

FÜR SANITÄTSHÄUSER & TECHNIKER

Leitfaden für eine AGITO® Versorgung

Alle Schritte von der Erprobung bis zum Wiedereinsatz auf einen Blick – damit Ihr Team Eventualitäten vorab kennt und Anträge schneller durch die Kasse kommen.

1

Erprobung

Anpassung von Standfuß, Höhe & Unterstützungsgrad – Basis für den Kostenvoranschlag

2

Ärztliche Verordnung

Vollständiger Verordnungstext inkl. HMV-Nummer reduziert Rückfragen

3

Antragstellung / KV

Kostenvoranschlag inkl. Erprobungsbericht – i. d. R. über das eKV-System

4

Wiedereinsatz / Poolabfrage

Nur bei Kassen mit Wiedereinsatzpflicht – Neuantrag erst nach Negativabfrage

5

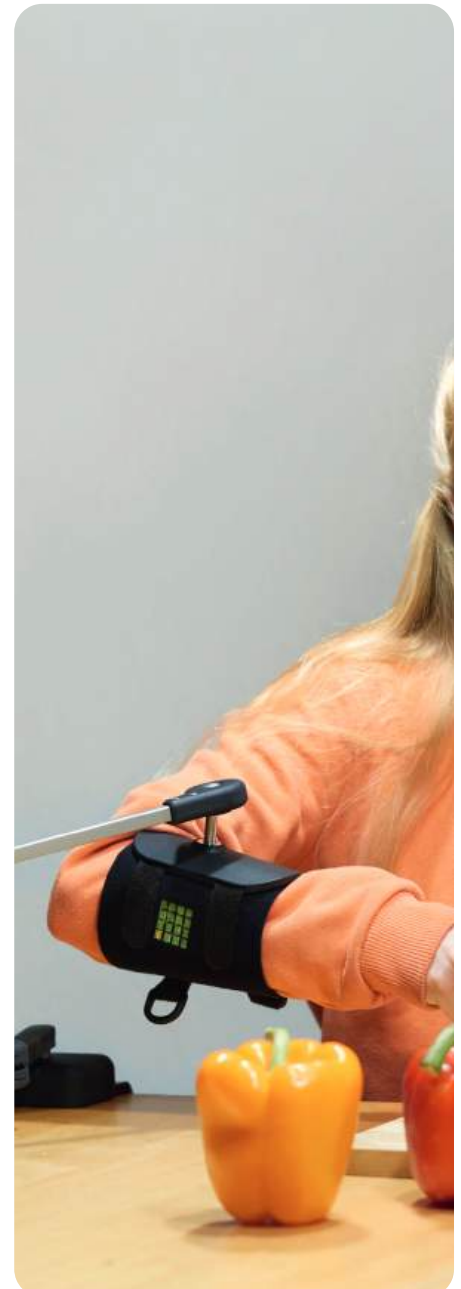
Prüfung / gesetzliche Fristen

3 bzw. 5 Wochen laut SGB V – aktiv nachfassen beschleunigt die Praxis

6

Ablehnung & Widerspruch

Kostenlose Vermittlung an eine externe Kanzlei –
Widerspruchsfrist: 1 Monat





Erprobung

Grundlage für jeden Kostenvoranschlag ist eine dokumentierte Erprobung des AGITO® am Anwender.

PRAXIS-TIPP

Ein kurzer, strukturierter Erprobungsbericht beschleunigt die spätere Kassenprüfung erheblich. Gerne stellen wir Ihnen dafür unseren digitalen Erprobungsbogen zur Verfügung – für eine besonders komfortable Eingabe.

Position

Stellen Sie den Standfuß neben der Person auf – etwa auf Schulterhöhe oder leicht dahinter.

Höhe

Stellen Sie das Hauptmodul auf Schulterhöhe ein. Achten Sie auf einen maximalen Nutzungsbereich – z. B. vom Tisch bis zum Kopf.

Arm

Legen Sie den Arm in eine der beiden Armführungen. Stellen Sie über das Einstellrad am Hauptmodul den Unterstützungsgrad stufenlos ein – Ziel: größtmögliche Bewegungsreichweite.



Feinjustierung entscheidet

Der Erfolg hängt oft von kleinen Anpassungen ab – variieren Sie Position des Standfußes, Höhe und Unterstützungsgrad.

Beide Armführungen testen

Testen Sie Dorsal und Palmar – empfohlen für eine belastbare Erprobung.

Videodokumentation

Halten Sie Alltagssituationen mit und ohne Hilfsmittel per Video fest – das stärkt die Versorgungsbegründung.

Ärztliche Verordnung



Für die Versorgung ist eine ärztliche Verordnung erforderlich. Je vollständiger der Text, desto schneller die Genehmigung.

TIPP FÜR SCHNELLE GENEHMIGUNG

Der vollständige Verordnungstext inkl. Hilfsmittelnummer und dem Hinweis „zum unmittelbaren Behinderungsausgleich nach erfolgreicher Erprobung“ reduziert Rückfragen der Krankenkassen erheblich.

KRANKENKASSE BZW. KOSTENTRÄGER NAME, VORNAME DES VERSICHERTEN	Muster 16 – Verordnung von Hilfsmitteln Praxisstempel / Datum / Unterschrift
HILFSMITTEL MUSTER · VERORDNUNGSTEXT Armunterstützungssystem AGITO® (HMV-Nr. 02.10.01.0005) zum unmittelbaren Behinderungsausgleich nach erfolgreicher Erprobung. ☐ rechts ☐ links ☐ beidseitig DIAGNOSE z. B. neurologische, neuromuskuläre oder sonstige Erkrankung mit erheblicher Armkraftminderung	

Wer darf verordnen? Grundsätzlich jeder Arzt. Ein Facharzt hat bei Rückfragen der Kostenträger ggf. den Vorteil, direkt einen entsprechenden Bericht erstellen zu können.



Antragstellung / KV

Sie reichen den Kostenvoranschlag bei der Krankenkasse ein – auf Basis des ORFOMED-Angebots.

TIPP FÜR SCHNELLE GENEHMIGUNG

Reichen Sie den Kostenvoranschlag zusammen mit Erprobungsbericht und medizinischer Begründung direkt über das eKV-System ein – vollständige Unterlagen vermeiden Rückfragen und Zeitverlust.

1**ORFOMED-Angebot als Grundlage**

Sie erstellen Ihren Kostenvoranschlag an die Krankenkasse auf Basis des Angebots, das wir Ihnen anhand des ausgefüllten Anpassbogens zur Verfügung stellen.

2**Alternative ohne Angebot**

Einen Kostenvoranschlag können Sie auch auf Grundlage der aktuellen VK-Preisliste erstellen.

3**Anhänge nicht vergessen**

Fügen Sie Erprobungsbericht und Versorgungsbegründung dem Kostenvoranschlag bei.

4**Einreichungsweg**

In der Regel über das elektronische Kostenvoranschlagsverfahren (eKV).



Wiedereinsatz / Poolabfrage

Kassenabhängig: Ob eine Poolabfrage nötig ist, regelt der jeweilige Kassenvertrag – nicht jede Kasse schreibt das Wiedereinsatzverfahren vor.

Kasse OHNE Wiedereinsatzpflicht

Klassischer Neuverkauf ist direkt Ihre erste Alternative – ohne vorgeschaltete Poolabfrage.

Kasse MIT Wiedereinsatzpflicht

Die Poolabfrage ist zwingend vorgeschaltet – einen Neuantrag stellen Sie erst nach Negativabfrage.

- 1 **Pool-Check bei der Kasse:** Prüfung der üblichen Hilfsmittelpools MIP, EGEKO oder LEOS (abhängig vom Kostenträger) auf einen bereits vorhandenen, wiedereinsetzbaren AGITO®.
- 2 **Verpflichtende Einsendung an ORFOMED:** Ist ein AGITO® im Pool vorhanden, schicken Sie es zwingend zur Prüfung an ORFOMED ein. Bei Fremdfabrikaten anderer Hersteller im Pool sprechen Sie uns gerne an – wir wägen gemeinsam Vor- und Nachteile der Geräte für den Einsatz bei Ihrem Patienten ab.
- 3 **Unser Wiedereinsatzpaket:** Im Rahmen einer Servicepauschale übernehmen wir die komplette Prüfung auf Wiedereinsatztauglichkeit:
 - ✓ Eingangskontrolle
 - ✓ Hygienische Vorbereitung & Reinigung
 - ✓ Funktionsprüfung
 - ✓ Technische Prüfung
 - ✓ Bewertung Wiedereinsatzfähigkeit
 - ✓ Dokumentation
- 4 **Kostenvoranschlag für Reparatur:** Im Anschluss senden wir Ihnen einen KV für die Instandsetzung – Grundlage für Ihren Antrag an die Krankenkasse.

≤ 70 %

Faustregel Wirtschaftlichkeit: Ein Wiedereinsatz gilt in der Regel nur dann als wirtschaftlich, wenn die Wiedereinsatzkosten nicht mehr als 70 % der Kosten eines gleichwertigen Neugeräts betragen.

Erst bei Negativabfrage geht es weiter: Nur wenn kein geeignetes Hilfsmittel im Pool vorhanden ist (Negativabfrage), setzen Sie den Weg der Beantragung als klassischen Neuverkauf per Kostenvoranschlag fort.



Prüfung / gesetzliche Fristen

Die Krankenkasse prüft den Antrag – eine Weiterleitung an den Medizinischen Dienst (MD) ist sehr wahrscheinlich.

GESETZLICHE FRISTEN

3 Wochen / **5** Wochen mit MD

Entscheidung bis Ablauf der Frist – bei Einschaltung des Medizinischen Dienstes verlängert auf fünf Wochen.

PRAXIS SIEHT ANDERS AUS

Monate

Der Genehmigungsprozess dauert in der Realität teilweise mehrere Monate – deutlich länger als gesetzlich vorgesehen.

TIPP FÜR SCHNELLE GENEHMIGUNG

Fassen Sie den Kostenvoranschlag regelmäßig aktiv nach und mahnen Sie ihn an. Ergänzende Nachfragen des Versicherten selbst beschleunigen das Verfahren zusätzlich spürbar.

Ablehnung und Widerspruch

Bei einer Ablehnung stehen Sie nicht allein da: ORFOMED vermittelt den Kontakt zu einer externen Kanzlei – für Sie und den Versicherten entstehen dabei keine Kosten.

**Kostenlose Vermittlung an eine externe Kanzlei**

ORFOMED bietet selbst keine Rechtsberatung an, sondern arbeitet im Falle einer Ablehnung mit einer spezialisierten, externen Kanzlei zusammen – für Sie entstehen dabei keinerlei Kosten.

**Nur eine Vollmacht nötig**

Sie benötigen lediglich eine Vollmacht des Versicherten – diese stellen wir Ihnen auf Anfrage zur Verfügung.

**Frist unbedingt einhalten**

Die Widerspruchsfrist beträgt **1 Monat** ab Zustellung des Ablehnungsbescheids.

1 Monat

Widerspruchsfrist ab Zustellung des Ablehnungsbescheids – vermerken Sie das Datum direkt bei Eingang.

ANSPRECHPARTNER

Kontakt

Ihr Ansprechpartner für Rückfragen aller Art rund um den AGITO®.

Marc Handlöchten

Vertriebsleiter · ORFOMED GmbH

✉ marc.handloechten@orfomed.de

☎ Tel.: +49 (0) 91 31 / 94 34 88 0

📱 Mobil: +49 (0) 151 40 220 119

Mehr zum AGITO®, Downloads & Fachhandelspartner:

www.orfomed.de

HINWEIS

Dieser Leitfaden ersetzt keine Rechtsberatung, sondern gibt eine praxisnahe Orientierung für die tägliche Versorgungsarbeit mit dem AGITO®.