 11 - Hilfsmittel gegen Dekubitus

Pos. Nr.	Bezeichnung	Indikation	Qualität / Ausstattung	Preis ab 01.01.2006	MwSt
11.39.0	Sitzkissen gegen Dekubitus	s. Hilfsmittelverzeichnis	gem. Hilfsmittelverzeichnis	15%	v
			<i>bei einem Herstellerlistenpreis von 400,00 € oder darüber</i>	10%	v
11.29.0	Ganzkörper Hilfsmittel gegen Dekubitus	vorwiegend Dekubitus Grad 2-4	Erstattungspreis richtet sich nach dem Dekubitusgrad des Patienten		
		s. Hilfsmittelverzeichnis	<p>Für Deku Grad 1 Für Deku Grad 2 Für Deku Grad 3 Für Deku Grad 4</p> <p>Der Leistungserbringer wählt basierend auf dem Dekubitusstatus und der Bewertung des Dekubitusrisikos des Patienten das entsprechende System aus. Dies wird in einem Dekubitusserfassungsbogen gem. Hilfsmittelverzeichnis (Anlage 7) dokumentiert.</p> <p>Die Leistungsträger prüfen und genehmigen, ggf. vorab mit Fax, den entsprechenden Versorgungsvorschlag des Leistungserbringers.</p> <p>Voraussetzungen für die Leistungserbringung: Fachliche Kompetenz für die Bedarfsermittlung, die Auswahl der geeigneten Lagerungshilfen, die Einweisung und Betreuung des Patienten bzw. des Pflegepersonals. Vorgenannte fachliche Kompetenz sichern geschulte Fachkräfte mit Erfahrungen in der Wundversorgung (z. B. Krankenschwestern, Krankenpfleger, Personal mit mind. zweijähriger Berufserfahrung in einem medizinischem Beruf mit Schulungsnachweisen).</p>	<p>600,00 EUR 1.120,00 EUR 1.810,00 EUR 15%</p>	<p>v v v v</p>

Pos. Nr.	Bezeichnung	Indikation	Qualität / Ausstattung	Preis ab 01.01.2006	MwSt
			Bedarfsermittlung: Für die Bedarfsermittlung ist ein Dekubitusserhebungsbogen / Dekubituserfassungsbogen zu verwenden. Die Beschreibung des Dekubitus hat ausführlich zu erfolgen, ohne vollständig ausgefülltes Formblatt kann keine Genehmigung erteilt werden. Bei Umversorgungen ist ein neuer Erhebungsbogen zur Genehmigung erforderlich.		
11.00.99.0001	Reinigungspauschale für die chemothermische Aufbereitung von Wechseldrucksystemen, incl. aller logistischen Aufwendungen	Abrechenbar in Bereichen in denen kein AOK-Hilfsmittel-Logistik-Center tätig ist.		90,00 EUR	v
11.00.99.0002	Reinigungspauschale für Antidekubitus-Matratzen bei Reinigung durch den Hersteller (incl. aller damit verbundenen Aufwendungen)	Abrechenbar in Bereichen in denen kein AOK-Hilfsmittel-Logistik-Center tätig ist.	mit gereinigtem Bezug	185,00 EUR	v
			mit neuem Bezug	236,00 EUR	v

v = voller Mehrwertsteuersatz

e = ermäßigter Mehrwertsteuersatz

Rehamittel FOS / AOK BaWü - LKK BaWü (2006)

Produktgruppe 14 - Inhalations- und Atemtherapiegeräte

Pos. Nr.	Bezeichnung	Indikation	Qualität / Ausstattung	Preis ab 01.01.2006	MwSt
14.24.01.0	Druckluftgetriebene Düsenvernebler geregelt in Krankenpflegeartikel-Liste			siehe Krankenpflegeart.-Liste (z.Zt. 121,15 €)	v
14.24.02.2	Dampfgetriebene Düsenvernebler geregelt in Krankenpflegeartikel-Liste			siehe Krankenpflegeart.-Liste (z.Zt. 98,20 €)	v
14.24.04.0	O2-Konzentratoren	Chronische Hypoxämie Anwendung mind. 16 h pro Tag siehe Hilfsmittelverzeichnis	mind. 90% O ² bei 5l/Min. Selbstkontrolle des Gerätes ...nach EN ISO 8359 Grobstaubfilter vom Patienten ... zu reinigen Motorgeräusch <50dB wartungsfreundlich (Filterwechsel ...mit geringem Aufwand) Möglichkeit der Nutzung sowohl ...von Einweg- als auch Mehrweg- ...systemen für die Anfeuchtung inkl. eingehende Einweisung Wartungen im ersten Jahr, ...mind. jedoch die ersten 2 ...Wartungen, inclusive. Sechsmonatige Nachbetreuung 24-Stunden-Notdienst	1.050,00 EUR	v
14.24.05	Sauerstofftherapiegeräte, Druckgas	Nur wenn O2-Konzentrator nicht ausreichend oder zweckmäßig ist. siehe Hilfsmittelverzeichnis		10%	v
14.24.05.0	O2-Flaschensysteme, stationär, ohne Atemtriggerung	s.o.		10%	v
14.24.05.1	O2-Flaschensysteme, stationär, mit Atemtriggerung	s.o.		10%	v
14.24.05.2	O2-Flaschensysteme, mobil, ohne Atemtriggerung	s.o.		10%	v
14.24.05.3	O2-Flaschensysteme, mobil, mit Atemtriggerung	s.o.		10%	v
14.24.99.0001	Füllpauschale Sauerstoff-Druckgas	s.o.	Pauschale beinhaltet sämtl. Kosten, z.B.: Füllung, Flaschenmiete, anfallende Gebühren, Masken, Schlauch, Einweisung des Patienten, Fahrtkosten 24h-Notdienst sichergestellt	50,00 EUR	v

v = voller Mehrwertsteuersatz

e = ermäßigter Mehrwertsteuersatz

Pos. Nr.	Bezeichnung	Indikation	Qualität / Ausstattung	Preis ab 01.01.2006	MwSt
18.46.02	Toilettenrollstühle (Innenraum)			25%	e
18.46.02.0	Starre Toiletten-Rollstühle (Innenraum)	Gehunfähigkeit bzw. stark eingeschränkte Gehfähigkeit wenn das Benutzen oder Erreichen einer normalen Toilette behinderungsbedingt nicht möglich ist. s. HMV	mehrschichtig verchromt od. pulverbesch. Stahlrohr Schiebegriffe ISO 7176 4 vollgummibereifte Lenkrollen 2 davon mit Feststellern im Rahmen verschraubt, nicht eingepreßt Lenkradgabeln glanzverzinkt Armlehnen abnehmbar, abklappbar Fußstützen abnehmbar Fußplatten abklappbar inkl. Wadenband Rückenlehne Kunststoffbespannung Kunststoff-Sitzplatte m. Toi.öffnung feste Abdeckplatte gepolstert Kunststoffbezug (verschweißt, nicht getackert) bis 120 kg Nachliefergarantie Ersatzteile 3 Jahre CE-Kennzeichnung	125,00 EUR	e
18.46.03	Duschrollstühle (Innenraum)	Gehunfähigkeit bzw. stark eingeschränkte Gehfähigkeit Dusche muß mit Rollstuhl befahrbar sein. siehe HMV		23%	e
18.46.03.0	Duschrollstuhl mit Greifreifen		Standard-Duschrollstuhl, Sitzbreite 43 cm, durchgehendes Fußbrett, nach hinten abklappbar	750,00 EUR	
18.46.03.1	Dusch-Schieberollstuhl			600,00 EUR	
18.46.04	Rollstühle mit Einarmantrieb (Innenraum)			25%	e
18.46.05	Elektrollstühle (Innenraum)			20%	e
18.46.05.0	Standard-Elektro-Rollstühle (Innenraum)	Benutzung handgetriebener Rollstühle ist aufgrund der Behinderung nicht mehr möglich. s. Hilfsmittelverzeichnis	s. gesonderte Beschreibung in Anlage A 1	3.200,00 EUR	e
18.50.01	Schieberollstühle (kleine Rollen)			25%	e
18.50.02	Rollstühle mit Greifreifenantrieb			25%	e

Pos. Nr.	Bezeichnung	Indikation	Qualität / Ausstattung	Preis ab 01.01.2006	MwSt
18.50.02.0	Standardrollstuhl, große Räder hinten (= Standard-Schieberollstuhl)	Gehunfähigkeit Standardversorgung s. Hilfsmittelverzeichnis	<p>z.B. Meyra 3.600 HMV-Nr.: 18.50.02.0006 Sitzbreite 38-48 cm. <u>inklusive:</u> Code 12: Seitenteile, abnehmbar, groß (Paar), oder Code 16: Desk-Seitenteile, abnehmbar, (Paar) oder Code 20: Seitenteile, abnehmbar, schräg (Paar), oder Code 93: Beinstützen-Oberteil, geteilt, abnehmbar, abschwenkbar (Paar), Code 560: Sitzkissen 3 cm, Code 680 / 706: Trommelbremse, abnehmbare Räder, zwei Hebel für Begleitperson (Paar) Code 805: Beinstützunterteil, Code 833: Sicherheitsgurt, Code 901: pannensichere PU-Bereifung für Vorderräder, Code 902: pannensichere PU-Bereifung für Hinterräder, Code 970: Stockhalter</p> <p>z.B. Ortopedia Budget HMV-Nr.: 18.50.02.0035 Sitzbreite 40 - 48 cm. <u>inklusive:</u> Code 415: Armlehnen, Code 476: Beinstützen Code 5005 / 301: Trommelbremse für Begleitperson und Feststellbremse 24" Rad Steckachse Code 5061: pannensichere Bereifung, Antriebsräder, Code 4916: Feststellbremse für PU-/Vollgummibereifung Code 4431: Armlehnen 415 oder Code 4437: Armlehnen 425 oder Code 4432: Armlehnen 418 Code 4487: Beinstützen 476 Code 4616: Gehhilfenhalter Code 4613: Beckengurt</p> <p>Sonstige Standardrollstühle</p> <p>Qualität gemäß Hilfsmittelverzeichnis Grundmodell inkl. Armlehnen und Beinstützen</p> <p>Zubehör kann gesondert über den empfohlenen Verkaufspreis / Listenpreis des Herstellers abzgl. 30 % Rabatt verrechnet werden.</p> <p>Rollstühle ohne Trommelbremse sind von der AOK / LKK nicht mehr erwünscht.</p>	<p>595,00 EUR</p> <p>595,00 EUR</p> <p>398,00 EUR</p>	<p>e</p> <p>e</p> <p>e</p>

Pos. Nr.	Bezeichnung	Indikation	Qualität / Ausstattung	Preis ab 01.01.2006	MwSt
18.50.02.2	Leichtgewichtsrollstuhl	Für Selbstfahrer s. Hilfsmittelverzeichnis	z.B. Meyra Eurochair Vario 1.750 HMV-Nr.: 18.50.02.2085 Sitzbreite 38-48 cm. <u>Inklusive:</u> Code 93: Beinstützenoberenteil, geteilt, abnehmbar, abschwengbar (Paar) Code 107: Seitenteile, abklappbar, abschwenk- und höhenverstellbar Code 560: Sitzkissen, 3 cm dick (Textil) Code 680 / 706: Trommelbremse, abnehmbare Räder, zwei Hebel für Begleitperson (Paar) Code 808: Beinstützenunterteil, winkeleinstellbar Code 833: Haltegurt Code 902: Pannensichere PU-Bereifung 24 x 1 3/8 " Code 970: Stockhalter	899,00 EUR	e
			z.B. Sopur Classic 160 HMV-Nr.: 18.50.02.2078 Sitzbreite 38-51 cm. <u>Inklusive:</u> Code 1205: Stockhalter mit Klettschlaufe Code 2122: Fußraste geteilt, Kunststoff, Fußbrett winkelverstellbar Code 3026: Sitzkissen 3 cm. Code 4210: Desk-Seitenteil, hochschwenkbar, abnehmbar, kurze Armauflage, höhenverstellbar oder Code 4211: Desk-Seitenteil, hochschwenkbar, abnehmbar, lange Armauflage, höhenverstellbar Code 5153: 2 Stk. pannensicher Grobprofil	899,00 EUR	e
			z.B. Otto Bock Start M1 Intro HMV-Nr.: 18.50.02.XXXX Grundausstattung inkl. Fußraste geteilt, stufenlos winkelverstellbar, Fußauflage Kunststoff schwarz Sitzbreite 38-50,5 cm. <u>Inklusive:</u> Art.Nr. 481A53=SK018: Stockhalter Art.Nr. 481E53=PK001: Desk-Seitenteil höhenverstellbar, Armauflage 300 mm Art.Nr. 481G53=PK014: Antriebsrad mit Trommelbremse (inkl. Steckachse) mit PU-Bereifung und Greifring Aluminium, hell eloxiert (1Paar) Art.Nr. 481C00=SM850: Standardkissen Schaumstoff, Bezug schwarz 3-8 cm. Art.Nr. 446B1=2-7: Beckengurt mit Kunststoffverschluss	899,00 EUR	e
			Sonstige Leichtgewichtsrollstühle Qualität gemäß Hilfsmittelverzeichnis Grundmodell inkl. Armlehnen und Beinstützen Zubehör kann gesonder über den empfohlenen Verkaufspreis / Listenpreis des Herstellers abzgl. 30 % Rabatt verrechnet werden. Rollstühle ohne Trommelbremse sind von der AOK / LKK nicht mehr erwünscht.	540,00 EUR	e

Pos. Nr.	Bezeichnung	Indikation	Qualität / Ausstattung	Preis ab 01.01.2006	MwSt
18.50.03.0	Aktivrollstuhl	aktive Rollstuhlfahrer (z.B. Berufstätige) s. Hilfsmittelverzeichnis	nach Bedarf	24%	e
18.50.03.0	Aktivrollstuhl	aktive Rollstuhlfahrer (z.B. Berufstätige) s. Hilfsmittelverzeichnis	Grundmodell inkl. Beinstützen und Armliehen. Falls erforderlich (wird vom Fachhandel bestimmt): Anpassrücken, Trommelbremse, Bremshebelverlängerung, Speichenschutz, Stützrolle, höhenverstellbare Schiebegriffe, Lenkräder- und Antriebs-Varianten	2.100,00 EUR	
18.50.03.1	Aktivrollstuhl für Kinder		nach Bedarf	22%	e
18.50.04	Elektrorollstühle			20%	e
18.50.04.0	Elektrorollstuhl mit indirekter Lenkung		siehe gesonderte Beschreibung in Anlage A 2	4.100,00 EUR	e
18.50.04.1	Elektro-Rollstuhl mit direkter, el.-mech. Lenkung		siehe gesonderte Beschreibung in Anlage A 3	4.450,00 EUR	e
50.45.07.2 (18.50.02.5)	Pflegerollstuhl	Geriatrische Versorgung Gehunfähigkeit bzw. stark ausgeprägte Gehbehinderung	Material von Rahmen, Seitenteilen, Radgabeln: Stahl; Vorderradgabeln mit mehreren Achsaufnahmen für verschiedene Radgrößen; Sitz- und Rückenpolster atmungsaktiv, schwer entflammbar, anatomisch vorgeformt, Sitz- und Rückenverstellung (30 Grad) wahlweise für Benutzer oder Begleitperson, Sitztiefe regulierbar; Fußplatten: winkeleinstellbar, Fußplatte aus Alu-Legierung oder glasfaserverstärktem Kunststoff; Kopfstütze, höhen-, tiefen- und winkelverstellbar; Stützrollen, abnehmbar; pannensichere Bereifung (wahlweise Vollgummi o. PU); 5 Jahre Garantie auf Rahmen und Kreuzstrebe, sonstige Teile 1 Jahr; Rahmenteile mit Pulverbeschichtung oder mehrschichtiger Chromatierung; Belastbarkeit bis 120 kg Patientengewicht ohne Aufpreis; Achslagerung: alle Räder geschlossene Kugellager nach DIN/ISO; Steckachsen an den Antriebsrädern, Antriebsrad-Felgen: Alu-Legierung, 36 Edelstahlspeichen, kreuzverspeicht; Sitzbreite 40-51 cm; Trommelbremse für Begleitperson (Bremstrommel Aluguß, überdreht); Greifreifen Alulegierung, austauschbar ohne Demontage der Reifen; Sitz- und Rückenverstellung über Gasdruckfedern; Sitz- und Rückenbezug abnehmbar; winkelverstellbare Beinstützen: Stahl, abnehmbar, arretierbar, mit anatomischen Längenausgleich; höhen- und tiefenverstellbare Seitenteile, Armauflage schaumstoffweich, gepolster: passive Beleuchtung (je 2 gelbe Reflektoren seitlich, 2 rote Reflektoren hinten, keine Klebestreifen !); Vorderräder: Felgen Kunststoff, 2-fach kugelgelagert nach DIN/ISO, Therapeutisch, Inkontinenzbezug, Pelotte	2.300,00 EUR	e
18.50.02.5	Pflegerollstuhl	Neurologische Versorgung Gehunfähigkeit bzw. stark ausgeprägte Gehbehinderung	wie HiMiVerz.	24%	
18.51.01	Rollstühle mit Hebelantrieb			25%	e
18.51.02	Elektrorollstühle		siehe gesonderte Beschreibung in Anlage A 3	4.450,00 EUR	e
18.65.01	Treppenfahrzeuge		Einweisung durch autorisiertes Personal Ausfüllen des Einweisungs-Nachweisformulars	9%	v
18.99.01	Reha-Karren / Buggys		wie HMV	15%	e
18.99.05	Schiebehilfen + Aufsteckantriebe		wie HMV	9%	e/v

Pos. Nr.	Bezeichnung	Indikation	Qualität / Ausstattung	Preis ab 01.01.2006	MwSt
18.99.09	Rollstuhlzubehör			Rabatt wie Grund-HiMi	
18.99.09.0001	Therapietisch		Standard-Therapietisch aus Macrolon, bruchsicher, in der Breite verstellbar von 38-43 cm bzw. 43-48 cm Rollstuhlsitzbreite , aufschiebbar	110,00 EUR	e
18.99.09.0993	Speichenschutz		Standardausführung, transparent, Stückpreis, incl. Montage und Montagematerial (zur Nachrüstung)	45,00 EUR	e
	Aufpreis für übergroße Sitzbreiten (kann nur berechnet werden, wenn die Sitzbreite herstellerseitig als übergroß definiert ist)		belastbar bis 150 kg feste Sitzplatte inkl. Verbundschaumsitzkissen (3cm) Doppelkreuzstrebe	Rabatt wie Grund-HiMi	

v = voller Mehrwertsteuersatz

e = ermäßigter Mehrwertsteuersatz

Anmerkung Schiebehilfen + Aufsteckantriebe:

e/v = Bei Komplettlieferungen in Verbindung mit Rollstuhl

ermäßigter Steuersatz gem. dem gelieferten Grundhilfsmittel (Rollstuhl).

Rehamittel FOS / AOK BaWü - LKK BaWü (2006)

Produktgruppe 19 - Krankenpflegeartikel

Pos. Nr.	Bezeichnung	Indikation	Qualität / Ausstattung	Preis ab 01.01.2006	MwSt
19.40.01	Behindertengerechte Betten			15%	v
19.40.01.3	Betten, motorisch verstellbar siehe Vereinbarung über die Neulieferung und den Wiedereinsatz von Kranken- und Pflegebetten.			997,02 EUR	v
19.40.02	Behindertengerechtes Bettzubehör			15%	v

v = voller Mehrwertsteuersatz

e = ermäßigter Mehrwertsteuersatz

Rehamittel FOS / AOK BaWü - LKK BaWü (2006)

Produktgruppe 32 - Therapeutische Bewegungsgeräte

Pos. Nr.	Bezeichnung	Indikation	Qualität / Ausstattung	Preis ab 01.01.2006	MwSt
32.06.01	Fremdkraftbetriebene Beintrainer		wie HMV inkl. Erprobung mind. 14 Tage (Anlage 9)	10%	v
32.10.01	Fremdkraftbetriebene Armtrainer		wie HMV inkl. Erprobung mind. 14 Tage (Anlage 9)	10%	v
32.29.01	Fremdkraftbetriebene Kombinationstrainer für Arme und Beine		wie HMV inkl. Erprobung mind. 14 Tage (Anlage 9)	10%	v

v = voller Mehrwertsteuersatz

e = ermäßigter Mehrwertsteuersatz

Rehamittel FOS / AOK BaWü - LKK BaWü (2006)

Produktgruppe 33 - Toilettenhilfen

Pos. Nr.	Bezeichnung	Indikation	Qualität / Ausstattung	Preis ab 01.01.2006	MwSt
33.40.01.0	Toilettensitzerhöhungen <u>ohne</u> Armlehnen	Deutlich eingeschränkte oder vollständig aufgehobene Beweglichkeit der LWS, der Hüft- u. Kniegelenke. Hierdurch eingeschränkte Fähigkeit des Hinsetzens und Aufstehens, weshalb die Benutzung konventioneller Toilettenbecken nicht möglich ist.	wie HMV Höhen 5 cm, 10 cm, 15 cm, mit oder ohne Deckel, klemmbar, aufsteckbar (Mischpreis d. h. inklusive / exklusive Montage / Hausbesuch) <u>ohne Wiedereinsatz</u>	59,00 EUR	v
33.40.01.3	Toilettensitzerhöhungen <u>mit</u> Armlehnen	Deutlich eingeschränkte oder vollständig aufgehobene Beweglichkeit der LWS, der Hüft- und Kniegelenke. Hierdurch eingeschränkte Fähigkeit des Hinsetzens und Aufstehens, weshalb die Benutzung konventioneller Toilettenbecken nicht möglich ist.	wie HMV, 3-fach in der Höhe einstellbar <u>inklusive</u> Montage/Hausbesuch <u>ohne Wiedereinsatz</u>	160,00 EUR	v
			<u>ohne</u> Montage <u>ohne Wiedereinsatz</u>	120,00 EUR	v

v = voller Mehrwertsteuersatz

e = ermäßigter Mehrwertsteuersatz

Rehamittel FOS / AOK BaWü - LKK BaWü (02/2006)

Gültig ab: 01.02.2006

Erläuterungen zur Vereinbarung Rehamittel

Die angegebenen Preise verstehen sich ohne die gesetzliche Mehrwertsteuer

Mehrwertsteuersatz: v = voll; e = ermäßigt;

e/v = Bei separaten Lieferungen oder Nachlieferungen voller Mehrwertsteuersatz.

Bei Komplettlieferungen in Verbindung mit Rollstuhl

ermäßigter Steuersatz gem. dem gelieferten Grundhilfsmittel (Rollstuhl).

Ist für eine Gruppe von Produkten ein gemeinsamer Preis bzw. Rabattsatz vereinbart und besteht gleichzeitig für ein bestimmtes Produkt oder eine bestimmte Produktart dieser Gruppe ein spezieller vereinbarter Preis bzw. Rabattsatz, so geht der spezielle Preis bzw. Rabattsatz dem allgemeineren vor.

Die Entscheidung, ob ein in Qualität und Ausstattung höherwertiges Produkt gemäß der Beschreibung in dieser Vereinbarung oder ein einfaches Produkt zum Einsatz kommt, obliegt dem genehmigenden Leistungsträger.

N i e d e r s c h r i f t

über die Verpflichtung

auf das Sozialgeheimnis gemäß § 35 SGB I sowie

auf das Datengeheimnis gemäß § 5 BDSG

Herr/Frau _____

Straße/ Ort _____

wurde heute

1. darüber informiert, daß er/sie im Rahmen der durchzuführenden Aufgaben Kenntnis von sensiblen Daten im Sinne von § 67 SGB X (Sozialdaten sowie Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse), §§ 93 ff SGB XI (personenbezogene Daten der Pflegeversicherung) bzw. § 3 BDSG (personenbezogene Daten) erhalten kann,
2. auf die Wahrung des Sozialgeheimnisses gemäß § 35 SGB I sowie auf die Wahrung des Datengeheimnisses gemäß § 5 BDSG verpflichtet,
3. darauf hingewiesen, daß es untersagt ist, geschützte Sozialdaten, Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse sowie personenbezogene Daten unbefugt zu verarbeiten und zu nutzen. Insbesondere ist es untersagt, diese Daten für Unbefugte zugänglich zu machen oder sie an Unbefugte weiterzugeben. Diese Verpflichtung besteht auch nach Beendigung der Tätigkeit fort;
4. darüber belehrt, daß Verstöße gegen das Sozial- sowie das Datengeheimnis nach § 85 SGB X, § 43 BDSG sowie weiterer einschlägiger Rechtsvorschriften mit Freiheits- oder Geldstrafe geahndet werden können; eine disziplinar- oder arbeitsrechtliche Verfolgung wird dadurch nicht ausgeschlossen. Eine Verletzung des Sozial- bzw. des Datengeheimnisses wird in den meisten Fällen gleichzeitig eine Verletzung der Amtsverschwiegenheit bzw. einen Verstoß gegen die arbeitsrechtliche Schweigepflicht darstellen. Auch kann in ihr eine Verletzung spezieller Geheimhaltungsvorschriften (insbesondere § 203 StGB) liegen.

Der Empfang einer Abschrift dieser Niederschrift wird bestätigt.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Verpflichtenden)

(Unterschrift des Verpflichteten)

**Bitte Ausführungen auf
der Rückseite beachten**

Zur Beachtung

Im Rahmen Ihrer Aufgabenstellung erhalten Sie Kenntnis von Sozialdaten, Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen im Sinne von § 67 des Sozialgesetzbuch (SGB) X sowie von personenbezogenen Daten gemäß §§ 93 ff des SGB XI und § 3 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG).

Dementsprechend gelten für Sie die Geheimhaltungsvorschriften von § 203 des Strafgesetzbuches (StGB) sowie die Verpflichtung zur Wahrung des Sozialgeheimnisses gemäß § 35 SGB I. Ebenso gilt für Sie das Datengeheimnis nach § 5 BDSG.

Nach diesen Regelungen ist es Ihnen untersagt, geschützte Sozialdaten, personenbezogene Daten sowie Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse unbefugt zu einem anderen als dem zur jeweiligen rechtmäßigen Aufgabenerfüllung gehörenden Zweck zu verarbeiten und zu nutzen.

Die formelle Verpflichtung auf das Sozialgeheimnis sowie auf das Datengeheimnis erfolgt gemäß den gesetzlichen Bestimmungen und besteht auch nach Beendigung der jeweiligen Tätigkeit fort.

Verstöße gegen das Sozial- und Datengeheimnis können gemäß § 85 SGB X, § 43 BDSG sowie anderer einschlägiger Rechtsvorschriften mit Freiheits- oder Geldstrafe geahndet werden.

Der Schutz der genannten Daten gemäß SGB und LDSG gilt unabhängig von der Art der Verarbeitung und Nutzung dieser Daten. Geschützt sind demnach auch die in Aktenordnern aufbewahrten Unterlagen (z.B. Fragebögen, Bescheinigungen).

Bei der automatisierten Verarbeitung der genannten Daten gemäß § 67 Abs. 6 SGB X bzw. § 3 Abs. 5 BDSG sind technische und organisatorische Maßnahmen insbesondere auch zur Verhinderung der Kenntnisnahme dieser Daten durch Unbefugte zu treffen.

Bei der Verarbeitung von Daten der Buchhaltung und des Rechnungswesens (einschließlich der Personalabrechnung) sind die jeweils geltenden Grundsätze zur ordnungsgemäßen Erledigung zu beachten.

Bitte machen Sie sich auch mit den übrigen Bestimmungen zum Datenschutz im SGB und dem LDSG sowie in der Dienstanweisung zum Datenschutz vertraut. Für Fragen und Anregungen steht Ihnen der Datenschutzbeauftragte zur Verfügung.

Wir bitten Sie um sensiblen Umgang mit den Ihnen zugänglichen Daten und um Ihre aktive Mitarbeit.

LEIHVERTRAG ÜBER EIN HILFSMITTEL (Muster)
(Kauf/Wiedereinsatz)

(Anlage 3)

zwischen der

AOK Baden-Württemberg

und

dem AOK-Versicherten:

Name, Vorname: _____ KV-Nr.: _____

Adresse: _____ Geburtsdatum: _____

1. Die AOK Baden Württemberg stellt der/dem Versicherten als Leistung der Kranken- bzw. Pflegeversicherung folgende Hilfsmittel leihweise zur Verfügung:

Bezeichnung: _____

Hersteller: _____

Artikel – Nr.: _____

Rahmen- / Seriennummer: _____

2. Die/der Versicherte erklärt hiermit, dass das Hilfsmittel in ordnungsgemäßem und gebrauchsfähigen Zustand übernommen wurde. Es verbleibt ihm zur
- eigenen sachgerechten Nutzung
 - sachgerechten Nutzung durch seinen Familienangehörigen oder Pflegedienst

Name, Vorname, Geburtsdatum des Familienangehörigen oder Pflegedienst

solange dies medizinisch notwendig ist.

3. Die/der Versicherte verpflichtet sich,
- das Hilfsmittel ordnungsgemäß und schonend zu behandeln bzw. für eine solche Behandlung zu sorgen, wenn es durch einen Angehörigen benutzt wird,
 - Beschädigungen die durch unsachgemäßen Gebrauch oder Fahrlässigkeit entstehen, auf eigene Kosten beheben zu lassen,
 - die AOK Baden-Württemberg von jeder Haftung freizustellen, die sich aus dem Gebrauch des Hilfsmittels ergeben kann,
 - das Hilfsmittel nicht an andere Personen zu übereignen, zu verleihen oder zu verpfänden,
 - das Hilfsmittel gegen Schäden durch Dritte und gegen Diebstahl hinreichend zu schützen.
4. Sobald das Hilfsmittel nicht mehr verwendet oder gebraucht wird, ist es der AOK Baden-Württemberg zurückzugeben.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

An die AOK - Die Gesundheitskasse:

Fax:

Zuständiges AOK-Hilfsmittel-Logistik-Center:

Fax:

Leistungserbringer: Name, Adresse, Datum _____

Ansprechpartner, Telefon, Fax _____

Lageranfrage

(Anlage 4) - Wir benötigen für die Versorgung Ihrer/Ihres Versicherten

Bitte hier die Verordnung einfügen

Sofern bei **Pflegehilfsmittel** keine Verordnung vorliegt stattdessen bitte angeben:

Name, Vorname des Versicherten: _____

Versicherten-Nr. (falls vorhanden): _____

Geburtsdatum: _____

Ansprechpartner: _____

Lieferadresse: _____

Bitte für jedes Hilfsmittel ein Formular verwenden - auch, wenn mehrere Hilfsmittel auf einer Verordnung aufgeführt sind.

Bezeichnung des Hilfsmittels: _____ Hilfsmittel-Nr.: _____

SB: _____ SH: _____ ST: _____ RH: _____ Gewicht des Patienten: _____ Körpergröße _____

dringend erforderliche Funktionsmerkmale:

—

Anwendung:

Alle zutreffenden Kriterien kennzeichnen

selbst	aktiv	Außenbereich	Behandlung
Pflegeperson	passiv	Innenbereich	Prophylaxe

Datum und Unterschrift Leistungserbringer: _____

Wird von der AOK ausgefüllt

Es besteht eine Leistungspflicht der

Eine Leistungspflicht der AOK besteht nicht

AOK - Die Gesundheitskasse AOK Pflegekasse

Datum und Unterschrift der AOK

Wird vom AOK-Hilfsmittel-Logistik-Center ausgefüllt

im Bestand vorhanden ID-Nr. _____ ⇒ Auslieferung an Fachgeschäft erfolgt am _____

Bezeichnung des Hilfsmittels: _____

nicht im Bestand vorhanden, Erfassung im Bestand ID-Nr.: _____

Datum und Unterschrift HLC

Beitrittserklärung zur Vereinbarung über Rehabilitationsmittel vom 12.01.2006

Zwischen

der AOK Baden-Württemberg, Stuttgart

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Baden-Württemberg, Stuttgart

und dem

**Fachverband Orthopädie-Technik, Sanitäts- und medizinischer
Fachhandel Südwest e.V., Stuttgart**

Beitrittserklärung

Ich erkenne hiermit den zwischen den o.g. Vertragspartnern abgeschlossene Vereinbarung vom 30.04.2004 sowie alle zu seiner Durchführung getroffenen sonstigen Vereinbarungen als von mir in eigener Person abgeschlossen an und verpflichte mich, die darin zwischen den Vertragspartnern eingegangenen Verpflichtungen ordnungsgemäß zu erfüllen. Für Hilfsmittel, die im Rahmen der Versorgungspauschalen von dem Leistungsträger unserem Unternehmen vergütet wurden, wird hiermit das Eigentum übertragen.

Art und Umfang der
bisherigen Zulassung

Inhaber

Betriebsleiter

(Name)

(Name)

(Ort)

(Ort)

(Straße)

Straße)

(Datum u. Unterschrift)

(Datum u. Unterschrift)

AOK- Die Gesundheitskasse	Anschrift Hilfsmittelsachbearbeitung Telefax	Telefon Instituts-Kennzeichen
Allgäu-Oberschwaben	Hilfsmittel-Competence Center für die AOK BD Allgäu-Oberschwaben, AOK BD Bodenseekreis und AOK BD Sigmaringen, 88045 Friedrichshafen, Charlottenstr. 15/1 88041 Friedrichshafen, Großkunde Fax 07541/7004-77	☎ 07541/7004-25 IK 107 815749
Bad Urach-Münsingen	72574 Bad Urach, Olgastraße 7 72563 Bad Urach, Postfach 12 09 Fax 07125/1502-123	☎ 07125/1502-0 IK 107 815794
Biberach	88400 Biberach, Zeppelinring 2 - 4 88396 Biberach, Postfach 11 61 Fax 07351/501-117	☎ 07351/501-0 IK 107 815716
Bodenseekreis	Hilfsmittel-Competence Center für die AOK BD Allgäu-Oberschwaben, AOK BD Bodenseekreis und AOK BD Sigmaringen, 88045 Friedrichshafen, Charlottenstr. 15/1 88041 Friedrichshafen, Großkunde Fax 07541/7004-77	☎ 07541/7004-25 IK 107 815738
für den Kreis Böblingen	71063 Sindelfingen, Riedmühlestraße 1 71058 Sindelfingen, Großkunde Fax 07031/617- 839	☎ 07031/617-813 IK 108 018110
Calw	Hilfsmittel-Competence Center für die AOK BD Calw, 72202 Nagold, Stettiner Straße 8, Fax 07452/818947	☎ 07452/8385-16 IK 107 118233
Enzkreis und Stadt Pforzheim	Kunden-Center Mühlacker, Hilfsmittelteam, 75417 Mühlacker, Erlenbachstraße 7, Fax 07041/898-58	☎ 07041/898-46 IK 107 118277
Esslingen	73730 Esslingen, Plochinger Straße 13 73726 Esslingen, Postfach 1 06 Fax 0711/9399-216	☎ 0711/9399-0 IK 108 018520
für den Landkreis Freudenstadt	72250 Freudenstadt, Herzog-Eugen-Str. 26 72231 Freudenstadt, Postfach 1 20 Fax 07441/886-141	☎ 07441/886-165 IK 106 818249
für den Kreis Göppingen	73033 Göppingen, Rosenstraße 22 73001 Göppingen, Postfach 1 20 Fax 07161/203-115	☎ 07161/203-134 IK 108 018531
Heidenheim	89518 Heidenheim, Wilhelmstraße 114 89501 Heidenheim, Postfach 11 09 Fax 07321/314-266	☎ 07321/314-184 IK 108 018542
Heilbronn	74072 Heilbronn, Allee 72 74001 Heilbronn, Postfach 11 20 Fax 07131/639-411	☎ 07131/639-309 IK 108 018325
Hohenlohekreis	74653 Künzelsau, Oberamteistraße 19 74642 Künzelsau, Postfach 12 58 Fax 07940/122-292	☎ 07940/122-230 IK 108 018336
Landkreis Konstanz	Hilfsmittel-Competence Center Hochrhein- Bodensee 79761 Waldshut-Tiengen, Am Rheinfels 2, Fax 07751/878-161 oder -266	☎ 07751/878-260 IK 107 515520
Lörrach	Hilfsmittel-Competence Center Hochrhein- Bodensee 79761 Waldshut-Tiengen, Am Rheinfels 2, Fax 07751/878-161 oder -266	☎ 07751/878-260 IK 107 415541

AOK- Die Gesundheitskasse	Anschrift Telefax	Telefon Instituts-Kennzeichen
Ludwigsburg-Bietigheim	Kunden-Center Bietigheim-Bissingen, Hilfsmittelteam 74321 Bietigheim-Bissingen, Im Aurain 1 Fax 07142/7002-89	☎ 07142/7002-48 IK 108 018347
Main-Tauber-Kreis	97941 Tauberbischofsheim, Wolfstallfurstr. 10 97931 Tauberbischofsch., Postfach 11 40 Fax 09341/940-105	☎ 09341/940-226 IK 108 018369
Mittelbaden	76437 Rastatt, Friedrich-Ebert-Str. 30 76401 Rastatt, Postfach 11 43 Fax 07222/2111-32	☎ 07222/2111-10 IK 106 818261
Mittlerer Oberrhein	76133 Karlsruhe, Kriegsstraße 41 76128 Karlsruhe, Großkunde Fax 0721/3711-459	☎ 0721/3711-470 IK 106 918251
Neckar-Odenwald-Kreis	74821 Mosbach, Hauptstraße 130 74819 Mosbach, Postfach 11 65 Fax 06261/802-229	☎ 06261/802-145 IK 107 018436
Nürtingen-Kirchheim/Teck	73230 Kirchheim, Schöllkopfstraße 61 73219 Kirchheim, Postfach 11 42 Fax 07021/721-298	☎ 07021/721-0 IK 108 018553
Ortenau	77656 Offenburg, Kolpingstraße 2 77601 Offenburg, Postfach 11 25 Fax 0781/623-119	☎ 0781/623-450 IK 107 615554
Ostalb	73430 Aalen, Curfeßstraße 27 73428 Aalen, Großkunde Fax 07361/584-191	☎ 07361/584-122 IK 108 018519
für den Rems-Murr-Kreis	71332 Waiblingen, Schorndorfer Str. 32 71328 Waiblingen, Postfach 11 13 Fax 07151/139-102	☎ 07151/139-455 IK 108 018132
Reutlingen	72762 Reutlingen, Konrad-Adenauer-Str. 23 72757 Reutlingen, Großkunde Fax 07121/209-215	☎ 07121/209-0 IK 107 815750
Rhein-Neckar	68161 Mannheim, Renzstr. 11 - 13 68139 Mannheim, Großkunde Fax 0621/176-8225	☎ 0621/176-8117 IK 107 018425
Kreis Rottweil	78713 Schramberg, Am Schlößle 2 78702 Schramberg, Postfach 1 40 Fax 07422/271-300	☎ 07422/271-223 IK 107 515564
Schwäbisch Gmünd	73525 Schwäbisch Gmünd, Pfeifergäßle 21 73522 Schwäbisch Gmünd, Großkunde Fax 07171/601-128	☎ 07171/601-217 IK 108 018564
Schwäbisch Hall	74523 Schwäbisch Hall, Unterlimpurger Str. 12 74501 Schwäbisch Hall, Postfach 10 01 05 Fax 0791/757-155	☎ 0791/757-150 IK 108 018 358
für den Schwarzwald-Baar-Keis	78048 Villingen-Schw. , Schwenninger Str. 1/2 78001 Villingen-Schwenningen, Postfach 1107 Fax 07721/533-23	☎ 07721/805-0 IK 107 515586
Sigmaringen	Hilfsmittel-Competence Center für die AOK BD Allgäu-Oberschwaben, AOK BD Bodenseekreis und AOK BD Sigmaringen, 88045 Friedrichshafen, Charlottenstr. 15/1 88041 Friedrichshafen, Großkunde Fax 07541/7004-77	☎ 07541/7004-25 IK 107 815761

AOK- Die Gesundheitskasse	Anschrift Telefax	Telefon Instituts-Kennzeichen
Stuttgart	70176 Stuttgart, Breitscheidstraße 20 70153 Stuttgart, Großkunde Fax 0711/20 69-128 oder -661	☎ 0711/20 69 –634 IK 108 018121
Südlicher Oberrhein	79098 Freiburg, Fahnenbergplatz 6 79077 Freiburg, Abhofach Fax 0761/2103-385	☎ 0761/2103-315 IK 107 415518
für den Landkreis Tübingen	72072 Tübingen, Europastraße 4 72001 Tübingen, Postfach 11 29 Fax 07071/914-399	☎ 07071/914-0 IK 107 815772
für den Landkreis Tuttlingen	78532 Tuttlingen, Karlstraße 2 78505 Tuttlingen, Postfach 40 51 Fax 07461/704-307	☎ 07461/704-208 IK 107 515575
Ulm	89073 Ulm, Schwambergerstraße 14 89001 Ulm, Postfach 11 40 Fax 0731/168-345	☎ 0731/168-368 IK 107 815783
Waldshut	Hilfsmittel-Competence Center Hochrhein- Bodensee 79761 Waldshut-Tiengen, Am Rheinfels 2, Fax 07751/878-161 oder -266	☎ 07751/878-260 IK 107 415596
Zollernalb	72336 Balingen, Hindenburgstraße 25 72334 Balingen, Großkunde Fax 07433/262-1009	☎ 07433/262-0 IK 107 815705

Anfragen bzw. Genehmigungsanträge sind für die LKK Baden-Württemberg an folgende Anschrift zu richten:

LKK Baden-Württemberg
Steinhäuserstraße 14
76135 Karlsruhe

Telefon: 0721 / 8194-0
Fax: 0721 / 8194-1444

Herr Hohlweg Tel: 0721 / 8194-1233
Herr Roch Tel: 0721 / 8194-1244

IK 106 908874

**ERHEBUNGSBOGEN ZUR VERSORGUNG MIT LIEGEHILFEN ALS HILFSMITTEL
GEGEN DEKUBITUS DER PRODUKTGRUPPE 11 DES HILFSMITTELVERZEICHNISSES
- ANZUWENDEN AB DER VOLLENDUNG DES FÜNFTEN LEBENSJAHRES -**

1. PERSONENDATEN

Vor- und Zuname des Patienten: _____

Adresse des Patienten: Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Tel.-Nr.: _____ männlich weiblich

Krankenversicherungs-Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

Hausarzt: _____ Verordner: _____

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Ggf. Betreuungspersonen: _____
_____**2. WER FÜHRT DIE PFLEGE DURCH? (Name, Anschrift, Telefon)**

Angehörige / Laien: _____

Ambulanter Pflegedienst: _____

Stationäre Pflege: _____

3. DIAGNOSEN UND BESONDERHEITEN DER PFLEGESITUATION_____

_____**4. LOKALISATION BESONDERS GEFÄHRDETER KÖRPERSTELLEN BZW. BEREITS BESTEHENDER WUNDEN**

Liegt aktuell ein Dekubitus vor ?

- nein ja → Dekubitus Stadium I
 Dekubitus Stadium II
 Dekubitus Stadium III
 Dekubitus Stadium IV

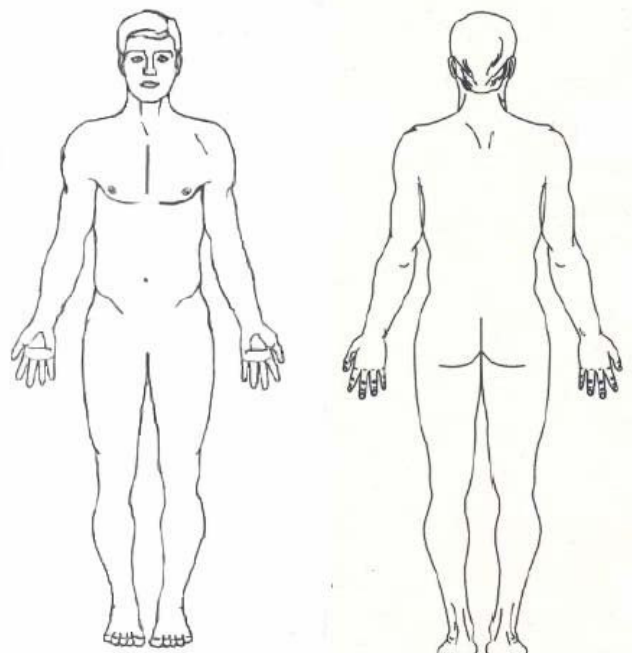
→ Einteilung nach EPUAP (s. Anhang)
 Lokalisation(en) in Schema einzeichnen

Lag in der Vergangenheit ein Dekubitus Stadium III oder IV (EPUAP) vor?

- nein ja → ehem. Dekubitus Stadium III
 ehem. Dekubitus Stadium IV

Muss der Patient auf bestehenden Wunden oder abgeheiltem Dekubitus Stadium III oder IV gelagert werden ?

- nein ja, Begründung:

_____

5. BRADEN-SKALA ZUR BEWERTUNG DES DEKUBITUSRISIKOS (nach B.Braden übersetzt von H.Heinhold; Heilberufe Spezial - Dekubitus 2001/2002)

	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	Σ
<p>Sensorisches Wahrnehmungsvermögen</p> <p>Fähigkeit, Lagebedingte wie künstliche Reize wahrzunehmen und adäquat zu reagieren</p>	<p>1. Vollständig ausgefallen</p> <p>Keine Reaktion auf Schmerzreize (auch kein Stöhnen, Zucken, Greifen) auf Grund verminderter (nervaler) Wahrnehmungsfähigkeit bis hin zur Bewusstlosigkeit oder Sedierung,</p> <p>ODER</p> <p>Missempfindungen / Schmerzen werden über den größten Körperanteil nicht wahrgenommen</p>	<p>2. Stark eingeschränkt</p> <p>Reaktion nur auf starke Schmerzreize, Missempfindungen können nur über Stöhnen oder Unruhe mitgeteilt werden</p> <p>ODER</p> <p>Sensorisches Empfinden stark herabgesetzt. Missempfindungen/Schmerzen werden über die Hälfte des Körpers nicht wahrgenommen.</p>	<p>3. Geringfügig eingeschränkt</p> <p>Reaktion auf Ansprechen; Missempfindungen bzw. das Bedürfnis nach Lagerungswechsel können nicht immer vermittelt werden,</p> <p>ODER</p> <p>sensorisches Empfinden teilweise herabgesetzt. Missempfindungen/Schmerzen werden in ein oder zwei Extremitäten nicht wahrgenommen.</p>	<p>4. Nicht eingeschränkt</p> <p>Reaktion auf Ansprechen.</p> <p>Missempfindungen oder Schmerzen werden wahrgenommen und können benannt werden.</p>	
<p>Feuchtigkeit</p> <p>Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist.</p>	<p>1. Ständig feucht</p> <p>Die Haut ist ständig feucht durch Schweiß, Urin usw. Nässe wird bei jedem Bewegung festgestellt.</p>	<p>2. Oft feucht</p> <p>Haut ist oft, aber nicht ständig feucht. Die Wäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden.</p>	<p>3. Manchmal feucht</p> <p>Die Haut ist hin und wieder feucht, die Wäsche muss zusätzlich einmal täglich gewechselt werden.</p>	<p>4. Selten feucht</p> <p>Die Haut ist normalerweise trocken. Wäschewechsel nur routinemäßig.</p>	
<p>Aktivität</p> <p>Grad der körperlichen Aktivität</p>	<p>1. Bettlägerig</p> <p>Das Bett kann nicht verlassen werden.</p>	<p>2. An den Stuhl / Rollstuhl gebunden</p> <p>Gehfähigkeit ist stark eingeschränkt oder nicht vorhanden. Kann sich selbst nicht aufrecht halten und/oder braucht Unterstützung beim Hinsetzen.</p>	<p>3. Gehen</p> <p>Geht mehrmals am Tag, aber nur kurze Strecken, teils mit, teils ohne Hilfe. Verbringt die meiste Zeit im Bett / Lehnstuhl / Rollstuhl</p>	<p>4. Regelmäßiges Gehen</p> <p>Verlässt das Zimmer mindestens zweimal am Tag. Geht tagsüber im Zimmer etwa alle zwei Stunden auf und ab.</p>	
<p>Mobilität</p> <p>Fähigkeit, die Körperposition zu halten und zu verändern</p>	<p>1. Vollständige Immobilität</p> <p>Selbst die geringste Lageänderung des Körpers oder Extremitäten wird nicht ohne Hilfe durchgeführt.</p>	<p>2. Stark eingeschränkt</p> <p>Eine Lageänderung des Körpers oder von Extremitäten wird hin und wieder selbständig durchgeführt, aber nicht regelmäßig.</p>	<p>3. Geringfügig eingeschränkt</p> <p>Geringfügige Lageänderungen des Körpers oder der Extremitäten werden regelmäßig und selbständig durchgeführt.</p>	<p>4. Nicht eingeschränkt</p> <p>Lageänderungen werden regelmäßig und ohne Hilfe durchgeführt.</p>	
<p>Ernährung</p> <p>Allgemeines Ernährungsverhalten</p>	<p>1. Schlechte Ernährung</p> <p>Isst die Portion nie auf. Isst selten mehr als 1/3 jeder Mahlzeit. Isst zwei eiweißhaltige Portionen (Fleisch oder Milchprodukte) oder weniger täglich. Trinkt zu wenig. Trinkt keine Nahrungsergänzungskost</p> <p>ODER</p> <p>Wird per Sonde oder seit mehr als fünf Tagen intravenös ernährt.</p>	<p>2. Wahrscheinlich unzureichende Ernährung</p> <p>Isst selten eine ganze Mahlzeit auf, in der Regel nur die Hälfte. Die Eiweißzufuhr erfolgt über nur drei Portionen (Milchprodukte, Fleisch) täglich. Hin und wieder wird Ergänzungskost zu sich genommen</p> <p>ODER</p> <p>Erhält weniger als die erforderliche Menge Flüssigkeit bzw. Sondenernährung.</p>	<p>3. Ausreichende Ernährung</p> <p>Isst mehr als die Hälfte der meisten Mahlzeiten, mit insgesamt vier eiweißhaltigen Portionen (Milchprodukte, Fleisch) täglich. Lehnt hin und wieder eine Mahlzeit ab, nimmt aber Ergänzungsnahrung, wenn angeboten, an.</p> <p>ODER</p> <p>Wird über eine Sonde ernährt und erhält so die meisten erforderlichen Nährstoffe.</p>	<p>4. Gute Ernährung</p> <p>Isst alle Mahlzeiten, weist keine zurück. Nimmt normalerweise vier eiweißhaltige Portionen (Milchprodukte, Fleisch) zu sich, manchmal auch eine Zwischenmahlzeit. Braucht keine Nahrungsergänzungskost</p>	
<p>Reibungs- und Scherkräfte</p>	<p>1. Problem</p> <p>Mäßige bis erhebliche Unterstützung bei jedem Positionswechsel erforderlich. Anheben (z.B. auch Richtung Kopfende) ist nicht möglich, ohne über die Unterlage zu schleifen. Rutscht im Bett oder Stuhl regelmäßig nach unten und muss wieder in die Ausgangsposition gebracht werden. Spastik, Kontrakturen und Unruhe verursachen fast ständige Reibung.</p>	<p>2. Potenzielles Problem</p> <p>Bewegt sich ein wenig und braucht selten Hilfe. Die Haut scheuert während der Bewegung weniger intensiv auf der Unterlage (kann sich selbst ein wenig anheben). Verbleibt relativ lange in der optimalen Position im Bett (Sessel / Rollstuhl / Lehnstuhl). Rutscht nur selten nach unten.</p>	<p>3. Kein feststellbares Problem</p> <p>Bewegt sich unabhängig und ohne Hilfe in Bett und Stuhl. Muskelkraft reicht aus, um sich ohne Reibung anzuheben. Behält optimale Position in Bett oder Stuhl aus eigener Kraft bei.</p>		

5.1 ERHEBUNG WEITERER RISIKOFAKTOREN

Ist der Patient unterernährt (siehe auch Abschnitt 5) ? nein ja

Hat der Patient Spastiken / Kontrakturen ? nein ja

Ist der Patient hochbetagt (d.h. 80 Jahre und älter) ? nein ja

Liegt ein dauerhaft niedriger Blutdruck (diastolisch <60 mmHg) vor ? nein ja

Ist der Kreislauf des Patienten dauerhaft instabil ? nein ja

Ist der Patient Diabetiker ? nein ja

Patient muss auf bestehenden Wunden/abgeheiltem Dekubitus Stadium III / IV gelagert werden (siehe Abschnitt 4) nein ja

Liegen weitere, bisher nicht erfasste Risiken vor ? nein ja

Beschreibung der Risiken: _____

5.2 AUSWERTUNG DER RISIKOERHEBUNG

Gesamtsumme aller erreichten
Punktwerte gemäß Braden-Skala: _____ Punkte

- kein Risiko (19 – 23 Punkte, Stufe 0)
- allgemeines Risiko (15 – 18 Punkte, Stufe 1)
- mittleres Risiko (13 – 14 Punkte, Stufe 2)
- hohes Risiko (10 – 12 Punkte, Stufe 3)
- sehr hohes Risiko (9 – 6 Punkte, Stufe 4)

Beachte:

Liegen weitere bedeutende Risikofaktoren vor (siehe Abschnitt 5.1), die nicht durch die Braden-Skala erfasst werden, muss der Patient in die jeweils nächsthöhere Risikostufe eingruppiert werden.

Es liegt mindestens ein weiteres Risiko nach 5.1 vor, so dass die ermittelte Risikostufe um eine Stufe zu erhöhen ist

nein ja

6. ZUSAMMENFASSUNG ALLER ANFORDERUNGEN UND AUSWAHLHILFE FÜR HILFSMITTEL

Patientensituation	zutreffend	nicht zutreffend	Wenn zutreffend, dann sind folgende Bedingungen an das Hilfsmittel zu stellen:	Bemerkung
Körpergewicht < 40 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Das Produkt muss auf das Gewicht ausgelegt sein. Ggf. Produkt zur Sonderversorgung verwenden. Auf Einzelproduktbeschreibung achten.	
Körpergewicht > 90 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Das Produkt muss auf das Gewicht ausgelegt sein. Ggf. Produkt zur Sonderversorgung verwenden. Auf Einzelproduktbeschreibung achten.	
Körpergröße > 1,90 m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ggf. Produkt zur Sonderversorgung erforderlich Berechnung der erforderlichen Systemlänge Körpergröße _____ m + 0,1 m = _____ m	
Manchmal feuchte Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Feuchtigkeit muss verdunsten können. Strukturierte Liegeflächen sind indiziert.	
Oft feuchte Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Feuchtigkeit muss verdunsten können, Verwendung eines Luftstromsystems kann bereits indiziert sein.	
Ständig feuchte Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Feuchtigkeit muss aktiv abgeführt (verdunstet) werden. Verwendung eines Luftstromsystems indiziert.	
Flüssigkeitszufuhr unzureichend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei drohender bzw. vorliegender Exsikkose Luftstromsystem vermeiden	
Reibungs- und Scherkräfte können auftreten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reibungs- und Scherkräfte müssen weitestgehend vermieden werden. Das Material der Bezüge muss aus besonders glatten Textilien bestehen. Auf Einzelproduktbeschreibung achten.	
Regelmäßige Eigenbewegungen vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Superweichlagerung ist zu vermeiden. Es sind Systeme zur Förderung der Eigenbewegung, z.B. Mikrostimulationssysteme, zu bevorzugen.	
Patient häufig in sitzender Position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Auflagen-/Matratzenstärke so wählen, dass kein Durchsinken möglich ist. Das Produkt soll über eine Randverstärkung verfügen. Auf korrekte Positionierung der Knickstellen achten (siehe Einzelproduktbeschreibung). Wechseldrucksysteme geeignet, wenn automatische Anpassung bzw. Statikfunktion vorhanden.	
Patient muss auf bestehenden Wunden gelagert werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ein direkte Lagerung auf den Wunden ist möglichst zu vermeiden. Ggf. freilagernde Produkte (Matratzen- /Auflagen mit austauschbaren Elementen) verwenden. (Cave: Fensterödeme, lokale Druckerhöhung!) Wechseldrucksysteme können indiziert sein.	
Pulmologischer Befund erfordert eine Sekretmobilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seitenlagerungssysteme können unterstützend wirken. Spezielle Perkussionssysteme können sinnvoll sein. Auf Einzelproduktbeschreibung achten.	
Es liegen Spastiken vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Statische Systeme sind zu bevorzugen. Wechseldrucksystem eher ungeeignet.	
Anhaltende Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Statische Systeme sind zu bevorzugen. Ggf. kann zur Unterstützung der Lagerung ein Seitenlagerungssystem sinnvoll sein.	
Allgemeines Risiko (siehe 5.2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Produkte verwenden die eine Mobilisation erlauben.	
Mittleres Risiko (siehe 5.2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Produkte verwenden die eine Mobilisation erlauben und regelmäßige Lagerung unterstützen.	
Hohes Risiko (siehe 5.2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ergänzend dynamische Systeme zur aktiven Lagerungsunterstützung nutzen.	
Sehr hohes Risiko (siehe 5.2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ergänzend dynamische Systeme zur aktiven Lagerungsunterstützung nutzen	

7. VERSORGUNGSEMPFEHLUNG

Unter Berücksichtigung des zuvor erhobenen und dokumentierten Status wird die Versorgung mit

einem Anti-Dekubitusmittel der Produktart _____

dem konkreten Hilfsmittel (Name) _____

und der Hilfsmittel-Positionsnummer

PG	Ort	UG	Art	Laufende Nr.

empfohlen.

Falls ein konkretes Produkt benannt wird, bitte begründen, warum dieses erforderlich ist:

8. WER FÜHRT DIE BEURTEILUNG DURCH? (Name, Anschrift, Telefon)

Arzt:

Pflegekraft:

Sonstige (Funktion angeben):

Datum: _____ Unterschrift / Stempel: _____

9. ERKLÄRUNG DES VERSICHERTEN / PATIENTEN / GESETZLICHEN BETREUERS

Ich bin mit der Erhebung und Weitergabe der Befunddaten an die zuständige Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einverstanden.

Vor- und Zuname: _____

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____

**ERHEBUNGSBOGEN ZUR VERSORGUNG MIT LIEGEHILFEN ALS HILFSMITTEL
GEGEN DEKUBITUS DER PRODUKTGRUPPE 11 DES HILFSMITTELVERZEICHNISSES
- ANZUWENDEN BIS ZUR VOLLENDUNG DES FÜNFTEN LEBENSJAHRES -**

1. PERSONENDATEN

Vor- und Zuname des Patienten: _____

Vor- und Zuname des Versicherten: _____

Adresse des Patienten: Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Tel.-Nr.: _____ männlich weiblich

Krankenversicherungs-Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

Hausarzt: _____ Verordner: _____

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Ggf. Betreuungspersonen: _____

2. WER FÜHRT DIE PFLEGE DURCH? (Name, Anschrift, Telefon)

Angehörige / Laien: _____

Ambulanter Pflegedienst: _____

Stationäre Pflege: _____

3. DIAGNOSEN UND BESONDERHEITEN DER PFLEGESITUATION

4. LOKALISATION BESONDERS GEFÄHRDETER KÖRPERSTELLEN BZW. BEREITS BESTEHENDER WUNDEN

Liegt aktuell ein Dekubitus vor ?

 nein ja → Dekubitus Stadium I Dekubitus Stadium II Dekubitus Stadium III Dekubitus Stadium IV

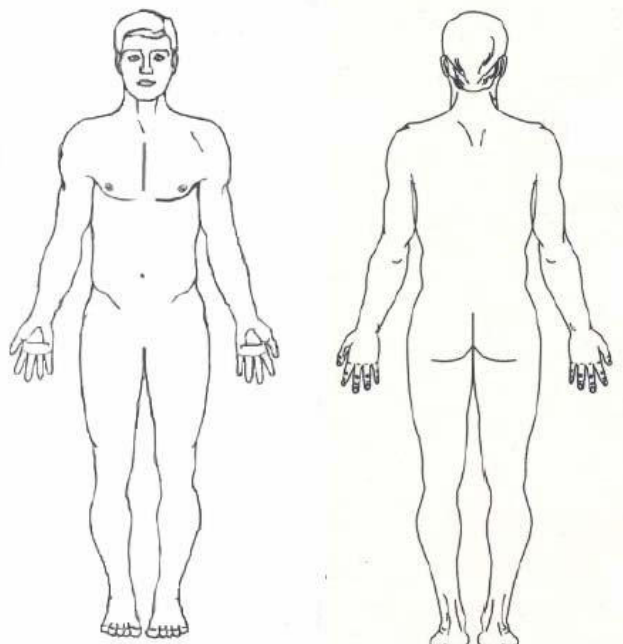
→ Einteilung nach EPUAP (s. Anhang)
Lokalisation(en) in Schema einzeichnen

Lag in der Vergangenheit ein Dekubitus Stadium III oder IV (EPUAP) vor?

 nein ja → ehem. Dekubitus Stadium III ehem. Dekubitus Stadium IV

Muss der Patient auf bestehenden Wunden oder abgeheiltem Dekubitus Stadium III oder IV gelagert werden ?

 nein ja, Begründung:



5. BRADEN Q - SKALA ZUR BEWERTUNG DES DEKUBITUSRISIKOS¹

	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	Σ
<p>Sensorische Wahrnehmung</p> <p>Fähigkeit, Reize durch Berührung, passive Lageveränderung, z.B. einer Gliedmaße, Vibrationen, Temperatur, Schmerz wahrzunehmen und zu verarbeiten</p>	<p>1. Vollständig ausgefallen</p> <p>Unfähigkeit, auf Schmerzreize zu reagieren (auch nicht durch Stöhnen, Zurückzucken, Greifen). Ursache: Herabgesetzte Wahrnehmungsfähigkeit (bis zur Bewusstlosigkeit) oder Sedierung</p> <p>ODER</p> <p>Fähigkeit des Schmerzempfindens über den größten Anteil der Körperoberfläche herabgesetzt</p>	<p>2. Stark eingeschränkt</p> <p>Reagiert nur auf schmerzhafte Reize. Kann Unbehagen weder durch Stöhnen noch durch Unruhe mitteilen,</p> <p>ODER</p> <p>über mehr als die Hälfte des Körper liegen Störungen der sensorischen Wahrnehmung vor, die die Fähigkeit, Schmerz oder Unbehagen zu empfinden, herabsetzen.</p>	<p>3. Wenig eingeschränkt</p> <p>Reagiert auf verbale Aufforderungen, kann aber nicht immer Unbehagen oder die Notwendigkeit des Positionswechsels mitteilen,</p> <p>ODER</p> <p>es liegen wenige Störungen der sensorischen Wahrnehmung vor, die die Fähigkeit, Schmerz oder Unbehagen zu empfinden, in ein oder zwei Gliedmaßen herabsetzen.</p>	<p>4. Nicht eingeschränkt</p> <p>Reagiert auf verbale Aufforderungen. Hat keine sensorischen Defizite, die die Fähigkeit, Schmerz oder Unbehagen zu empfinden und mitzuteilen, herabsetzen.</p>	
<p>Feuchtigkeit</p> <p>Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit (Schweiß, Urin) ausgesetzt ist.</p>	<p>1. Ständig feucht</p> <p>Die Haut ist ständig feucht durch Schweiß, Urin und Drainageflüssigkeit. Feuchte wird jedes Mal festgestellt, wenn der Patient bewegt oder gedreht wird.</p>	<p>2. Sehr feucht</p> <p>Die Haut ist oft, aber nicht ständig feucht. Bettlaken müssen mindestens alle 8 Stunden gewechselt werden.</p>	<p>3. Gelegentlich feucht</p> <p>Die Haut ist gelegentlich feucht, Wäsche- wechsel ist etwa alle 12 Stunden erforderlich.</p>	<p>4. Selten feucht</p> <p>Die Haut ist meistens trocken. Windelwechsel routinemäßig, Lakenwechsel nur alle 24 Stunden erforderlich.</p>	
<p>Aktivität</p> <p>Ausmaß der körperlichen Aktivität</p>	<p>1. Bettlägerigkeit</p> <p>Kann/darf das Bett nicht verlassen</p>	<p>2. An Lehnstuhl/Sessel/ Rollstuhl gebunden</p> <p>Fähigkeit, ein wenig zu gehen, ist eingeschränkt oder nicht vorhanden. Kann das Eigengewicht nicht tragen und/oder braucht Hilfe sich in den Lehnstuhl, Sessel oder Rollstuhl zu setzen.</p>	<p>3. Geht gelegentlich</p> <p>Geht tagsüber gelegentlich, aber nur kurze sehr Strecken, mit oder ohne Hilfe. Verbringt die meiste Zeit im Bett oder im Stuhl.</p>	<p>4. Geht oft</p> <p>Tagsüber wenigstens zweimal außerhalb des Zimmers und wenigstens einmal alle zwei Stunden innerhalb des Zimmers.</p> <p>ODER</p> <p>Patient ist zu jung um laufen zu können</p>	
<p>Mobilität</p> <p>Fähigkeit, die Position des Körpers insgesamt oder der Gliedmaßen zu verändern.</p>	<p>1. Vollständige Immobilität</p> <p>Führt nicht die geringste Positionsänderung des Körpers oder einzelner Gliedmaßen ohne Hilfe aus.</p>	<p>2. Stark eingeschränkt</p> <p>Führt gelegentlich geringfügige Positionsänderungen des Körpers oder einzelner Gliedmaßen aus, ist aber unfähig, den Körper selbständig zu drehen.</p>	<p>3. Leicht eingeschränkt</p> <p>Führt oft, jedoch geringfügige Positionsänderungen des Körpers oder einzelner Gliedmaßen aus.</p>	<p>4. Nicht eingeschränkt</p> <p>Führt oft große Positionsveränderungen ohne Unterstützung aus.</p>	
<p>Gewebedurchblutung und Sauerstoffversorgung</p>	<p>1. Extrem gefährdet</p> <p>Hypotonie, MAP = Mittlerer Arterieller Blutdruck < 50 mmHg, < 40 mmHg beim Neugeborenen)</p> <p>ODER</p> <p>der Patient toleriert keinen Positionswechsel</p>	<p>2. Gefährdet</p> <p>Normotonie, Sauerstoffsättigung < 95 %, Hämoglobin bei < 10 mg/dl, kapilläre Wiederauffüllzeit bei > 2 Sekunden, Serum pH < 7,40</p>	<p>3. Ausreichend</p> <p>Normotonie, Sauerstoffsättigung < 95 %, Hämoglobin bei < 10 mg/dl, kapilläre Wiederauffüllzeit etwa 2 Sekunden, Serum-pH normal</p>	<p>4. Sehr gut</p> <p>Normotonie, Sauerstoffsättigung > 95 %, Hämoglobin normal, kapilläre Wiederauffüllzeit < 2 Sekunden</p>	
Summe Übertrag					

¹ · Modifizierte Braden Q Scale – Vanderbilt Universitätskinderklinik Nashville' Online zu beziehen über www.mc.vanderbilt.edu/learning-center/publist.html

Ernährung	1. Sehr schlecht	2. Nicht ausreichend	3. Ausreichend	4. Sehr gut	
<p>Allgemeines Ernährungsverhalten</p>	<p>Keine orale Ernährung und/oder nur klare Flüssigkeitszufuhr, oder intravenöse Flüssigkeitszufuhr über mehr als 5 Tage</p> <p>ODER</p> <p>Eiweißzufuhr < 2,5 mg/dl</p> <p>ODER</p> <p>isst nie eine vollständige Mahlzeit. Isst selten mehr als die Hälfte der angebotenen Mahlzeit. Eiweißzufuhr beträgt nur 2 fleischhaltige Portionen oder Milchprodukte täglich. Trinkt wenig Flüssigkeit. Erhält keine Ernährungsergänzungskost.</p>	<p>Erhält flüssige Nahrung oder Sondenkost / intravenöse Ernährung, die eine für das Alter nicht ausreichende Menge an Kalorien und Mineralien enthält,</p> <p>ODER</p> <p>Eiweißzufuhr < 3 mg/dl</p> <p>ODER</p> <p>isst selten eine vollständige Mahlzeit und allgemein nur die Hälfte der jeweils angebotenen Portion. Eiweißzufuhr umfasst nur 3 fleischhaltige Portionen oder Milchprodukte täglich. Gelegentlich wird Nahrungsergänzungskost zu sich genommen.</p>	<p>Erhält flüssige Nahrung oder Sondenkost., die eine für das Alter ausreichende Menge an Eiweiß und Mineralien enthält</p> <p>ODER</p> <p>isst mehr als die Hälfte jeder Mahlzeit. Isst insgesamt 4 oder mehr fleischhaltige und eiweißhaltige Portionen täglich. Lehnt gelegentlich eine Mahlzeit ab, nimmt aber Ergänzungskost zu sich, sofern sie angeboten wird.</p>	<p>Nimmt eine normale Ernährung ein, die genügend Kalorien für das Alter enthält. Isst beispielsweise fast jede Mahlzeit vollständig auf. Lehnt nie eine Mahlzeit ab. Isst im Allgemeinen 4 und mehr Portionen täglich, die Fleisch oder Milchprodukte enthalten. Isst gelegentlich zwischen den Mahlzeiten. Braucht keine Nahrungsergänzungskost.</p>	
<p>Reibung und Scherkräfte</p> <p>Reibung entsteht, wenn die Haut über das Bettlaken schleift,</p> <p>Scherkräfte entstehen, wenn sich Haut und angrenzende Oberflächen der Knochen gegeneinander verschieben</p>	<p>1. Erhebliches Problem</p> <p>Spastik, Kontraktur, Juckreiz oder Unruhe verursachen– fast ständiges Herumwerfen, um sich schlagen und Reiben</p>	<p>2. Bestehendes Problem</p> <p>Braucht mittlere bis maximale Unterstützung beim Positionswechsel. Vollständiges Anheben ohne über die Laken zu rutschen ist nicht möglich. Rutscht im Bett oder Stuhl oft nach unten und braucht oft maximale Hilfe, um in die Ausgangsposition zu gelangen.</p>	<p>3. Mögliches Problem</p> <p>Bewegt sich schwach oder benötigt geringe Hilfe. Während des Positionswechsels schleift die Haut etwas über Laken, Stuhl, Kopfstützen oder anderes Zubehör. Behält die meiste Zeit relativ gut die Position in Stuhl oder Bett, rutscht aber gelegentlich herab.</p>	<p>4. Kein auftretendes Problem</p> <p>Ist fähig, sich während des Positionswechsels vollständig anzuheben, bewegt sich in Bett und Stuhl unabhängig und hat ausreichend Muskelkraft, um sich während des Positionswechsels zu heben. Erhält in Stuhl oder Bett jederzeit eine gute Position aufrecht.</p>	
				Summe Übertrag	
				Gesamtsumme	

5.1 ERHEBUNG WEITERER RISIKOFAKTOREN

Ist der Patient unterernährt (siehe auch Abschnitt 5) ? nein ja

Hat der Patient Spastiken / Kontrakturen ? nein ja

Ist der Kreislauf des Patienten dauerhaft instabil ? nein ja

Ist der Patient Diabetiker ? nein ja

Patient muss auf bestehenden Wunden/abgeheiltem Dekubitus Stadium III / IV gelagert werden (siehe Abschnitt 4) nein ja

Liegen weitere, bisher nicht erfasste Risiken vor ? nein ja

Beschreibung der Risiken: _____

5.2 AUSWERTUNG DER RISIKOERHEBUNG

Gesamtsumme aller erreichten
Punktwerte gemäß Braden Q - Skala: _____ Punkte

- kein Risiko (25 – 28 Punkte, Stufe 0)
- allgemeines Risiko (22 – 24 Punkte, Stufe 1)
- mittleres Risiko (14 – 23 Punkte, Stufe 2)
- hohes Risiko (7 – 13 Punkte, Stufe 3)

Beachte:

Liegen weitere bedeutende Risiko-
faktoren vor (siehe Abschnitt 5.1),
die nicht durch die Braden Q - Skala
erfasst werden, muss der Patient in die
jeweils nächsthöhere Risikostufe ein-
gruppiert werden.

Es liegt mindestens ein weiteres Risiko nach 5.1 vor, so dass die
ermittelte Risikostufe um eine Stufe zu erhöhen ist

nein ja

6. ZUSAMMENFASSUNG ALLER ANFORDERUNGEN UND AUSWAHLHILFE FÜR HILFSMITTEL

Patientensituation	zutreffend	nicht zutreffend	Wenn zutreffend, dann sind folgende Bedingungen an das Hilfsmittel zu stellen:	Bemerkung
Manchmal feuchte Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Feuchtigkeit muss verdunsten können. Strukturierte Liegeflächen sind indiziert.	
Oft feuchte Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Feuchtigkeit muss verdunsten können, Verwendung eines Luftstromsystems kann bereits indiziert sein.	
Ständig feuchte Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Feuchtigkeit muss aktiv abgeführt (verdunstet) werden. Verwendung eines Luftstromsystems indiziert.	
Flüssigkeitszufuhr unzureichend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei drohender bzw. vorliegender Exsikkose Luftstromsystem vermeiden	
Reibungs- und Scherkräfte können auftreten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reibungs- und Scherkräfte müssen weitestgehend vermieden werden. Das Material der Bezüge muss aus besonders glatten Textilien bestehen. Auf Einzelproduktbeschreibung achten.	
Regelmäßige Eigenbewegungen vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Superweichlagerung ist zu vermeiden. Es sind Systeme zur Förderung der Eigenbewegung, z.B. Mikrostimulationssysteme, zu bevorzugen.	
Patient häufig in sitzender Position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Auflagen-/Matratzenstärke so wählen, dass kein Durchsinken möglich ist. Das Produkt soll über eine Randverstärkung verfügen. Auf korrekte Positionierung der Knickstellen achten (siehe Einzelproduktbeschreibung). Wechseldrucksysteme geeignet, wenn automatische Anpassung bzw. Statikfunktion vorhanden.	
Patient muss auf bestehenden Wunden gelagert werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ein direkte Lagerung auf den Wunden ist möglichst zu vermeiden. Ggf. freilagernde Produkte (Matratzen- /Auflagen mit austauschbaren Elementen) verwenden. (Cave: Fensterödeme, lokale Druckerhöhung!) Wechseldrucksysteme können indiziert sein.	
Pulmologischer Befund erfordert eine Sekretmobilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seitenlagerungssysteme können unterstützend wirken. Spezielle Perkussionssysteme können sinnvoll sein. Auf Einzelproduktbeschreibung achten.	
Es liegen Spastiken vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Statische Systeme sind zu bevorzugen. Wechseldrucksystem eher ungeeignet.	
Anhaltende Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Statische Systeme sind zu bevorzugen. Ggf. kann zur Unterstützung der Lagerung ein Seitenlagerungssystem sinnvoll sein.	
Allgemeines Risiko (siehe 5.2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Produkte verwenden die eine Mobilisation erlauben.	
Mittleres Risiko (siehe 5.2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Produkte verwenden die eine Mobilisation erlauben und regelmäßige Lagerung unterstützen.	
Hohes Risiko (siehe 5.2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ergänzend dynamische Systeme zur aktiven Lagerungsunterstützung nutzen.	

7. VERSORGUNGSEMPFEHLUNG

Unter Berücksichtigung des zuvor erhobenen und dokumentierten Status wird die Versorgung mit

einem Anti-Dekubitusmittel der Produktart _____

dem konkreten Hilfsmittel (Name) _____

und der Hilfsmittel-Positionsnummer

PG	Ort	UG	Art	Laufende Nr.

empfohlen.

Falls ein konkretes Produkt benannt wird, bitte begründen, warum dieses erforderlich ist:

8. WER FÜHRT DIE BEURTEILUNG DURCH? (Name, Anschrift, Telefon)

Arzt:

Pflegekraft:

Sonstige (Funktion angeben):

Datum: _____ Unterschrift / Stempel: _____

9. ERKLÄRUNG DES VERSICHERTEN / PATIENTEN / GESETZLICHEN BETREUERS

Ich bin mit der Erhebung und Weitergabe der Befunddaten an die zuständige Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einverstanden.

Vor- und Zuname: _____

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____

ERHEBUNGSBOGEN ZUR VERSORGUNG MIT SITZHILFEN ALS HILFSMITTEL GEGEN DEKUBITUS DER PRODUKTGRUPPE 11 DES HILFSMITTELVERZEICHNISSSES

1. PERSONENDATEN

Vor- und Zuname des Patienten: _____

Adresse des Patienten: Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Tel.-Nr.: _____ männlich weiblich

Krankenversicherungs-Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

Hausarzt: _____ Verordner: _____

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Ggf. Betreuungspersonen: _____

2. WER FÜHRT DIE PFLEGE DURCH? (Name, Anschrift, Telefon)

Angehörige / Laien: _____

Ambulanter Pflegedienst: _____

Stationäre Pflege: _____

3. DIAGNOSEN UND BESONDERHEITEN DER PFLEGESITUATION

4. LOKALISATION BESONDERS GEFÄHRDETER KÖRPERSTELLEN BZW. BEREITS BESTEHENDER WUNDEN

Liegt aktuell ein Dekubitus vor ?

nein ja → Dekubitus Stadium I

Dekubitus Stadium II

Dekubitus Stadium III

Dekubitus Stadium IV

→ Einteilung nach EPUAP (s. Anhang)
Lokalisation(en) in Schema einzeichnen

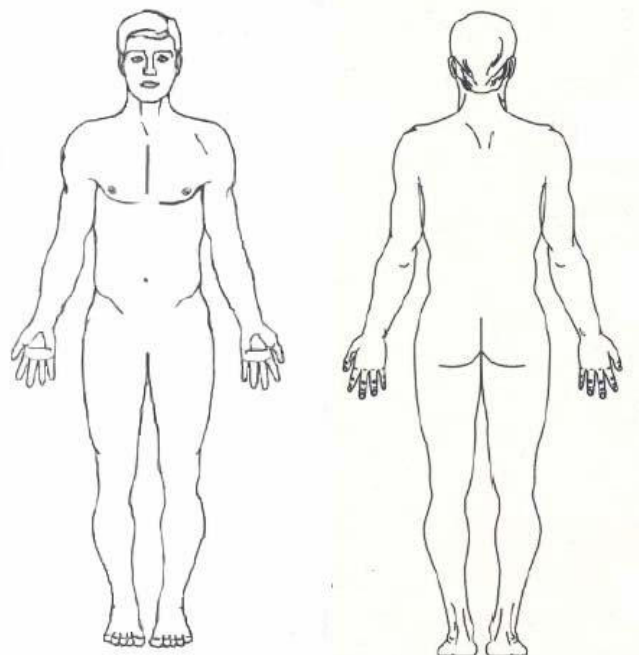
Lag in der Vergangenheit ein Dekubitus Stadium III
oder IV (EPUAP) vor?

nein ja → ehem. Dekubitus Stadium III

ehem. Dekubitus Stadium IV

Muss der Patient auf bestehenden Wunden oder abgeheil-
tem Dekubitus Stadium III oder IV gelagert werden ?

nein ja, Begründung:



5. BRADEN-SKALA ZUR BEWERTUNG DES DEKUBITUSRISIKOS (nach B.Braden übersetzt von H.Heinhold; Heilberufe Spezial - Dekubitus 2001/2002)

	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	Σ
<p>Sensorisches Wahrnehmungsvermögen</p> <p>Fähigkeit, lagebedingte wie künstliche Reize wahrzunehmen und adäquat zu reagieren</p>	<p>1. Vollständig ausgefallen</p> <p>Keine Reaktion auf Schmerzreize (auch kein Stöhnen, Zucken, Greifen) auf Grund verminderter (nervaler) Wahrnehmungsfähigkeit bis hin zur Bewusstlosigkeit oder Sedierung,</p> <p>ODER</p> <p>Missempfindungen / Schmerzen werden über den größten Körperanteil nicht wahrgenommen</p>	<p>2. Stark eingeschränkt</p> <p>Reaktion nur auf starke Schmerzreize, Missempfindungen können nur über Stöhnen oder Unruhe mitgeteilt werden</p> <p>ODER</p> <p>Sensorisches Empfinden stark herabgesetzt. Missempfindungen/Schmerzen werden über die Hälfte des Körpers nicht wahrgenommen.</p>	<p>3. Geringfügig eingeschränkt</p> <p>Reaktion auf Ansprechen; Missempfindungen bzw. das Bedürfnis nach Lagerungswechsel können nicht immer vermittelt werden,</p> <p>ODER</p> <p>sensorisches Empfinden teilweise herabgesetzt. Missempfindungen/Schmerzen werden in ein oder zwei Extremitäten nicht wahrgenommen.</p>	<p>4. Nicht eingeschränkt</p> <p>Reaktion auf Ansprechen.</p> <p>Missempfindungen oder Schmerzen werden wahrgenommen und können benannt werden.</p>	
<p>Feuchtigkeit</p> <p>Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist.</p>	<p>1. Ständig feucht</p> <p>Die Haut ist ständig feucht durch Schweiß, Urin usw. Nässe wird bei jedem Bewegung festgestellt.</p>	<p>2. Oft feucht</p> <p>Haut ist oft, aber nicht ständig feucht. Die Wäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden.</p>	<p>3. Manchmal feucht</p> <p>Die Haut ist hin und wieder feucht, die Wäsche muss zusätzlich einmal täglich gewechselt werden.</p>	<p>4. Selten feucht</p> <p>Die Haut ist normalerweise trocken. Wäschewechsel nur routinemäßig.</p>	
<p>Aktivität</p> <p>Grad der körperlichen Aktivität</p>	<p>1. Bettlägerig</p> <p>Das Bett kann nicht verlassen werden.</p>	<p>2. An den Stuhl / Rollstuhl gebunden</p> <p>Gehfähigkeit ist stark eingeschränkt oder nicht vorhanden. Kann sich selbst nicht aufrecht halten und/oder braucht Unterstützung beim Hinsetzen.</p>	<p>3. Gehen</p> <p>Geht mehrmals am Tag, aber nur kurze Strecken, teils mit, teils ohne Hilfe. Verbringt die meiste Zeit im Bett / Lehnstuhl / Rollstuhl</p>	<p>4. Regelmäßiges Gehen</p> <p>Verlässt das Zimmer mindestens zweimal am Tag. Geht tagsüber im Zimmer etwa alle zwei Stunden auf und ab.</p>	
<p>Mobilität</p> <p>Fähigkeit, die Körperposition zu halten und zu verändern</p>	<p>1. Vollständige Immobilität</p> <p>Selbst die geringste Lageänderung des Körpers oder Extremitäten wird nicht ohne Hilfe durchgeführt.</p>	<p>2. Stark eingeschränkt</p> <p>Eine Lageänderung des Körpers oder von Extremitäten wird hin und wieder selbständig durchgeführt, aber nicht regelmäßig.</p>	<p>3. Geringfügig eingeschränkt</p> <p>Geringfügige Lageänderungen des Körpers oder der Extremitäten werden regelmäßig und selbständig durchgeführt.</p>	<p>4. Nicht eingeschränkt</p> <p>Lageänderungen werden regelmäßig und ohne Hilfe durchgeführt.</p>	
<p>Ernährung</p> <p>Allgemeines Ernährungsverhalten</p>	<p>1. Schlechte Ernährung</p> <p>Isst die Portion nie auf. Isst selten mehr als 1/3 jeder Mahlzeit. Isst zwei eiweißhaltige Portionen (Fleisch oder Milchprodukte) oder weniger täglich. Trinkt zu wenig. Trinkt keine Nahrungsergänzungskost</p> <p>ODER</p> <p>Wird per Sonde oder seit mehr als fünf Tagen intravenös ernährt.</p>	<p>2. Wahrscheinlich unzureichende Ernährung</p> <p>Isst selten eine ganze Mahlzeit auf, in der Regel nur die Hälfte. Die Eiweißzufuhr erfolgt über nur drei Portionen (Milchprodukte, Fleisch) täglich. Hin und wieder wird Ergänzungskost zu sich genommen</p> <p>ODER</p> <p>Erhält weniger als die erforderliche Menge Flüssigkeit bzw. Sondenernährung.</p>	<p>3. Ausreichende Ernährung</p> <p>Isst mehr als die Hälfte der meisten Mahlzeiten, mit insgesamt vier eiweißhaltigen Portionen (Milchprodukte, Fleisch) täglich. Lehnt hin und wieder eine Mahlzeit ab, nimmt aber Ergänzungsnahrung, wenn angeboten, an.</p> <p>ODER</p> <p>Wird über eine Sonde ernährt und erhält so die meisten erforderlichen Nährstoffe.</p>	<p>4. Gute Ernährung</p> <p>Isst alle Mahlzeiten, weist keine zurück. Nimmt normalerweise vier eiweißhaltige Portionen (Milchprodukte, Fleisch) zu sich, manchmal auch eine Zwischenmahlzeit. Braucht keine Nahrungsergänzungskost</p>	
<p>Reibungs- und Scherkräfte</p>	<p>1. Problem</p> <p>Mäßige bis erhebliche Unterstützung bei jedem Positionswechsel erforderlich. Anheben (z.B. auch Richtung Kopfende) ist nicht möglich, ohne über die Unterlage zu schleifen. Rutscht im Bett oder Stuhl regelmäßig nach unten und muss wieder in die Ausgangsposition gebracht werden. Spastik, Kontrakturen und Unruhe verursachen fast ständige Reibung.</p>	<p>2. Potenzielles Problem</p> <p>Bewegt sich ein wenig und braucht selten Hilfe. Die Haut scheuert während der Bewegung weniger intensiv auf der Unterlage (kann sich selbst ein wenig anheben). Verbleibt relativ lange in der optimalen Position im Bett (Sessel / Rollstuhl / Lehnstuhl). Rutscht nur selten nach unten.</p>	<p>3. Kein feststellbares Problem</p> <p>Bewegt sich unabhängig und ohne Hilfe in Bett und Stuhl. Muskelkraft reicht aus, um sich ohne Reibung anzuheben. Behält optimale Position in Bett oder Stuhl aus eigener Kraft bei.</p>		

5.1 ERHEBUNG WEITERER RISIKOFAKTOREN

- Kann der Patient sensitive Reize im Sitzbereich nicht oder nur eingeschränkt wahrnehmen ? nein ja
- Entlastet der Patient bewusst den Sitzbereich ? nein ja
- Ist der Patient unterernährt (siehe auch Abschnitt 5) ? nein ja
- Hat der Patient Spastiken / Kontrakturen ? nein ja
- Ist der Patient hochbetagt (d.h. 80 Jahre und älter) ? nein ja
- Liegt ein dauerhaft niedriger Blutdruck (diastolisch <60 mmHg) vor ? nein ja
- Ist der Kreislauf des Patienten dauerhaft instabil ? nein ja
- Ist der Patient Diabetiker ? nein ja
- Patient sitzt auf bestehenden Wunden/abgeheiltem Dekubitus Stadium III / IV (siehe Abschnitt 4) ? nein ja
- Liegen weitere, bisher nicht erfasste Risiken vor ? nein ja

Beschreibung der Risiken: _____

5.2 AUSWERTUNG DER RISIKOERHEBUNG

Gesamtsumme aller erreichten
Punktwerte gemäß Braden-Skala: _____ Punkte

- kein Risiko (19 – 23 Punkte, Stufe 0)
- allgemeines Risiko (15 – 18 Punkte, Stufe 1)
- mittleres Risiko (13 – 14 Punkte, Stufe 2)
- hohes Risiko (10 – 12 Punkte, Stufe 3)
- sehr hohes Risiko (9 – 6 Punkte, Stufe 4)

Beachte:

Liegen weitere bedeutende Risikofaktoren vor (siehe Abschnitt 5.1), die nicht durch die Braden-Skala erfasst werden, muss der Patient in die jeweils nächsthöhere Risikostufe eingruppiert werden.

Es liegt mindestens ein weiteres Risiko nach 5.1 vor, so dass die ermittelte Risikostufe um eine Stufe zu erhöhen ist nein ja

6. Spezielle Anforderungen

Wie lange wird der Patient durchschnittlich auf der Sitzhilfe verweilen

1. ununterbrochen am Stück _____ h
2. insgesamt pro Tag _____ h

Beachte:

Die Eigenschaften des Kissens können sich mit zunehmender Nutzungsdauer verändern.

Besteht Sitzstabilität oder ist z.B. das Gleichgewicht des Benutzers eingeschränkt ?

nein ja

Kann der Benutzer die Sitzposition passiv oder aktiv adäquat verändern ?

nein ja

Beachte:

Wenn „Nein“ muss eine Unterstützung durch z.B. Pelotten, Rückensysteme, Kissen mit Positionierungshilfen gewährleistet sein.

Sitzt der Benutzer asymmetrisch, z.B. wegen Beckenschiefstand, Amputation, Skoliose, Hemiplegie ?

nein ja

Beachte:

Wenn „ja“ und bei fixierter Asymmetrie muss das Kissen unterstützend wirken.

Wenn „ja“ und bei flexibler Asymmetrie muss das Kissen anpassbar sein.

Besteht eine Gelenkeinstellung der Hüfte ?

nein ja

Beachte:

Wenn „ja“, muss das Kissen in Richtung der Längsachse, d.h. nach anterior bzw. posterior einstellbar sein.

Ist die Adduktion / Abduktion beeinträchtigt ?

nein ja

Beachte:

Wenn „ja“, muss ein entsprechend vorgeformtes oder ein anpassbares Kissen genutzt werden.

Liegt ein progressiver Krankheitsverlauf vor (z.B. Multiple Sklerose - MS, Amyotrophe Lateralsklerose – ALS), der Einfluss auf die Sitzposition nehmen kann ?

nein ja

Beachte:

Wenn „ja“, muss ein entsprechend anpassbares Kissen genutzt werden.

Wird das Kissen auf verschiedenen Sitzgelegenheiten genutzt ?

nein ja

Beachte:

Wenn „ja“ beachte, dass der jeweilige Untergrund die Eigenschaften des Kissens beeinflussen kann und das Kissen entsprechend gewählt werden muss.

7. VERSORGUNGSEMPFEHLUNG

Unter Berücksichtigung des zuvor erhobenen und dokumentierten Status wird die Versorgung mit

einem Anti-Dekubitusmittel der Produktart _____

dem konkreten Hilfsmittel (Name) _____

und der Hilfsmittel-Positionsnummer

PG	Ort	UG	Art	Laufende Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

empfohlen.

Falls ein konkretes Produkt benannt wird, bitte begründen, warum dieses erforderlich ist:

8. WER FÜHRT DIE BEURTEILUNG DURCH? (Name, Anschrift, Telefon)

Arzt:

Pflegekraft:

Sonstige (Funktion angeben):

Datum: _____ Unterschrift / Stempel: _____

9. ERKLÄRUNG DES VERSICHERTEN / PATIENTEN / GESETZLICHEN BETREUERS

Ich bin mit der Erhebung und Weitergabe der Befunddaten an die zuständige Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einverstanden.

Vor- und Zuname: _____

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____

LEIHVERTRAG ÜBER EIN HILFSMITTEL (Muster)

(bei Versorgungspauschalen)

zwischen dem Sanitätshaus:

und der/dem AOK-Versicherten:

Name, Vorname: _____ KV-Nr.: _____

Adresse: _____ Geburtsdatum: _____

1. Der Vertragspartner der AOK Baden Württemberg (Sanitätshaus) stellt der/dem Versicherten als Leistung der Krankenversicherung folgende Hilfsmittel für maximal 5 Jahre leihweise zur Verfügung:

Rollator

Delta-Gehrad

Hersteller: _____

Artikel-Nr.: _____

Rahmen- /
Seriennummer: _____

oben genanntes Hilfsmittel ist Eigentum des Sanitätshauses. Die im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu erbringenden Leistungen beinhalten neben der fachgerechten Versorgung mit dem Hilfsmittel alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Hierzu zählen insbesondere Beratung, Anlieferung, Montage, Anpassung, Erprobung, Wartung, Reparatur und Abholung sowie eine umfassende Einweisung der/des Versicherten in den sachgerechten Gebrauch des Hilfsmittels. Die Kosten für die leihweise Überlassung des Hilfsmittels an die/den Versicherten trägt die AOK Baden-Württemberg.

2. Die/Der Unterzeichnende erklärt hiermit, dass das Hilfsmittel in ordnungsgemäßem und gebrauchsfähigen Zustand übernommen wurde. Es verbleibt ihr/ihm zur eigenen sachgerechten Nutzung solange dies medizinisch notwendig ist.

3. Die/Der Unterzeichnende verpflichtet sich,

- das Hilfsmittel ordnungsgemäß und schonend zu behandeln,
- Beschädigungen die durch unsachgemäßen Gebrauch oder Fahrlässigkeit entstehen, auf eigene Kosten beheben zu lassen,
- die AOK Baden-Württemberg von jeder Haftung freizustellen, die sich aus dem Gebrauch des Hilfsmittels ergeben kann,

- das Hilfsmittel nicht an andere Personen zu übereignen, zu verleihen oder zu verpfänden,
 - das Hilfsmittel gegen Schäden durch Dritte und gegen Diebstahl hinreichend zu schützen.
 - Sobald das Hilfsmittel nicht mehr verwendet oder gebraucht wird, ist es dem oben genannten Sanitätshaus zurückzugeben.
4. Die/Der Unterzeichnende bestätigt das die/der Versicherte noch nicht mit einem gleichartigen Hilfsmittel versorgt wurde. Sollte sich nach der Versorgung mit dem Hilfsmittel herausstellen, dass dennoch eine Doppelversorgung vorliegt, trägt der Unterzeichnende die durch diese Doppelversorgung entstandenen Kosten.

Ort, Datum

Unterschrift des AOK-Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

Formular ist in dreifacher Ausfertigung zu unterschreiben.

- 1 Exemplar verbleibt beim Sanitätshaus,
- 1 Exemplar erhält der AOK-Versicherte,
- 1 Exemplar erhält die AOK.

Nachweis über die Durchführung einer mindestens 14-tägigen Erprobung eines

Fremdkraftbetriebenen Beintrainer, Pos. Nr. 32.06.01

Fremdkraftbetriebenen Armtrainer, Pos. Nr. 32.10.01

Fremdkraftbetriebenen Kombinationstrainer für Arme und Beine, Pos. Nr. 32.29.01

Das oben gekennzeichnete Hilfsmittel wurde von mir mindestens 14 Tage erprobt. Ich wurde in den Gebrauch durch die Firma

Firmenstempel

eingewiesen. Eine Bedienungsanleitung wurde mir ausgehändigt. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich nach erfolgreicher Erprobung für die leihweise Überlassung des Hilfsmittels einen gesetzlichen Zuzahlung von 10,- EUR zu entrichten habe. Ich komme mit der Nutzung des Hilfsmittels zurecht.

Name des Versicherten: _____

Geb. Datum des Versicherten: _____

Anschrift des Versicherten: _____

Krankenkasse des Versicherten: _____

KV-Nr. des Versicherten: _____

Datum / Unterschrift des Versicherten: _____

Anlage A 1 zur Preisvereinbarung Rehamittel, 02/2006

Produktgruppe:	Elektro-Rollstuhl für Innenraum
Indikation:	siehe auch HMV 18.46.05.0
Ausführung:	mindestens gem. HMV – Verzeichnis, CE-Kennzeichnung, Eignung zum Transport in Kfz.
Hilfsmittelverzeichnisnummer:	18.46.05.0
Belastbarkeit (Patientengewicht, max.):	120 kg
Bereifung:	pannensicher, wahlweise Vollgummi oder Schaumschlauch oder pannengeschützt
Sitzbreiten:	Variabel durch Verstellbarkeit der Seitenteile
Sitztiefe:	Einstellbar
Garantiezeiten:	4 Jahre auf Rahmen, 2 Jahre auf Antrieb und Elektronik/Elektrik, ½ Jahr auf Batterien, 1 Jahr auf übrige Teile, 3 Monate nach Lieferung kostenlose Wartung
Adaptionsmöglichkeiten:	Baukastensystem
Beleuchtung:	passiv (je Seite zwei gelbe Katzenaugen, hinten zwei rote Katzenaugen). Bei Benutzung im Straßenverkehr aktiv elektrisch nach STVZO, mit zwei weißen Frontscheinwerfern, zwei roten Rückleuchten und vier gelben Blinkern (je Fahrtrichtung zwei) mit Warnblinkleinrichtung gegen Aufpreis.
Beinstützen:	nach außen abschwenkbar, abnehmbar, arretierbar
Seitenteile:	höhenverstellbar, Armauflage gepolstert, PU-Schaum, Desk- oder Standardlänge
Höchstgeschwindigkeit:	6 km/h (<u>über 6 km/h keine Kassenleistung!</u>)
im Grundpreis enthalten:	Bei Bedarf Rückenrohre mit Lumbalknick Anti-Kipp-Rollen Beckengurt 3 Monate nach Lieferung kostenlose Wartung

Aufpreis Sonderpositionen: Aktive Beleuchtung, siehe Beschreibung Beleuchtung

 Sondersteuerung

 Sonderausführung der Baugruppen
(z. B. höhenverstellbare Beinstützen, Sonderpolster für
Armlehnen, usw.)

Anlage A 2 zur Preisvereinbarung Rehamittel, 02/2006

Produktgruppe:	Elektro-Rollstuhl für Innenraum und Straßenverkehr <u>mit indirekter Lenkung</u>
Indikation:	siehe auch HMV 18.50.04.0
Ausführung:	mindestens gem. HMV - Verzeichnis, CE-Kennzeichnung, Eignung zum Transport in Kfz.
Hilfsmittelverzeichnisnummer:	18.50.04.0
Belastbarkeit (Patientengewicht, max.):	120 kg
Lenkräder:	Mindestradgröße: mind. 10 "
Bereifung:	pannengeschützt
Sitzbreiten:	Variabel durch Verstellbarkeit der Seitenteile
Sitztiefe:	Einstellbar
Garantiezeiten:	4 Jahre auf Rahmen, 2 Jahre auf Antrieb und Elektronik/Elektrik, ½ Jahr auf Batterien, 1 Jahr auf übrige Teile, 3 Monate nach Lieferung kostenlose Wartung
Adaptionsmöglichkeiten:	Baukastensystem
Beleuchtung:	passiv (je Seite zwei gelbe Katzenaugen, hinten zwei rote Katzenaugen), und aktiv elektrisch nach STVZO, mit zwei weißen Frontscheinwerfern, zwei roten Rückleuchten und vier gelben Blinkern (je Fahrtrichtung zwei) mit Warnblinkleinrichtung
Beinstützen:	nach außen abschwenkbar, abnehmbar, arretierbar
Seitenteile:	höhenverstellbar, Armauflage gepolstert, PU-Schaum, Desk- oder Standardlänge
Antrieb:	2 Motoren, direkter Antrieb oder Räder durch Motor in Verbindung mit Getriebe Einhebel-Entriegelungsmöglichkeit des Antriebssystems (Schiebemöglichkeit) mit Sperre gegen unbeabsichtigte Betätigung Auf Motorik des Benutzers programmierbare Elektronik Gelbatterien mind. 55 Ah (5 Std. Entladezeit), gesichert mit Warnanzeige gegen Tiefentladung

Adaptierbarkeit verschiedener Steuerungskomponenten,
wie z. B. Sensorsteuerung, Kinnsteuerung, Steuerung
durch Begleitpersonen

Batterieladegerät:

mit Überladeschutz im Grundpreis enthalten

Höchstgeschwindigkeit:
im Grundpreis enthalten:

6 km/h (**über 6 km/h keine Kassenleistung!**)
Anti-Kipp-Rollen

Beckengurt

3 Monate nach Lieferung kostenlose Wartung

Aufpreis Sonderpositionen:

Elektrische Sitzhöhenverstellung

Elektrische Rückenverstellung

Elektrisch einstellbare Beinstützen

Elektrische Sitzkantelung

Sitz- und Rückenelemente mit besonderem Sitzkomfort,
z. B. Recaro-Sitze

Sondersteuerungen

Sondersitzhöhen

Sondersitzbreiten

Sonderausführung der Baugruppen (z. B.
höhenverstellbare Beinstützen, Sonderpolster für
Armlehnen, usw.)

Rückspiegel

Anlage A 3 zur Preisvereinbarung Rehamittel. 02/2006

Produktgruppe:	<u>Elektro-Rollstuhl für Straßenverkehr mit direkter elektromechanischer Lenkung (Lenkgestänge)</u>
Indikation:	siehe auch HMV 18.50.04.1 / 18.51.02.0 / 18.51.02.1
Ausführung:	CE-Kennzeichnung, Eignung zum Transport in Kfz.
Hilfsmittelverzeichnisnummer:	18.50.04.1 / 18.51.02.0 / 18.51.02.1
Belastbarkeit (Patientengewicht, max.):	120 kg
Lenkräder:	Mindestgröße: mind. 10 "
Bereifung:	pannengeschützt
Sitzbreiten:	Variabel durch Verstellbarkeit der Seitenteile
Sitztiefe:	Einstellbar
Garanzzeiten:	4 Jahre auf Rahmen, 2 Jahre auf Antrieb und Elektronik/Elektrik, ½ Jahr auf Batterien, 1 Jahr auf übrige Teile, 3 Monate nach Lieferung kostenlose Wartung
Adaptionsmöglichkeiten:	Baukastensystem
Beleuchtung:	passiv nach STVZO (je Seite zwei gelbe Katzenaugen, hinten zwei rote Katzenaugen), und aktiv elektrisch nach STVZO, mit zwei weißen Frontscheinwerfern, zwei roten Rückleuchten und vier gelben Blinkern (je Fahrtrichtung zwei) mit Warnblinkeinrichtung
Beinstützen:	abnehmbar, arretierbar
Seitenteile:	höhenverstellbar, Armauflage gepolstert, PU-Schaum, Desk- oder Standardlänge
Antrieb:	Entriegelungsmöglichkeit des Antriebssystems (Schiebemöglichkeit) Auf Motorik des Benutzers programmierbare Elektronik Gelbatterien mind. 55 Ah (5 Std. Entladezeit), gesichert mit Warnanzeige gegen Tiefentladung Adaptierbarkeit verschiedener Steuerungskomponenten, wie z. B. Sensorsteuerung, Kinnsteuerung, Steuerung durch Begleitpersonen
Batterieladegerät:	mit Überladeschutz im Grundpreis enthalten

Höchstgeschwindigkeit:	6 km/h <u>(über 6 km/h keine Kassenleistung!)</u>
im Grundpreis enthalten:	Beckengurt 3 Monate nach Lieferung kostenlose Wartung
Aufpreis Sonderpositionen:	Elektrische Sitzhöhenverstellung Elektrische Rückenverstellung Elektrisch einstellbare Beinstützen Elektrische Sitzkantelung Sitz- und Rückenelemente mit besonderem Sitzkomfort, z. B. Recaro-Sitze Sondersteuerungen Sondersitzhöhen Sondersitzbreiten Sonderausführung der Baugruppen (z. B. höhenverstellbare Beinstützen, Sonderpolster für Armlehnen, usw.) Rückspiegel