

## **Hilfsmittelspezifische Hinweise der DAK-Gesundheit zum elektronischen Kostenvoranschlagsverfahren (eKV)**

### **Ergänzung – 05.11.2025**

09.37.04 – Elektrostimulationsgeräte zur funktionellen Elektrostimulation (Krankenbehandlung und Behinderungsausgleich) - Ergänzung der zulässigen Hilfsmittelnummern, Pseudohilfsmittelnummern und deren zulässigen Hilfsmittelkennzeichen

### **Ergänzung – 16.06.2025**

99.00.17 und 99.17.01 Kopfschutzbandagen und Kopfschutzhelme – zulässige Hilfsmittelnummern, Produktbesonderheiten und Hilfsmittelkennzeichen ab 01.09.2025

### **Ergänzung - 01.02.2025**

[51 Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen](#): Neue Hinweise zu den notwendigen Angaben / Mengen / Genehmigungsintervallen aufgenommen.

### **Ergänzung - 20.12.2024**

[54 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel](#): Redaktionelle Anpassung zum neuen Höchstbetrag von 42,00 EUR ab 01.01.2025

### **Ergänzung – 23.05.2024**

14.24.06.1xxx bis 5 tragbare Sauerstoffkonzentratoren mit erweitertem Akku und Zubehör  
Ergänzung neuer Produktbesonderheiten

### **Ergänzung – 29.04.2024**

14.24.17.3992 Produktbesonderheit 0000000024 Verpackungseinheit Inhalt 20 Stück Wigglespad Optiflow Junior 2 My AIRVO 2 ergänzt.

### **Ergänzung – 23.04.2024**

14.24.06.1xxx bis 5 tragbare Sauerstoffkonzentratoren mit erweitertem Akku und Zubehör  
Ergänzung neuer Produktbesonderheiten

### **Ergänzung – 22.03.2024**

Allgemeine redaktionelle Anpassungen  
PG 51.40.01.4 Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar  
PG 54 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

### **Ergänzung – 24.05.2022**

14.24.17.3992 Neues Zubehör für MyAirvo2 mit neuen Produktbesonderheiten

0000000021 Nasenkanüle OptiflowJunior2 Gr. L myAIRVO2  
0000000022 Nasenkanüle OptiflowJunior2 Gr. XL myAIRVO2  
0000000023 Wigglepads OptiflowJunior2 myAIRVO 2

#### **Ergänzung – 07.06.2021**

14.24.16.7002 und 14.24.19.0001 Abrechnungspositionsnummer für individuell angefertigte Masken

14.99.99.0019 Drehanschlüsse/-adapter für Masken zur Applikation respiratorischer Systeme

Es wurden Produktbesonderheiten definiert.

#### **Ergänzung – 05.10.2020**

PG 04.40.01.0 Badewannenlifter (Standard)

PG 10.50.04.1 Rollatoren (Standard)

PG 18.46.02.0 Toilettenrollstühle, 18.50.02.0/2 (Standardgreifreifenrollstühle/Leichtgewicht-Standardgreifreifenrollstühle): Hinweise wurden aktualisiert

#### **Ergänzung – 21.09.2020**

18.99.99.0702 Sondersteuerungen für Elektrorollstühle – Um die Sondersteuerungen wiedereinsetzen zu können, sind ab sofort Interimsnummern unter der Pseudo-Produktart 18.99.99.9 zu beantragen. Im Kostenvoranschlag sind die Einzelpositionen alle mit der einheitlichen Interimsnummer zu beantragen. Eine Pool-Registrierung ist erforderlich. In der Registernummer ist die individuelle Ausstattung konkret zu beschreiben.

#### **Ergänzung – 26.05.2020**

14.99.99.0000 oder 14.99.99.1031 – Die Zubehörpauschale für Sauerstoffkonzentratoren ist direkt mit der Auslieferung des Konzentrators zu beantragen bzw. je nach Vertrag direkt abrechenbar.

#### **Ergänzung – 11.03.2020**

14.24.17.3992 MyAirvo2 – Für das Zubehör wurden neue Hilfsmittelpositionsnummern und Produktbesonderheiten hinterlegt. Bitte verwenden Sie diese ab sofort bei elektronischen Kostenvoranschlägen.

14.24.06.1xxx bis 5 tragbare Sauerstoffkonzentratoren und Zubehör – aktualisiert auf neue Hilfsmittelpositionsnummern

#### **Ergänzung – 23.01.2018**

88.00.99.\*\*\*\* Cochlea Implantate: Reparaturen, Ersatzteile, technische Anpassung, Batterien  
Neuaufnahme der Eingabehinweise

#### **Änderung/Ergänzung – 15.12.2017**

32 Therapeutische Bewegungsgeräte Anpassung an bestehenden Vertrag:

Wegfall Produktbesonderheit,

Änderungen bei Folgeversorgung: OP-Datum entfällt, Hilfsmittelkennzeichen 09

#### **Änderung/Ergänzung – 12.07.2017**

14.99.99.0006 neue Produktbesonderheit für externe Akkus für Beatmungsgeräte

**Änderung/Ergänzung – 01.07.2017**

Ergänzung Kriterien für tragbare Sauerstoffkonzentratoren und deren Zubehör (siehe 14.24.04.6)

**Änderung/Ergänzung – 01.06.2017**

Ergänzung ableitende Inkontinenzhilfen (siehe „15.25.04 ff.“)

**Änderung/Ergänzung – 20.03.2017**

Überarbeitung der Pseudo-Hilfsmittelpositionsnummern zur kontinuierlichen Glukosemessung.

**Änderung/Ergänzung – 09.03.2017**

Optimierung Eingabehinweise PG 32

## Grundsätze

Alle Eingaben sind gemäß den Verträgen zu machen. Es ist wichtig, die richtige Kombination aus Hilfsmittelpositionsnummer, Hilfsmittelkennzeichen und ggf. Produktbesonderheit zu verwenden.

Das gilt auch, wenn andere Hilfsmittelkennzeichen logischer erscheinen. Zum Beispiel ist auch bei Folgeversorgungen das Hilfsmittelkennzeichen Vergütungspauschale anzugeben, wenn im Vertrag das Hilfsmittelkennzeichen für die Folgevergütungspauschalen nicht vergeben wurde.

Alle im ursächlichen Zusammenhang stehenden Hilfsmittel können mit einem eKV beantragt werden. Hilfsmittel, die keine Versorgungseinheit bilden, sind getrennt zu beantragen:

### Beispiel

Rollstuhl + Sitzkissen = 1 eKV  
Rollstuhl + Beatmungsgerät = 2 eKV

Bitte beachten Sie, dass bei fehlerhaften Eingaben im eKV automatische Korrekturen vorgenommen werden, wenn der Preis, der Leistungserbringergruppenschlüssel, die Mehrwertsteuer oder die Zuzahlung nicht vertragskonform eingereicht werden. Sie müssen deshalb sicherstellen, dass bei allen eKV eine Kontrolle der zurückgespielten Angaben erfolgt.

Die Abrechnung muss mit den genehmigten eKV-Daten übereinstimmen. Die Genehmigungsdaten werden mit den Abrechnungsdaten maschinell abgeglichen. Abweichungen führen zu automatischen Absetzungen der Rechnungen.

Ihre Abrechnungsdaten müssen mit den genehmigten eKV-Positionen übereinstimmen. Es wird ein maschineller Abgleich der Genehmigungs- und Rechnungsdaten erfolgen. Bei Abweichungen können die Rechnungen leider nicht bezahlt werden.

Sofern Sie für einzelne Hilfsmittel kein Vertragspartner der DAK sind, haben Sie die Möglichkeit, Beitrittsanträge schnell und unbürokratisch über das Internet abzuwickeln. Über unser Online-System (<https://www.dak.de/dak/hilfsmittel/vertragsbeitritte--mit-dem-vertragsmanager-partner-werden-2090528.html>) können Sie die bestehenden Verträge einsehen, den für Sie passenden auswählen und den Beitrittsantrag elektronisch stellen.

Bei Rückfragen zu einem eKV wenden Sie sich bitte mittels MIP-Nachrichten an das zuständige DAK-Fachzentrum Hilfsmittel. Bei allgemeinen Fragen wenden Sie bitte unter Angabe Ihrer IK-Nummer an [hilfsmittelmanagement@dak.de](mailto:hilfsmittelmanagement@dak.de).

## **Allgemeine Vorgaben für alle elektronischen Kostenvoranschläge (eKV)**

### **Krankenversichertennummer**

Es kann die interne DAK-Krankenversichertennummer (12-stellig) oder die lebenslange Versichertennummer (10-stellig, beginnend mit einem Buchstaben) ohne Leerzeichen angegeben werden.

### **Verordner- und Verordnungsdaten**

Es sind immer die Arzt- und die Betriebsstättennummer anzugeben. Bei Krankenhaus-Verordnungen ist unter Arztnummer immer die 999999900 und unter Betriebsstättennummer die Krankenhaus-IK anzugeben.

Pseudonummern und unplausible Angaben werden nicht mehr angenommen.

Bei den Hilfsmittelkennzeichen Reparaturen (01), Zurichtungen (05), Folgevergütungspauschalen (09), Ersatzbeschaffung (11), Wartungen (14,15) und STK (14,15) ist keine Angabe notwendig (=leer).

Ist eine Verordnung erforderlich, muss eine Anlage mit der Dateiarart „Verordnung/Rezept“ beigefügt werden.

### **Anlagen**

Es müssen alle Dokumente hochgeladen werden, die vertraglich vereinbart sind.

### **HMVZ-Nummer**

Hilfsmittelnummern sind immer 10-stellig einzugeben. Liegt kein offizieller 10-Steller vor, muss die Produktart (7-Steller) plausibel sein. Die letzten 3 Stellen können mit Pseudonummern aufgefüllt werden.

Sofern in den Verträge Pseudohilfsmittelnummern vergeben wurden, sind diese anzugeben.

### **Pharmazentralnummer**

Wurde für das zu beantragende Hilfsmittel offiziell eine Pharmazentralnummer (PZN) vergeben, kann diese eingetragen werden. Dadurch können ungerechtfertigte Preiskürzungen und falsche Hilfsmittelvergleiche vermieden werden.

### **Produktbesonderheit**

Für eine korrekte Genehmigung müssen die Produktbesonderheiten aus den Verträgen eingetragen werden. Bei fehlenden Produktbesonderheiten kommt es sonst zu ungerechtfertigten Preiskürzungen.

### **Hilfsmittelkennzeichen**

Bitte an den bestehenden Verträgen orientieren. Die DAK-Gesundheit verwendet bei nicht wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln das Hilfsmittelkennzeichen „nicht besetzt (07)“ als Kauf.

### **Leistungserbringergruppenschlüssel**

Jeder Vertrag hat einen Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS), der angegeben werden muss. Wird ein Kostenvoranschlag für ein vertraglich nicht geregeltes Hilfsmittel eingereicht, kann der LEGS verwendet werden, der mit „099“ endet.

**Versicherungsart** (Krankenversicherung oder Pflegeversicherung)

Pflegeversicherung ist immer dann anzugeben, wenn es sich um ein Pflegehilfsmittel handelt (PG 50 bis 54 und 98). Eine Mischung von Kranken- und Pflegeversicherung in einem eKV ist nicht zulässig und wird abgelehnt.

**Versorgungsbeginn / Versorgungsende**

Der Versorgungszeitraum ist so anzugeben, wie im Vertrag geregelt. Folgende Regelungen sind möglich:

- volle Kalendermonate (Beispiel: 01.01.2014 bis 31.01.2014)
- Kalendermonate (Beispiel: 15.12.2013 bis 14.01.2014)

Wurden in den Verträgen keine Versorgungszeiträume geregelt, können die tatsächlichen Versorgungszeiträume eingegeben werden.

Bitte beachten, dass rückwirkende Versorgungszeiträume maximal ab dem 1. des vorherigen Kalendermonats akzeptiert werden. Generell gilt die Kostenvoranschlagseinreichung vor der Versorgung. Versorgungszeiträume vor dem 1. des vorherigen Kalendermonats liegen außerhalb des Sachleistungsprinzips und können nicht mehr genehmigt werden. Die entstandenen Kosten dürfen den Versicherten nicht in Rechnung gestellt werden. Die Beantragung ist ab dem 1. des vorherigen Kalendermonats möglich.

**WE-Beleg Nummer**

Die WE-Beleg Nummer ist die Nummer des Abfragebelegs aus dem MIP-Pool. Diese ist bei wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln, bei Neulieferungen oder Reparaturen zwingend anzugeben.

**Registernummer**

Die Registernummer aus dem MIP-Pool muss bei wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln angegeben werden, wenn eine Neulieferung, ein Wiedereinsatz, eine Reparatur, Wartung und Abbruchpauschale beantragt wird.

Die Versichertennummer und die Hilfsmittelnummer aus dem MIP-Pool müssen mit den Angaben im eKV identisch sein.

Werden eKV mit Registernummern abgelehnt, storniert die DAK-Gesundheit die Registernummer im MIP-Pool automatisch.

**Menge**

Bei der Mengenangabe kann es zu falschen Genehmigungen kommen, wenn statt der Packungseinheit die tatsächliche Stückzahl eingegeben wird oder umgekehrt. Es muss immer die Mengenangabe aus dem Vertrag eingetragen werden.

Bei vertraglich nicht geregelten Hilfsmittel kommt es leider in Einzelfällen zu falschen Genehmigungen. Zur Korrektur ist mit der DAK-Gesundheit Kontakt aufzunehmen.

## **Eigenanteil**

Wird ein Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel in Verbindung mit einem Gebrauchsgegenstand verwendet, ersetzt es diesen (z.B. orthopädische Schuhe) oder ist in ihm ein solcher enthalten (z.B. Autokindersitz), beschränkt sich die Leistungspflicht auf das eigentliche Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel.

Den auf den Gebrauchsgegenstand entfallenden Kostenanteil des Gegenstandes hat der Versicherte selber zu tragen. Die Spitzenverbände haben eine Empfehlung zur Höhe der Beträge abgegeben (vgl. Anhang II).

## **Zuzahlung**

Die gesetzliche Zuzahlung fällt ab dem 18. Lebensjahr an, sofern von der DAK-Gesundheit keine Befreiung ausgesprochen wurde.

Bei der Zuzahlungsregelung wird unterschieden zwischen

- zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln und
- nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln.

### Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel

Der GKV-Spitzenverband hat die Hilfsmittel des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V benannt, die der Zuzahlungsregelung für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel unterliegen.

10 % je Packung

- kein Mindestbetrag
- maximal 10 Euro für den Monatsbedarf.

Die Zuzahlung wird für alle zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel auf monatlich 10 € begrenzt.

Dies gilt unabhängig davon, ob die zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel aufgrund einer oder mehrerer Indikationen benötigt werden bzw. ob sie verschiedenen Produktgruppen zuzuordnen sind.

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel sind nicht zu gruppieren, damit automatisiert eine korrekte Berechnung erfolgen kann. Die automatische Berechnung berücksichtigt alle in dem jeweiligen Kalendermonat bereits angefallenen Zuzahlungen von allen zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln, sofern sie nicht mit einem zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel verknüpft sind.

### Nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel

10 % vom Abgabepreis (von dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag)

- mindestens 5 Euro
- maximal 10 Euro
- ggf. begrenzt auf die Kosten des Produktes.

Die Zuzahlung berechnet sich aus den Kosten für die gesamte Versorgung für das jeweilige Hilfsmittel. Dies gilt auch für Verbrauchsmaterialien, die im - ggf. vertraglich vereinbarten – Lieferumfang eines nicht zum Verbrauch bestimmten Basisproduktes enthalten sind und in einer Versorgung ausgeliefert werden. In diesem Fall wird für das Verbrauchsmaterial keine



gesonderte Zuzahlung berechnet. Die Kosten werden der Grundleistung zugeschlagen und die Zuzahlung gemäß den Regelungen für nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel berechnet.

Die Zuzahlung der einzelnen Positionen müssen deshalb für jede Versorgungseinheit miteinander verknüpft werden.

Beispiel

	PG	Hilfsmittel	Zuzahlungsgruppe
Pos. 1	01	Absauggerät	1
Pos. 2	01	Absaugkatheter	1
Pos. 3	14	Inhalationsgerät	2
Pos. 4	12	Trachealkanüle	3
Pos. 5	12	Sprechventil	4

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (z. B. Absaugkatheter) sind nur dann zu gruppieren, wenn sie mit einem nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel (z. B. Absauggerät) eine Versorgungseinheit bilden. Die Berechnung orientiert sich dann an dem nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel (z. B. Absauggerät).

## **Produkt- und hilfsmittelspezifische Besonderheiten**

### **01.24.01.xxxx und 01.24.02.xxxx Sekret-Absauggeräte**

Seit 01.09.2014 können Absauggeräte nur noch als Vergütungspauschale beantragt werden.

HMVZ-Nummer	01.00.24.0060
Hilfsmittelkennzeichen	Vergütungspauschale (08) Folgevergütungspauschale (09)
Leistungserbringergruppe	je nach Vertrag
Beschreibung	zu lieferndes Modell angeben
Versorgungszeitraum	Es sind immer vollständige Kalendermonate anzugeben. Maximal können 12 Kalendermonate pro elektronischen Kostenvoranschlag beantragt werden.

### **01.99.01.0xxx, 01.99.01.1xxx, 01.99.01.3001 Zubehör für Sekret-Absauggeräte**

### **01.99.99.0001, 01.99.99.0002, 01.99.99.0003 sonstige Abrechnungspositionen**

Sämtliches Zubehör kann seit 01.09.2014 nur noch als Vergütungspauschale beantragt werden.

HMVZ-Nummer	01.00.99.0005 Verbrauchsmaterial- und Zubehörpauschale für tracheotomierte <b>unbeatmete</b> Versicherte  01.00.99.0006 Verbrauchsmaterial- und Zubehörpauschale für tracheotomierte <b>beatmete</b> Versicherte
Hilfsmittelkennzeichen	Vergütungspauschale (08) Folgevergütungspauschale (09)
Versorgungszeitraum	Es sind immer vollständige Kalendermonate anzugeben. Maßgeblich ist der Zeitraum, der verordnet wurde. Maximal können 3 Kalendermonate pro elektronischen Kostenvoranschlag beantragt werden.

### **03.00.99.0012 Verbandmittelpauschale enterale Ernährung**

HMVZ-Nummer	03.00.99.0012
Hilfsmittelkennzeichen	Vergütungspauschale für Erstversorgungen(08) Folgevergütungspauschale (09)
Leistungserbringergruppe	1998333
Beschreibung	Angabe der Bezeichnung der Produkte
Versorgungszeitraum	Volle Kalendermonate

### **03.99.00.0060 Hilfsmittelpauschale enterale Ernährung m. Pumpe**

### **03.99.00.0070 Hilfsmittelpauschale enterale Ernährung m. Schwerkraft**

HMVZ-Nummer	03.99.00.0060 oder 03.99.00.0070
Hilfsmittelkennzeichen	Vergütungspauschale (08)
Versorgungszeitraum	Volle Kalendermonate

### **03.99.01.0000 Spritzen zur enteralen Ernährung (anstatt einer Hilfsmittelpauschale)**

Produktbesonderheit	entspr. Pharmazentralnummer mit drei führenden Nullen
Hilfsmittelkennzeichen	Kauf (07)
Versorgungszeitraum	Volle Kalendermonate

### **0399021000, 0399990001, 0399990002, 0399990009, 0399990010, 0399990011, 0399991010, 0399993007 Verbrauchsmaterial zur Insulinpumpenversorgung**

Produktbesonderheit	entspr. Pharmazentralnummer mit drei führenden Nullen
Hilfsmittelkennzeichen	Kauf (07)
Versorgungsbeginn	Tag der Lieferung
Versorgungsende	letzter Tag der Nutzung durch den Versicherten

### **03.99.05.1xxx Insulinpumpenfolgeversorgung**

Hilfsmittelkennzeichen	Kauf (unbesetzt) (07)
Bemerkungen	z.B. Grund für den Defekt
Versorgungsbeginn	Tag der Lieferung
Versorgungsende	entfällt

### **04.40.01.0 Badewannenlifter (Standard)**

Es gelten ab 01.12.2019 regionale Verträge.

Hilfsmittelkennzeichen	08 als Pauschale bei Erstversorgungen 09 als Pauschale bei Folgeversorgungen
Produktbesonderheit	0000000140 Belastbarkeit bis 140 kg 0000000170 Belastbarkeit ab 141 bis 170 kg
Versorgungszeitraum	2 Jahre Erstversorgung 1 Jahr Folgeversorgung

Folgeversorgungen können von dem versorgenden Vertragspartner nach Ablauf des vereinbarten Gewährleistungszeitraums ohne Kostenvoranschlag direkt abgerechnet werden.

### **05.xx.xx.xxxx Bandagen**

HMVZ-Nummer	z. B. 05.02.02.0004 ( <b>ausschließlich neue Nummern verwenden, aufgrund Neustrukturierung der Produktgruppe</b> ) Bei fehlender vertraglicher Regelung: 05.00.00.0001 = Haus-/Krankenhausbesuch für Fertigartikel 05.00.00.0002 = Haus-/Krankenhausbesuch für Maßartikel
Merkmale (Pflichtfeld)	Eingabe: Seite ‚rechts‘ oder/und ‚links‘ Ausgenommen: 05.05., 05.11., 05.12., 05.13., 05.14. und 05.16.

## **06 Bestrahlungsgeräte**

Leistungserbringergruppe	XX XX 099
WE-Belegnummer	Anzugeben bei Neulieferung (00) über 200 €
Einzelbetrag	Freie Kalkulation
Merkmale	keine

### **08.03.01.xxxx bis 08.03.06.xxxx – Einlagen ( Paarpreis)**

### **08.99.99.0001 bis 08.99.99.0010 – Abrechnungspositionen für Zusätze (Stückpreis)**

HMVZ-Nummer	08.03.01.0001 Die Grundposition ist an erster Stelle zu erfassen.
Hilfsmittelkennzeichen	Gemäß Festbetragsregelung: Neulieferung (00), Zusätze (05), Abdruck vom Arzt/eigene Werkstatt (00)
Menge	1 je eKVA (bei Grundposition, da Paarpreis), maximal 2 (nur bei Zusätzen nach 08.99)
Einheit	Stück (auch bei der Grundposition, da Paarpreis)
Einzelbetrag	Brutto-Festbetrag
Rabatt	Ohne
MWSt	Brutto 7 % (ermäßigt)
Merkmale	Keine
Neue Position anlegen	Sofern Abrechnungspositionen für Zusätze erforderlich sind (08.99.99.xxxx)

### **08.03.07.0001 – Einlagen in Sonderanfertigung**

HMVZ-Nummer	Immer: 08.03.07.0001 (kann nicht mit Zusatzpositionen 08.99... kombiniert werden, also immer nur eine Position je Vorgang)
Hilfsmittelkennzeichen	Neulieferung (00)
Leistungserbringergruppe	xx 00 099 oder xx 00 008
Menge	1 Paar oder 2 Stück je eKVA
Einheit	Paar oder Stück

### **09.37.03.0 – Inkontinenztherapiegeräte mit Therapiespeicher**

Produktbesonderheit	0000000001 Folgevergütungspauschale (09) 7. bis 24. Monat 0000000002 Folgevergütungspauschale (09) ab 25. Monat
Hilfsmittelkennzeichen	1. bis 3. Monat Miete (03), 4. bis 6. Monat Vergütungspauschale (08), 7. bis 24. Monat Folgevergütungspauschale (09) ab 25. Monat ohne weitere zeitliche Begrenzung Folgevergütungspauschale (09)
Leistungserbringergruppe	XX XX 099
Versorgungsbeginn	Nutzungsbeginn durch den Versicherten
Versorgungsende	3 Monate bei Miete, 3 Monate Vergütungspauschale, Folgepauschale (PB 0000000001) 18 Monate, Folgepauschale (PB 0000000002) ab 25. Monat ohne Enddatum
Einzelbetrag	1. bis 3. Mo. Miete (03) = 89,00 € netto 4. bis 6. Mo. Vergütungspauschale (08) = 39,00 € netto 7. bis 24. Mo. Folgevergütungspauschale (09) = 69,00 € netto

	ab 25. Mo. Folgevergütungspauschale (09) = 50,00 € netto
--	--

### **09.37.03.1 – Inkontinenztherapiegeräte mit Therapiespeicher und Biofeedback**

Produktbesonderheit	keine
Hilfsmittelkennzeichen	1. bis 3. Monat Miete (03), 4. bis 6. Monat Vergütungspauschale (08), ab 7. Monat zeitlich unbegrenzt Folgevergütungspauschale (09)
Leistungserbringergruppe	XX XX 099
Versorgungsbeginn	Nutzungsbeginn durch den Versicherten
Versorgungsende	3 Monate bei Miete, 3 Monate Vergütungspauschale, bei Folgepauschale offen
Einzelbetrag	1. bis 3. Mo. Miete (03) = 162,00 € netto 4. bis 6. Mo. Vergütungspauschale (08) = 39,00 € netto ab 7. Mo. Folgevergütungspauschale (09) = 69,00 € netto

### **09.37.04 – Elektrostimulationsgeräte zur funktionellen Elektrostimulation (Krankenbehandlung)**

Hilfsmittelnummer	10-steller beginnend mit 09.37.04 laut Hilfsmittelverzeichnis oder von der DAK-Gesundheit explizit zugelassene Pseudonummer beginnend mit 09.00.37
Hilfsmittelkennzeichen	08 als Pauschale bei Erstversorgungen 09 als Pauschale bei Folgeversorgungen

### **09.37.04 – Elektrostimulationsgeräte zur funktionellen Elektrostimulation (Behinderungsausgleich)**

Hilfsmittelnummer	10-steller beginnend mit 09.37.04 laut Hilfsmittelverzeichnis oder von der DAK-Gesundheit explizit zugelassene Pseudonummer beginnend mit 09.00.37
Hilfsmittelkennzeichen	00 Neulieferung 01 Reparatur 02 Wiedereinsatz 12 Zubehör 14 Wartung 20 Erprobung

### **09 sonstige Elektrostimulations-/therapiegeräte**

Leistungserbringergruppe	XX XX 099
Versorgungsbeginn	Nur bei Versorgungspauschalen
Versorgungsende	Nur bei Versorgungspauschalen
WE-Belegnummer	Anzugeben bei Neulieferung (00) über 200 €
Einzelbetrag	Freie Kalkulation

#### **10.50.04.1 Rollatoren (Standard)**

Es gelten ab 01.12.2019 regionale Verträge.

Hilfsmittelkennzeichen	08 als Pauschale bei Erstversorgungen 09 als Pauschale bei Folgeversorgungen
Produktbesonderheit	0000000010 Belastbarkeit bis 130 kg 0000000020 Belastbarkeit >130 kg bis 150 kg
Versorgungszeitraum	5 Jahre Erstversorgung 5 Jahre Folgeversorgung

Folgeversorgungen können von dem versorgenden Vertragspartner nach Ablauf des vereinbarten Gewährleistungszeitraums ohne Kostenvoranschlag direkt abgerechnet werden.

#### **10.50.04.0 - 999 – Delta-Gehräder**

Verordnungsdaten	Nur erforderlich bei der Erstversorgung
Anlagen	Bei Folgevergütungen ist als Anlage die Nutzererklärung des Versicherten beizufügen.
Hilfsmittelkennzeichen	Vergütungspauschale (08) Folgevergütungspauschale (09) (nach Ablauf von 5 Jahren)
Versorgungszeitraum	5 Jahre

#### **12 Hilfsmittel bei Tracheostoma und 27 Sprechhilfen**

Hilfsmittel zur Tracheostomaversorgung (PG 12) und mit Sprech- bzw. Stimmersatzhilfen (PG 27) und das entsprechende Verbrauchsmaterial einschließlich aller damit zusammenhängenden Dienst- und Serviceleistungen sind seit 01.09.2014 auf Basis einer Vergütung mit versorgungsbezogenen Monatspauschalen geregelt.

HMVZ-Nummer	12.00.24.0126 unbeatmete Patienten nach Vollendung des 14. Lebensjahres  12.00.24.0127 beatmete Patienten nach Vollendung des 14. Lebensjahres  12.00.24.0128 Tracheostoma-/Laryngektomieprodukte bei Laryngektomie ohne Stimmprothese nach Vollendung des 14. Lebensjahres 12.00.24.0129 Tracheostoma-/Laryngektomieprodukte bei Laryngektomie mit Stimmprothese nach Vollendung des 14. Lebensjahres  12.00.24.0130 Tracheostomaprodukte für unbeatmete Patienten bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres  12.00.24.0131 Tracheostomaprodukte für beatmete Patienten bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres
Hilfsmittelkennzeichen	Vergütungspauschale (08) Folgevergütungspauschale (09)

Verordnungsdaten	Die ärztliche Verordnung hat eine Gültigkeit von maximal 3 Monaten ab dem Ausstellungsdatum.
Versorgungszeitraum	Es sind immer vollständige Kalendermonate anzugeben. Maßgeblich ist der Zeitraum, der verordnet wurde. Maximal können 3 Kalendermonate pro elektronischen Kostenvoranschlag beantragt werden.

### **13.20.01.xxxx – 13.20.03.xxxx Hörgeräteversorgungen**

### **13.20.10.xxxx und 13.20.12.xxxx Hörgeräteversorgungen**

### **13.99.99.0502 Verlust von Hörgeräten in der Anpassphase**

### **13.20.09.xxxx zweite Otoplastiken**

(siehe zusätzlich nachfolgende Seiten)

Anlagen	Verordnung, Tonaudiogramm (als Scan oder direkt aus der Branchensoftware), ggf. Versorgungsanzeige (Muster gemäß Vertrag)
Produktbesonderheit	Jede Seite ist nach den bestehenden Verträgen mit einer Produktbesonderheit gekennzeichnet.
<b>Merkmale (Pflichtfeld)</b>	bei allen Positionen: Seite: rechts, links oder beidseits
Versorgungsbeginn	ab Antragsdatum 6 Jahre
Versorgungsende	6 Jahre später
Datum der Vorversorgung	Bei Folgeversorgungen ist sofern bekannt, das Datum der letzten Hörgeräteversorgung einzutragen.
Zuzahlung	je Hörgerät - Bei Verlust in der Anpassphase und bei der zweiten Otoplastik fällt keine Zuzahlung an.

Diese Hinweise gelten für die (Beitriffs-)Verträge zwischen der BIHA und dem vdek mit den Leistungserbringergruppenschlüsseln (LEGS) 1400423 und 1450423 zur Versorgung der schwerhörigen Erwachsenen mit Ausnahme der an Taubheit grenzend Schwerhörigen (WHO II und III) ab dem 01.07.2015.

Bei aufzahlungspflichtigen Versorgungen ist das Hilfsmittelkennzeichen 06 anzugeben.

Position	HiMiPosNr.	Menge	LEGS	HiMi-Kz	Prod-Bes.	MwSt	Einzelpreis
<b>Einohrige Versorgung links</b>							
Pos. 1	13.20.12.xxxx	1					
	oder						
	13.20.10.xxxx		1400423	08 (06)	0501410000	Netto 7 %	640,19 €
Pos. 2	13.20.09.xxxx	1	1400423	08		Netto 7 %	31,31 €
Pos. 3	13.00.20.0003	1	1400423	13		Netto 19 %	105,05 €
<b>Ggf. Vergütung einer 2. Otoplastik zum wechselseitigen Tragen bei einer einohrigen Versorgung</b>							
Pos. 4	13.20.09.xxxx	1	1400423	12		Netto 19 %	31,31 €
<b>Einohrige Versorgung rechts</b>							
Pos. 1	13.20.12.xxxx	1					
	oder						
	13.20.10.xxxx		1400423	08 (06)	0502410000	Netto 7 %	640,19 €
Pos. 2	13.20.09.xxxx	1	1400423	08		Netto 7 %	31,31 €
Pos. 3	13.00.20.0003	1	1400423	13		Netto 19 %	105,05 €
<b>Ggf. Vergütung einer 2. Otoplastik zum wechselseitigen Tragen bei einer einohrigen Versorgung</b>							
Pos. 4	13.20.09.xxxx	1	1400423	12		Netto 19 %	31,31 €

**Beidohrige Versorgung (1. Hörgerät links, 2. Hörgerät rechts)**

Pos. 1	13.20.12.xxxx	1					
	oder						
	13.20.10.xxxx		1400423	08 (06)	0501410000	Netto 7 %	640,19 €
Pos. 2	13.20.12.xxxx	1					
	oder						
	13.20.10.xxxx		1400423	08 (06)	0505410000	Netto 7 %	497,20 €
Pos. 3	13.20.09.xxxx	2	1400423	08		Netto 7 %	31,31 €
Pos. 4	13.00.20.0002	1	1400423	13		Netto 19 %	105,05 €
Pos. 5	13.00.20.0003	1	1400423	13		Netto 19 %	105,05 €

**Beidohrige Versorgung (1. Hörgerät rechts, 2. Hörgerät links)**

Pos. 1	13.20.12.xxxx	1					
	oder						
	13.20.10.xxxx		1400423	08 (06)	0502410000	Netto 7 %	640,19 €
Pos. 2	13.20.12.xxxx	1					
	oder						
	13.20.10.xxxx		1400423	08 (06)	0504410000	Netto 7 %	497,20 €
Pos. 3	13.20.09.xxxx	2	1400423	08		Netto 7 %	31,31 €
Pos. 4	13.00.20.0002	1	1400423	13		Netto 19 %	105,05 €
Pos. 5	13.00.20.0003	1	1400423	13		Netto 19 %	105,05 €

**Verlust in der Anpassphase**

Pos. 1	13.00.99.0502	1	1400423	11		Netto 19 %	KVA
--------	---------------	---	---------	----	--	------------	-----

In der Tabelle wurde der LEGS 1400423 angegeben. Bei einem Vertragsbeitritt ist an dieser Stelle der LEGS 1450423 zu verwenden.

Beachte: Sofern Hörgeräte der gelöschten Produktuntergruppen 13.20.01, 13.20.02, 13.20.03 oder 13.20.13 zur Versorgung kommen, kann weiterhin maximal der bis 31.10.2013 geltende Festbetrag abgerechnet werden.

Diese Hinweise gelten nur für die (Beitriffs-)Verträge zwischen der BIHA und dem vdek mit den Leistungserbringergruppenschlüsseln (LEGS) 1400523 und 1450523 zur Versorgung der an Taubheit grenzenden Versicherten (WHO IV) ab dem 01.07.2015.

Position	HiMiPosNr.	Menge	LEGS	HiMi-Kz	Prod-Bes.	MwSt	Einzelpreis
<b>Einohrige Versorgung links</b>							
Pos. 1	13.20.10.xxxx	1	1400523	08 (06)	0506000000	Netto 7 %	785,05 €
Pos. 2	13.20.09.xxxx	1	1400523	08		Netto 7 %	31,31 €
Pos. 3	13.00.20.0008	1	1400523	13		Netto 19 %	151,26 €
<b>Ggf. Vergütung einer 2. Otoplastik zum wechselseitigen Tragen bei einer einohrigen Versorgung</b>							
Pos. 4	13.20.09.xxxx	1	1400523	12		Netto 19 %	31,31 €
<b>Einohrige Versorgung rechts</b>							
Pos. 1	13.20.10.xxxx	1	1400523	08 (06)	0507000000	Netto 7 %	785,05 €
Pos. 2	13.20.09.xxxx	1	1400523	08		Netto 7 %	31,31 €
Pos. 3	13.00.20.0008	1	1400523	13		Netto 19 %	151,26 €
<b>Ggf. Vergütung einer 2. Otoplastik zum wechselseitigen Tragen bei einer einohrigen Versorgung</b>							
Pos. 4	13.20.09.xxxx	1	1400523	12		Netto 19 %	31,31 €
<b>Beidohrige Versorgung (1. Hörgerät links, 2. Hörgerät rechts)</b>							
Pos. 1	13.20.10.xxxx	1	1400523	08 (06)	0506000000	Netto 7 %	785,05 €
Pos. 2	13.20.10.xxxx	1	1400523	08 (06)	0507250000	Netto 7 %	628,04 €
Pos. 3	13.20.09.xxxx	2	1400523	08		Netto 7 %	31,31 €
Pos. 4	13.00.20.0008	1	1400523	13		Netto 19 %	151,26 €
Pos. 5	13.00.20.0007	1	1400523	13		Netto 19 %	151,26 €
<b>Beidohrige Versorgung (1. Hörgerät rechts, 2. Hörgerät links)</b>							



Pos. 1	13.20.10.xxxx	1	1400523	08 (06)	0507000000	Netto 7 %	785,05 €
Pos. 2	13.20.10.xxxx	1	1400523	08 (06)	0506250000	Netto 7 %	628,04 €
Pos. 3	13.20.09.xxxx	2	1400523	08		Netto 7 %	31,31 €
Pos. 4	13.00.20.0008	1	1400523	13		Netto 19 %	151,26 €
Pos. 5	13.00.20.0007	1	1400523	13		Netto 19 %	151,26 €

#### **Verlust in der Anpassphase**

Pos. 1	13.00.99.0502	1	1400523	11		Netto 19 %	KVA
--------	---------------	---	---------	----	--	------------	-----

In der Tabelle wurde der LEGS 1400523 angegeben. Bei einem Vertragsbeitritt ist an dieser Stelle der LEGS 1450523 zu verwenden.

Beachte: Sofern Hörgeräte der gelöschten Produktuntergruppen 13.20.01, 13.20.02, 13.20.03 oder 13.20.13 zur Versorgung kommen, kann weiterhin maximal der bis 31.10.2013 geltende Festbetrag abgerechnet werden.

### **13.20.08.1xxx Kombinierte Tinnitusgeräte/Hörgeräte**

### **13.20.09.xxxx zweite Otoplastiken**

Anlagen	Verordnung, Tonaudiogramm (als Scan oder direkt aus der Branchensoftware), ggf. Versorgungsanzeige (Muster gemäß Vertrag)
Produktbesonderheit	Jede Seite ist nach den bestehenden Verträgen mit einer Produktbesonderheit gekennzeichnet.
<b>Merkmale (Pflichtfeld)</b>	<b>bei allen Positionen: Seite: rechts, links oder beidseits</b>
Versorgungsbeginn	ab Antragsdatum 6 Jahre
Versorgungsende	6 Jahre später
Datum der Vorversorgung	Bei Folgeversorgungen ist sofern bekannt, das Datum der letzten Hörgeräteversorgung einzutragen.
Zuzahlung	je Hörgerät - Bei Verlust in der Anpassphase und bei der zweiten Otoplastik fällt keine Zuzahlung an.

Diese Hinweise gelten für die (Beitriffs-)Verträge zwischen der BIHA und dem vdek mit den Leistungserbringergruppenschlüsseln (LEGS) 1400423 und 1450423 zur Versorgung der schwerhörigen Erwachsenen mit Ausnahme der an Taubheit grenzend Schwerhörigen (WHO II und III) ab dem 01.07.2015.

Bei aufzahlungspflichtigen Versorgungen ist das Hilfsmittelkennzeichen 06 anzugeben.

Position	HiMiPosNr.	Menge	LEGS	HiMi-Kz	Prod-Bes.	MwSt	Einzelpreis
<b>Einohrige Versorgung links</b>							
Pos. 1	13.20.08.1xxx	1	1400423	08 (06)	0501410000	Netto 7 %	751,53 €
Pos. 2	13.20.09.xxxx	1	1400423	08		Netto 7 %	31,31 €
Pos. 3	13.00.20.0003	1	1400423	13		Netto 19 %	105,05 €
<b>Ggf. Vergütung einer 2. Otoplastik zum wechselseitigen Tragen bei einer einohrigen Versorgung</b>							
Pos. 4	13.20.09.xxxx	1	1400423	12		Netto 19 %	31,31 €
<b>Einohrige Versorgung rechts</b>							
Pos. 1	13.20.08.xxxx	1	1400423	08 (06)	0502410000	Netto 7 %	751,53 €
Pos. 2	13.20.09.xxxx	1	1400423	08		Netto 7 %	31,31 €
Pos. 3	13.00.20.0003	1	1400423	13		Netto 19 %	105,05 €
<b>Ggf. Vergütung einer 2. Otoplastik zum wechselseitigen Tragen bei einer einohrigen Versorgung</b>							
Pos. 4	13.20.09.xxxx	1	1400423	12		Netto 19 %	31,31 €
<b>Beidohrige Versorgung (1. Hörgerät links, 2. Hörgerät rechts)</b>							
Pos. 1	13.20.08.1xxx	1	1400423	08 (06)	0501410000	Netto 7 %	751,53 €

Pos. 2	13.20.08.1xxx	1	1400423	08 (06)	0505410000	Netto 7 %	608,54 €
Pos. 3	13.20.09.xxxx	2	1400423	08		Netto 7 %	31,31 €
Pos. 4	13.00.20.0002	1	1400423	13		Netto 19 %	105,05 €
Pos. 5	13.00.20.0003	1	1400423	13		Netto 19 %	105,05 €
<b>Beidohrige Versorgung (1. Hörgerät rechts, 2. Hörgerät links)</b>							
Pos. 1	13.20.108.1xxx	1	1400423	08 (06)	0502410000	Netto 7 %	751,53 €
Pos. 2	13.20.08.1xxx	1	1400423	08 (06)	0504410000	Netto 7 %	608,54 €
Pos. 3	13.20.09.xxxx	2	1400423	08		Netto 7 %	31,31 €
Pos. 4	13.00.20.0002	1	1400423	13		Netto 19 %	105,05 €
Pos. 5	13.00.20.0003	1	1400423	13		Netto 19 %	105,05 €

In der Tabelle wurde der LEGS 1400423 angegeben. Bei einem Vertragsbeitritt ist an dieser Stelle der LEGS 1450423 zu verwenden.

#### **14.24.06.1xxx bis 5 tragbare Sauerstoffkonzentratoren und Zubehör**

Bitte beachten Sie die Hilfsmittelpositionsnummern, die Produktbesonderheiten und das korrekte Hilfsmittelkennzeichen:

HMVZ / Code	Artikelbezeichnung	Produktbesonderheit	Hilfsmittelkennzeichen
14.24.04.6993	Inogen one G4 mit erweitertem Akku	0000016993	Neulieferung (00)
14.24.04.6993	Inogen one G4 mit Standardakku		Neulieferung (00)
14.24.06.1001	Zen-O lite mit erweitertem Akku	1424061001	Neulieferung (00)
14.24.06.1002	Inogen One G3 mit Standardakku		Neulieferung (00)
14.24.06.1002	Inogen One G3 mit erweitertem Akku	0000016007	Neulieferung (00)
14.24.06.1003	LifeChoise Activos mit Standardakku		Neulieferung (00)
14.24.06.1003	LifeChoice Activox mit erweitertem Akku	0000016008	Neulieferung (00)
14.24.06.1004	SimplyGo Mini mit Standardakku		Neulieferung (00)
14.24.06.1004	SimplyGo Mini mit erweitertem Akku	0000061004	Neulieferung (00)
14.24.06.1005	Inogen Rove 6 mit Standardakku		Neulieferung (00)
14.24.06.1005	Inogen Rove 6 mit erweitertem Akku	1424061985	Neulieferung (00)
14.24.06.1006	Platinum Mobile mit Standardakku		Neulieferung (00)
14.24.06.1006	Platinum Mobile mit erweitertem Akku	0000016975	Neulieferung (00)
14.24.06.1009	FreeStyle Comfort mit erweitertem Akku	1424061009	Neulieferung (00)
14.24.06.1009	FreeStyle Comfort mit Standardakku		Neulieferung (00)
14.24.06.1011	iGo2 mit erweitertem Akku	0000016006	Neulieferung (00)
14.24.06.1998	inogen One G5 mit Standardakku		Neulieferung (00)
14.24.06.1998	inogen One G5 mit erweitertem Akku	0000061998	Neulieferung (00)
14.24.06.4002	Eclipse 5 mit herausnehmbarem Akku		Neulieferung (00)

14.24.06.5001	SimplyGo Sauerstoffkonzentrator; Art.-Nr.: 1069058		Neulieferung (00)
14.24.06.5001	SimplyGo Sauerstoffkonzentrator; Art.-Nr.: 1069058 mit erweitertem Akku	0000016949	Neulieferung (00)
14.24.06.5002	Zen-Ou2122; Art.-Nr.: RS-00500		Neulieferung (00)
14.24.06.5002	Zen-O153;; Art.-Nr.: RS-00500	0000016011	Neulieferung (00)
14.99.99.0040	Tragetasche mit Schultergurt und Tragegriff für Platinum Mobile	0000006975	Zubehör (12)
14.99.99.0002	Trolley für Eclipse	0000006002	Zubehör (12)
14.99.99.0002	Tragetasche mit Schultergurt und Tragegriff für Inogen G2	0000006006	Zubehör (12)
14.99.99.0002	Rückentragehilfe für Inogen G2	0000016006	Zubehör (12)
14.99.99.0002	Trolley für Inogen G2	0000026006	Zubehör (12)
14.99.99.0002	Tragetasche mit Schultergurt und Tragegriff für Simply Go Mini	0000006009	Zubehör (12)
14.99.99.0002	Rückentragehilfe für Simply Go Mini	0000016009	Zubehör (12)
14.99.99.0002	Trolley für Simply Go Mini	0000026009	Zubehör (12)
14.99.99.0002	Tragetasche mit Schultergurt und Tragegriff für Inogen One G3	0000006007	Zubehör (12)
14.99.99.0002	Rückentragehilfe für Inogen One G3	0000016007	Zubehör (12)
14.99.99.0002	Trolley für Inogen One G3	0000026007	Zubehör (12)
14.99.99.0002	Trolley für Zen-O und Oxus	0000006011	Zubehör (12)
14.99.99.0002	Tragetasche mit Schultergurt und Tragegriff für Focus	0000006995	Zubehör (12)
14.99.99.0002	Tragetasche mit Schultergurt und Tragegriff für LifeChoise Activox	0000006008	Zubehör (12)
14.99.99.0002	Tragetasche mit Schultergurt und Tragegriff für Freestyle	0000006999	Zubehör (12)
14.99.99.0002	Tragetasche mit Schultergurt und Tragegriff für Freestyle Comfort	0000061009	Zubehör (12)
14.99.99.0002	Rückentragehilfe für Freestyle	0000016999	Zubehör (12)
14.99.99.0002	Rückentragehilfe für Freestyle Comfort	0000161009	Zubehör (12)
14.99.99.0002	Rückentragehilfe für Zen-O lite	0001061001	Zubehör (12)
14.99.99.0002	Rückentragehilfe für Inogen One G 4	0000116993	Zubehör (12)
14.99.99.0002	Rückentragehilfe für Inogen Rove 6	1424061005	Zubehör (12)
14.99.99.0040	Tragetasche für Inogen Rove 6	1424061005	Zubehör (12)
14.99.99.0040	Tragetasche mit Schultergurt für Zen-O lite	1424061001	Zubehör (12)
14.99.99.0040	Tragetasche für iGo2	0000061011	Zubehör (12)
14.99.99.0002	Tragetasche mit Schultergurt und Tragegriff für XPO2	0000006954	Zubehör (12)
14.99.99.0002	Tragetasche mit Schultergurt für Zen-O	0000016011	Zubehör (12)
14.99.99.0002	Trolley für XPO2	0000016954	Zubehör (12)

14.99.99.0002	Tragetasche mit Schultergurt und Tragegriff für Simply Go	0000006949	Zubehör (12)
14.99.99.0002	Trolley für iGo	0000026003	Zubehör (12)
14.99.99.0002	Trolley für Solo2	0000026005	Zubehör (12)
14.99.99.0002	Trolley für Simply Go	0000026949	Zubehör (12)
14.99.99.0002	Trolley für Zen-O	0000006011	Zubehör (12)
14.99.99.0002	Trolley für Inogen Rove 6	0000061005	Zubehör
14.99.99.0002	Tragetasche mit Schultergurt und Tragegriff für Inogen G4	0000006993	Zubehör (12)
14.99.99.0002	Tragetasche mit Schultergurt und Tragegriff für Inogen Rove 6	0000161005	Zubehör (12)
14.99.99.0002	Schultergurt für Inogen G4	0000016993	Zubehör (12)
14.99.99.0035	Standardakku Platinum Mobile	0000006975	Zubehör (12)
14.99.99.0035	Standardakku für Eclipse	0000006002	Zubehör (12)
14.99.99.0035	Standardakku für Inogen G2	0000006006	Zubehör (12)
14.99.99.0035	erweiterter Akku für Inogen G2	0000016006	Zubehör (12)
14.99.99.0035	Standardakku für Simply Go Mini	0000006009	Zubehör (12)
14.99.99.0035	erweiterter Akku für Simply Go Mini	0000006010	Zubehör (12)
14.99.99.0035	Standardakku für Inogen One G3	0000006007	Zubehör (12)
14.99.99.0035	erweiterter Akku für Inogen G3	0000016007	Zubehör (12)
14.99.99.0035	Standardakku für Zen-O und Oxus	0000006011	Zubehör (12)
14.99.99.0035	Standardakku für Focus	0000006995	Zubehör (12)
14.99.99.0035	erweiterter Akku für LifeChoise Activox	0000016008	Zubehör (12)
14.99.99.0035	Standardakku für Freestyle	0000006999	Zubehör (12)
14.99.99.0035	Standardakku für Freestyle Comfort	0000161009	Zubehör (12)
14.99.99.0035	Erweiterter Akku für Freestyle Comfort	0000061009	Zubehör (12)
14.99.99.0035	erweiterter Akku für XPO2	0000016954	Zubehör (12)
14.99.99.0035	Standardakku für iGo	0000006003	Zubehör (12)
14.99.99.0035	Standardakku für Solo2	0000006005	Zubehör (12)
14.99.99.0035	Standardakku für Simply Go	0000006949	Zubehör (12)
14.99.99.0035	erweiterter Akku für Inogen One G4	0000016993	Zubehör (12)
14.99.99.0035	Standardakku für Inogen One G4	0000006993	Zubehör (12)
14.99.99.0035	erweiterter Akku für Inogen One G5	1000061998	Zubehör (12)
14.99.99.0035	Standard-Akku für Inogen One G5	0000061998	Zubehör (12)
14.99.99.0035	Standardakku für Inogen Rove 6	0000061005	Zubehör (12)
14.99.99.0035	Erweiterter Akku für Inogen Rove 6	0000161005	Zubehör (12)
14.99.99.0035	Standard-Akku für Zen-O lite	1424061001	Zubehör (12)
14.99.99.0038	Ladestation/ Ladegerät für Akkus (Gerätespezifisch)		Zubehör (12)
14.99.99.0038	Netzkabel für das Auto für INOGEN ONE G5	0000061998	Zubehör (12)

14.99.99.0040	Schultertragetasche für INOGEN ONE G5	1000061998	Zubehör (12)
14.99.99.0040	Rückentragehilfe für INOGEN ONE G5	0000061998	Zubehör (12)
14.99.99.0098	Netzteil für Platinum Mobile für Steckdose	0000006975	Zubehör (12)
14.99.99.0098	Netzteil für Eclipse für Steckdose	0000006002	Zubehör (12)
14.99.99.0098	Netzteil für Inogen G2 für Steckdose	0000006006	Zubehör (12)
14.99.99.0098	Netzteil für Simply Go Mini für Steckdose	0000006009	Zubehör (12)
14.99.99.0098	Netzteil für Inogen One G3 für Steckdose	0000006007	Zubehör (12)
14.99.99.0098	Netzteil für Zen-O und Oxus für Steckdose	0000006011	Zubehör (12)
14.99.99.0098	Netzteil für Zen -O lite für Steckdose	1424061001	Zubehör (12)
14.99.99.0098	Netzteil für Focus für Steckdose	0000006995	Zubehör (12)
14.99.99.0098	Netzteil für LifeChoise Activox für Steckdose	0000006008	Zubehör (12)
14.99.99.0098	Netzteil für Freestyle für Steckdose	0000006999	Zubehör (12)
14.99.99.0098	Netzteil für Freestyle Comfort für Steckdose	0000061009	Zubehör (12)
14.99.99.0098	Netzteil für XPO2 für Steckdose	0000006954	Zubehör (12)
14.99.99.0098	Netzteil für iGo für Steckdose	0000006003	Zubehör (12)
14.99.99.0098	Netzteil für Solo2 für Steckdose	0000006005	Zubehör (12)
14.99.99.0098	Netzteil für Simply Go für Steckdose	0000006949	Zubehör (12)
14.99.99.0098	Netzteil für Inogen One G4 für Steckdose	0000006993	Zubehör (12)
14.99.99.0098	Netzteil für Inogen One G5 für Steckdose	0000061998	Zubehör (12)
14.99.99.0098	Netzteil für Inogen Rove 6 für Steckdose	1424061005	Zubehör (12)
14.99.99.0099	KFZ-Adapter für Inogen Rove 6 für Autoe	1424061005	Zubehör (12)
14.99.99.0099	Netzteil für Platinum Mobile für das Auto	0000006975	Zubehör (12)
14.99.99.0099	Netzteil für Eclipse für Auto	0000006002	Zubehör (12)
14.99.99.0099	Netzteil für Inogen G2 für das Auto	0000006006	Zubehör (12)
14.99.99.0099	Netzteil für Simply Go Mini für das Auto	0000006009	Zubehör (12)
14.99.99.0099	Netzteil für Inogen One G3 für das Auto	0000006007	Zubehör (12)
14.99.99.0099	Netzteil für Zen-O und Oxus für das Auto	0000006011	Zubehör (12)
14.99.99.0099	Netzteil für Zen-O lite für das Auto	1424061001	Zubehör (12)
14.99.99.0099	Netzteil für Focus für das Auto	0000006995	Zubehör (12)
14.99.99.0099	Netzteil für LifeChoise Activox für das Auto	0000006008	Zubehör (12)

14.99.99.0099	Netzteil für Freestyle für das Auto	0000006999	Zubehör (12)
14.99.99.0099	Netzteil für Freestyle Comfort für das Auto	0000161009	Zubehör (12)
14.99.99.0099	Netzteil für XPO2 für das Auto	0000006954	Zubehör (12)
14.99.99.0099	Netzteil für iGo für das Auto	0000006003	Zubehör (12)
14.99.99.0099	Netzteil für Solo2 für das Auto	0000006005	Zubehör (12)
14.99.99.0099	Netzteil für Simply Go für das Auto	0000006949	Zubehör (12)
14.99.99.0099	Netzteil für Inogen Rove 6 für das Auto	1424061985	Zubehör (12)
14.99.99.0099	Netzteil für Inogen One G4 für das Auto	0000006993	Zubehör (12)

#### **14.24.16.7002 und 14.24.19.0001 Abrechnungspositionsnummer für individuell angefertigte Masken**

Bitte verwenden Sie für individuell angefertigte Masken folgende Hilfsmittelnummer und Produktbesonderheiten:

HMVZ / Code	Artikelbezeichnung	Produktbesonderheit	Hilfsmittelkennzeichen
14.24.16.7002	Full-Face-Maske	0000000001	Zubehör (12)
14.24.16.7002	Nasenmaske	0000000002	Zubehör (12)
14.24.19.0001	Full-Face-Maske	0000000001	Zubehör (12)
14.24.19.0001	Nasenmaske	0000000002	Zubehör (12)

#### **14.24.17.3992 MyAirvo2 und Zubehör für MyAirvo2**

Bitte verwenden Sie für MyAirvo2 und dessen Zubehör folgende Hilfsmittelnummern und Produktbesonderheiten:

HMVZ / Code	Artikelbezeichnung	Produktbesonderheit	Hilfsmittelkennzeichen
14.24.17.3992	My Airvo 2 (MIP-Interimsnummer)		Neulieferung (00)
14.24.17.3992	O-Ring Schlauchausgang MyAirvo2	0000000001	Zubehör (12)
14.24.17.3992	Befeuchterkammer MR290 (Einweg) myAIRVO2	0000000002	Zubehör (12)
14.24.17.3992	Nasenkanüle Optiflow Junior Inf.myAIRVO2	0000000003	Zubehör (12)
14.24.17.3992	Nasenkanüle Optiflow Junior Päd.myAIRVO2	0000000004	Zubehör (12)
14.24.17.3992	Wigglepads Optiflow Junior myAIRVO 2 à 20	0000000005	Zubehör (12)
14.24.17.3992	Kompaktständer (Tisch) myAIRVO 2	0000000006	Zubehör (12)
14.24.17.3992	Sauerstoff-Kit myAIRVO 2	0000000007	Zubehör (12)
14.24.17.3992	O <sup>2</sup> -Adapter mit Verlängerung myAIRVO 2	0000000008	Zubehör (12)
14.24.17.3992	Filterklappe myAIRVO 2	0000000009	Zubehör (12)
14.24.17.3992	Wasserfüllbeutel myAIRVO 2 à 2	0000000010	Zubehör (12)
14.24.17.3992	Vernebleradapter myAIRVO 2	0000000011	Zubehör (12)

14.24.17.3992	O2-Schlauch (unbeheizt) myAIRVO 2	0000000012	Zubehör (12)
14.24.17.3992	Ständer fahrbar myAIRVO 2	0000000013	Zubehör (12)
14.24.17.3992	Halteplatte Ständer fahrbar myAIRVO 2	0000000014	Zubehör (12)
14.24.17.3992	Nasenkanüle Optiflow Plus Gr.S myAIRVO 2	0000000015	Zubehör (12)
14.24.17.3992	Nasenkanüle Optiflow Plus Gr.M myAIRVO 2	0000000016	Zubehör (12)
14.24.17.3992	Nasenkanüle Optiflow Plus Gr.L myAIRVO 2	0000000017	Zubehör (12)
14.24.17.3992	Luftfilter myAIRVO 2	0000000018	Zubehör (12)
14.24.17.3992	Schlauchs. Airspiral myAIRVO2 beh. m.Kam	0000000019	Zubehör (12)
14.24.17.3992	TK-Anschluss Optiflow (New) myAIRVO2	0000000020	Zubehör (12)
14.24.17.3992	Nasenkanüle Optiflow Junior 2 Gr. L myAIRVO2	0000000021	Zubehör (12)
14.24.17.3992	Nasenkanüle Optiflow Junior 2 Gr. XL myAIRVO2	0000000022	Zubehör (12)
14.24.17.3992	Wigglepads Optiflow Junior 2 myAIRVO 2 pro Stück	0000000023	Zubehör (12)
14.24.17.3992	Wigglepads Optiflow Junior 2 myAIRVO 2 Verpackungseinheit 20 Stück	0000000024	Zubehör (12)

#### **14.24.20 bis 14.24.25 Schlafapnoetherapiegeräte**

Verordnungsdaten	Sind generell bei Erstversorgungen (Vergütungspauschale (08)) notwendig. Bei Folgeversorgungen (Folgevergütungspauschale (09)) muss nur dann eine ärztliche Verordnung eingereicht werden, wenn die durchschnittliche nächtliche Nutzungsdauer unter 4 Stunden liegt.
HMVZ-Nummer	Es ist immer die 10-stellige HMVZ des Gerätes anzugeben, welches für die Versorgung eingesetzt wird.
Hilfsmittel- kennzeichen	Vergütungspauschale (08) bei erstmaliger Versorgung mit einem Gerät aus der identischen Produktart Folgevergütungspauschale (09) bei Folgeversorgungen nach einem Gerätetausch (z. B. wenn das bisher genutzte DAK-Gerät verschrottet werden muss) oder das Gerät nach Ablauf der Vergütungspauschale (08) weiter genutzt werden soll
Merkmale	Vergütungspauschale (08): keine Merkmale erforderlich Folgevergütungspauschale (09): durchschnittliche Nutzungsdauer

#### **14.24.12.5900, 14.99.99.0010 und 14.99.99.0922 – Zubehörpauschalen für Geräte zur Behandlung der Schlafapnoe und Beatmungsgeräte**

Verordnungsdaten	Nicht erforderlich
HMVZ-Nummer	Pseudo-Hilfsmittelnummer für die Zubehörpauschale laut Vertrag!
Versorgungszeitraum	Der Versorgungszeitraum schließt sich nahtlos an den vorherigen genehmigten Versorgungszeitraum an. Eine

	rückwirkende Beantragung ist ausnahmsweise zulässig ab dem Tag der Bestellung durch den Versicherten.
--	---

#### **14.99.99.1000 – 1008 Sauerstoffflaschenfüllungen**

Verordnungsdaten	Die ärztliche Verordnung hat eine Gültigkeit von maximal 12 Monaten ab dem Ausstellungsdatum.
Versorgungszeitraum	Volle Kalendermonate

#### **14.99.99.0006 externe Akkus für Beatmungsgeräte**

Für Akkus für respiratorische Systeme gibt es nur eine Hilfsmittelpositionsnummer. Um die Akkus unterscheiden zu können, ist ab sofort für externe Akkus für Beatmungsgeräte die Produktbesonderheit 0000000001 anzugeben.

Produktbesonderheit:	0000000001
----------------------	------------

#### **14.99.99.1010 Flüssigsauerstoff (LOX)**

Verordnungsdaten	Die ärztliche Verordnung hat eine Gültigkeit von maximal 12 Monaten ab dem Ausstellungsdatum.
HMVZ-Nummer bei Position 1	Unter Position 1 ist immer die Hilfsmittelpauschale beginnend mit 14.24.05 einzutragen. Es ist zwingend die Hilfsmittelpositionsnummer zu verwenden, die im Vertrag geregelt ist.
HMVZ-Nummer bei Position 2	14.99.99.1010
Produktbesonderheit bei Pos. 2	Es ist immer eine Produktbesonderheit anzugeben.
Hilfsmittelkennzeichen	Vergütungspauschale (08)
Versorgungszeitraum	Es sind immer vollständige Kalendermonate anzugeben. Maximal können 3 Monate pro elektronischen Kostenvoranschlag beantragt werden. Die Versorgungszeiträume müssen bei beiden Positionen identisch sein.

#### **14.99.99.300x Reparaturen von Atemtherapiegeräten**

HMVZ bei Position 1	Hilfsmittelnummer des zu reparierenden Hilfsmittels. Sie muss mit der Hilfsmittelnummer aus dem MIP-Pool übereinstimmen.  In der Position 1 ist die benötigte Arbeitszeit einzutragen.
HMVZ ab Position 2	ausschließlich folgende HMVZ: 14.99.99.3001 = Aerosol-Inhalationsgeräte, 14.99.99.3002 = Sauerstoffkonzentratoren, 14.99.99.3003 = CPAP-Geräte, 14.99.99.3004 = Beatmungsgeräte für sonstige Reparaturleistungen und Ersatzteile
Bemerkungen	Benennung der Ersatzteile oder der durchzuführenden Arbeiten



Baujahr	Es ist das Baujahr des Hilfsmittels anzugeben. Die Eingabe muss identisch sein mit dem MIP-Pool.
Merkmale	Betriebsstunden des Hilfsmittels (nur bei Position 1) – Die Betriebsstundenangaben entfällt bei HMVZ 14.24.01, 14.24.02, 14.24.03, 14.24.08, 14.24.17.xxxx.
Die Buchung der Reparatur in MIP-MT erfolgt maschinell.	

#### **14.99.99.400x Wartungen von Atemtherapiegeräten**

HMVZ bei Position 1	Hilfsmittelnummer des zu wartenden Hilfsmittels. Sie muss mit der Hilfsmittelnummer aus dem MIP-Pool übereinstimmen.
HMVZ ab Position 2	ausschließlich folgende HMVZ: 14.99.99.4001 = Sauerstoffkonzentratoren, 14.99.99.4002 = CPAP-Geräte, 14.99.99.4003 = Beatmungsgeräte 14.99.99.4004 = STK an Beatmungsgeräten für sonstige Wartungsleistungen
Beschreibung	Position 1 = Wartungspauschale laut Vertrag, Folge-Positionen = ggf. Ersatzteile, sonstiges
Bemerkungen	Benennung der Ersatzteile oder der durchzuführenden Arbeiten
Merkmale	Betriebsstunden des Hilfsmittels (nur bei Position 1) – Die Betriebsstundenangaben entfällt bei HMVZ 14.24.01, 14.24.02, 14.24.03, 14.24.08, 14.24.17.xxxx.

#### **14.99.99.0000 oder 14.99.99.1031 Zubehörpauschale für Sauerstoffkonzentratoren**

HMVZ	14.99.99.0000 oder 14.99.99.1031
Produktbesonderheit	000000001 (nur bei LEGS 1998179 000000002)
Hilfsmittelkennzeichen	Zubehör (12)
Versorgungsbeginn	6 Monate ab Auslieferung des Sauerstoffkonzentrators
Versorgungsende	6 Monate nach Versorgungsbeginn

#### **14.99.99.0019 Drehanschlüsse/-adapter für Masken zur Applikation respiratorischer Systeme**

Bitte verwenden Sie für Drehanschlüsse/ -adapter folgende Hilfsmittelnummer und Produktbesonderheiten:

HMVZ / Code	Artikelbezeichnung	Produktbesonderheit	Hilfsmittelkennzeichen
14.99.99.0019	Nicht näher bezeichnete Drehanschlüsse/ -adapter	0000000001	Zubehör (12)
14.99.99.0019	T-Stück Aeroneb Solo	0000000002	Zubehör (12)
14.99.99.0019	T-Stück Aeroneb Pro	0000000003	Zubehör (12)

#### **15.25.04 ff. – ableitende Inkontinenzhilfen**

HMVZ-Nummer	Hilfsmittelpositionsnummer erfassen
Pharmazentralnummer	Bei Produkten mit AEP-abhängiger Preisvereinbarung („AEP ./. x%“) ist, zusätzlich zur HMVZ-Nummer, auch die Pharmazentralnummer (PZN) anzugeben
Menge	tatsächliche Stückzahl (nicht Anzahl der OP/Verpackungseinheiten)
Einheit	Stück
Einzelbetrag	Konkreter Preis vereinbart → Vertragspreis erfassen  „AEP ./. x%“ vereinbart → AEP* erfassen (Abschlag „/. x%“ unter Rabatt/Aufschlag erfassen)
Rabatt/Aufschlag	Bei Produkten mit AEP-abhängiger Preisvereinbarung und Abschlag („AEP ./. x%“) ist „Rabatt“ auszuwählen und der vertraglich vereinbarte Abschlagsprozentsatz zu erfassen.

\*) Hinweis: Es gilt der am 1. Oktober 2014 gültige Apothekeneinkaufspreis (AEP).

#### **15.25.19.2xxx – elektronische Messsysteme der Beckenboden-Muskelaktivität**

Hilfsmittelkennzeichen	1. bis 3. Monat Miete (03), 4. bis 6. Monat Vergütungspauschale (08), ab 7. Monat zeitlich unbegrenzt Folgevergütungspauschale (09)
Leistungserbringergruppe	XX XX 099
Versorgungsbeginn	Nutzungsbeginn durch den Versicherten
Versorgungsende	3 Monate bei Miete, 3 Monate Vergütungspauschale, bei Folgepauschale offen
Einzelbetrag	1. bis 3. Mo. Miete (03) = 162,00 € netto 4. bis 6. Mo. Vergütungspauschale (08) = 39,00 € netto ab 7. Mo. Folgevergütungspauschale (09) = 69,00 € netto

#### **15.99.99.2001 aufsaugende Inkontinenzhilfen und Krankenpflegeartikel**

Hilfsmittel beginnend mit 15.25.01, 15.25.02, 15.25.03, 15.25.24 sind mit der Hilfsmittelpauschale unter der Pseudo-Hilfsmittelnummer 15.99.99.2001 abgegolten.

Für den ambulanten Bereich sind diese Hilfsmittel nur noch über den Ausschreibungsgewinner lieferbar.

Für den stationären Bereich gilt:

HMVZ-Nummer	15.99.99.2001
Produktbesonderheit	Je nach Vertrag
Hilfsmittelkennzeichen	Vergütungspauschale (08)
Versorgungszeitraum	Volle Kalendermonate (maximal 12)

#### **16 Kommunikationshilfen**

Leistungserbringergruppe (LEGS)	XX XX 099
WE-Belegnummer	Bei Neulieferung (00)
Eigenanteil	Teilweise – siehe unter Allgemeines

## **17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie - Festbeträge**

**LEGS: 11 00 017 / 15 00 017 / 16 00 017 / oder 19 00 017**

HMVZ-Nummer	z. B. 17.06.01.0001, die Grundposition ist an erster Stelle zu erfassen. 17.99.99.2 Arbeitszeit von Neuanfertigungen 17.99.99.3 Arbeitszeit von Reparaturarbeiten Bei fehlender vertraglicher Regelung: 17.00.00.0001 = Haus-/Krankenhausbesuch für Fertigartikel 17.00.00.0002 = Haus-/Krankenhausbesuch für Maßartikel
Menge	1 Paar, maximal 2 Stück
Einheit	Paar / Stück
Neue Position anlegen	sofern Abrechnungspositionen für Zusätze erforderlich sind (17.06.07.xxxx oder 17.99.99.xxxx)

## **17.06.14.xxxx bis 17.06.19.xxxx – lymphatische Kompressionsversorgungen nach Maß (Bein)**

### **17.99.99.2004 und 17.99.99.2021 – Zusätze**

HMVZ-Nummer	z. B. 17.06.14.0001, die Grundposition ist an erster Stelle zu erfassen. 17.99.99.2 Arbeitszeit von Neuanfertigungen 17.99.99.3 Arbeitszeit von Reparaturarbeiten Bei fehlender vertraglicher Regelung: 17.00.00.0001 = Haus-/Krankenhausbesuch für Fertigartikel 17.00.00.0002 = Haus-/Krankenhausbesuch für Maßartikel
Menge	1 Paar, maximal 2 Stück
Einheit	Paar / Stück
Einzelbetrag	Listen-EK + xxx % (entsprechend des Vertrages), hierbei ist der Aufschlag als Minus-Rabatt zu kennzeichnen, z.B. – 100%
Rabatt	Ohne
Neue Position anlegen	sofern Abrechnungspositionen für Zusätze erforderlich sind (17.99.99.2004 oder 2021, 17.00.99.9999))

Hinweis: Der Einkaufspreis ist nachzuweisen.

## **17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie**

HMVZ	Offizielle Hilfsmittelpositionsnummer (mindestens plausibler 7-Steller) 17.99.99.2 Arbeitszeit von Neuanfertigungen 17.99.99.3 Arbeitszeit von Reparaturarbeiten Bei fehlender vertraglicher Regelung: 17.00.00.0001 = Haus-/Krankenhausbesuch für Fertigartikel 17.00.00.0002 = Haus-/Krankenhausbesuch für Maßartikel
WE-Belegnummer	Bei Neulieferungen (00) über 200 €
Merkmale	Seite

**PG 18.46.02.0 (Toilettenrollstühle), 18.50.02.0/2  
(Standardgreifreifenrollstühle/Leichtgewicht-Standardgreifreifenrollstühle):**

Es gelten ab 01.12.2019 regionalen Verträgen.

Hilfsmittelkennzeichen	08 als Pauschale bei Erstversorgungen 09 als Pauschale bei Folgeversorgungen 03 bei Miete
Produktbesonderheit	keine
Versorgungszeitraum	5 Jahre Toilettenrollstuhl (Erst-u. Folgeversorgung) 4 Jahre PG 18.50.02.0/2 (Erst-u. Folgeversorgung) Ggf. 3 Monate PG 18.50.02.0/2 Bei Verlängerung d. Nutzungsdauer ist nur noch die Differenz zwischen der bereits genehmigten Miete und der Vergütungspauschale einzureichen.

Folgeversorgungen können von dem versorgenden Vertragspartner nach Ablauf des vereinbarten Gewährleistungszeitraums ohne Kostenvoranschlag direkt abgerechnet werden.

Stehen noch Reparaturen für Rollstühle mit einem Baujahr 2015 und älter an, die seinerzeit von der DAK-Gesundheit gekauft wurden, sind diese Rollstühle auszutauschen und als Vergütungspauschale per elektronischem Kostenvoranschlag anzubieten. Die „alten“ Rollstühle sind entweder zurückzukaufen oder auszusondern.

**18.99.99.0702 Sondersteuerungen für Elektrorollstühle**

Um die Sondersteuerungen wiedereinsetzen zu können, sind ab sofort Interimsnummern unter der Pseudo-Produktart 18.99.99.9 zu beantragen. Im Kostenvoranschlag sind die Einzelpositionen alle mit der einheitlichen Interimsnummer zu beantragen. Eine Pool-Registrierung ist erforderlich. In der Registernummer ist die individuelle Ausstattung konkret zu beschreiben. Zulässige Hilfsmittelkennzeichen sind ausschließlich Neulieferung (00), Wiedereinsatz (02) und Reparatur (01).

**18.99.99.300x Reparaturen von Kranken-/Behindertenfahrzeugen**

HMVZ bei Position 1	Es ist die Hilfsmittelnummer des zu reparierenden Hilfsmittels anzugeben. Sie muss mit der Hilfsmittelnummer im MIP-Pool übereinstimmen.  Bitte erfassen Sie hier den Preis des ersten Ersatzteils.
HMVZ ab Position 2	ausschließlich folgende HMVZ für Arbeitswerte und weitere Ersatzteile :  Reparaturen an 18.99.99.3001 = manuellen Rollstühlen, 18.99.99.3002 = Elektrorollstühlen, 18.99.99.3003 = Zusatzantrieben, 18.99.99.3099 = sonstigen Kranken-/Behindertenfahrzeugen 18.99.99.5911 = Anfahrtspauschale
Menge	Für die Arbeitszeit sind immer die individuellen Arbeitswerte anzugeben.

	Beispiel: <b>Standard Rollstühle</b>			
	<b>Lenkeinheit</b>		<b>AW</b>	
	<b>Preis</b>			
	Decke u./o. Schlauch aus-/einbauen		2	7,80
	€			
	<b>HMVZ</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Menge</b>	<b>Einzelpreis</b>
	<b>Gesamtpreis</b>			
	Position 1:			
	18.50.01.2011 Schlauch		1	5,20 €
	€			5,20
Position 2:				
18.99.99.3001 Arbeitszeit		2	3,90 €	
€			7,80	
<b>Produktbesonderheit</b>	<b>bei Ersatzteilen: 9999999999</b>			
Hilfsmittelkennzeichen	In allen Positionen ist Reparatur (01) einzutragen.			
Bemerkungen	Benennung der Ersatzteile oder der durchzuführenden Arbeiten			
Baujahr	Es ist das Baujahr des Hilfsmittels anzugeben. Die Eingabe muss identisch sein mit dem MIP-Pool.			
Merkmale	Die Merkmale werden aus dem MIP-Pool übernommen. Sind diese fehlerhaft, müssen sie im MIP-Pool korrigiert werden.			

**19 Krankenpflegeartikel (ohne 19.40.01 behindertengerechte Betten, 19.40.03 Einlegerahmen -> siehe hier unter PG 50.45)**

Versorgungszeiträume	In den Verträgen sind unterschiedliche Versorgungszeiträume geregelt.
WE-Belegnummer Registernummer	Eine WE-Beleg- und Registernummer ist nur bei Sonderversorgungen über 300 € erforderlich.



**21 rtCGM**

Hilfsmittelkennzeichen	„00 Neulieferung“
Versorgungsbeginn	Tag der Lieferung
Versorgungsende	Ende Bewilligungszeitraum oder Anspruchsende
<b>HMVZ</b>	Artikelbezeichnung
21.00.99.0010	Guardian Connect Real Time Start Set (1xGuardian Connect Monitor, 1xTransmitter-Set Guardian Connect, 1xOne-Press Serter)

**23.xx.xx.xxxx Orthesen (ohne 23.04.03.3 und 23.04.04.2 Mietmodell für Orthesen)**

HMVZ-Nummer	z. B. 23.04.03.2002 (ausschließlich neue Nummern verwenden, aufgrund Neustrukturierung der Produktgruppe). 23.17.00.0 Kopforthesen 23.99.99.2 Arbeitszeit von Neuanfertigungen 23.99.99.3 Arbeitszeit von Reparaturarbeiten Bei fehlender vertraglicher Regelung: 23.00.00.0001 = Haus-/Krankenhausbesuch für Fertigartikel 23.00.00.0002 = Haus-/Krankenhausbesuch für Maßartikel
Produktbesonderheit	Je nach Vertrag
<b>Merkmale Pflichtfeld)</b>	Eingabe: Seite ‚rechts‘ oder/und ‚links‘ Ausgenommen: 23.05., 23.11., 23.12., 23.13., 23.14. und 23.16., 23.17.

**23.04.03.3xxx + 23.04.04.2xxx - Mietmodell für Orthesen**

ICD – Schlüssel	1.  Verordnung anklicken 2.  ICD-Schlüssel: eintragen
Verordnungsdaten	Bei Nachberechnung sind die Daten der Erstverordnung anzugeben oder eine neue ärztliche VO einzureichen, wenn eine zeitliche Begrenzung auf Erstverordnung vermerkt wurde.
HMVZ-Nummer	z. B. 23.04.03.3007 ( <b>ausschließlich neue Nummern verwenden, aufgrund Neustrukturierung der Produktgruppe</b> )
Produktbesonderheit	Die ersten 4 Monate: 0400000000 (außer für MOS), 0401000000 (MOS kurz), 0402000000 (MOS lang) Restkauf: 0400000026 (außer für MOS), 0401000026 (MOS kurz), 0402000026 (MOS lang)

Hilfsmittelkennzeichen	03 (Miete)
Versorgungsbeginn	Tag der Lieferung, bei Restkauf keine Eingabe notwendig
Versorgungsende	4 Monate später, bei Restkauf keine Eingabe notwendig
Menge	1 je Seite
Einheit	Stück
<b>Merkmale (Pflichtfeld)</b>	Eingabe: Seite ‚rechts‘ oder/und ‚links‘

#### **23.00 / 23.02 / 23.06 / 23.07 VACOped u.ä.**

Menge	1 je Seite
<b>Merkmale (Pflichtfeld)</b>	Eingabe: Seite ‚rechts‘ oder/und ‚links‘

#### **24.35.xx.xxxx Brustprothesen ggf. inkl. 24.99.81 Brustprothesen-Zubehör**

Hilfsmittelkennzeichen	<b>Neulieferung (00)</b> / bei 24.99.81: Zubehör (12)
Leistungserbringergruppe	bei RSR-Vertragszugehörigkeit LEGS 15 00 244 bzw. Beitritts-LEGS, sonst XX XX 099
<b>Merkmale (Pflichtfeld)</b>	Eingabe: Seite ‚rechts‘ oder/und ‚links‘
Menge	1 je Seite

#### Hinweis:

Brustprothesen-Zubehör (derzeit nur Mamillen-Set PG 24.99.81.0001 gelistet) muss gesondert verordnet und die Notwendigkeit nachvollziehbar sein.

#### **24.99.80.0001 Brustprothesen-Halter, 24.99.80.1000 Brustprothesen-Badeanzug**

Hilfsmittelkennzeichen	<b>Neulieferung (00)</b> Bei 24.99.80.0 auch: Nachlieferung (04) Bei 24.99.80.1 auch: Folgeversorgung (10) oder Ersatzbeschaffung (11) Anm.: Neulieferung (00) kann immer verwendet werden
Leistungserbringergruppe	bei RSR-Vertragszugehörigkeit LEGS 15 00 244 bzw. Beitritts-LEGS, sonst XX XX 099
<b>Merkmale</b>	entfällt
Menge	max. 2 bei 24.99.80.0001 / 1 bei 24.99.80.1000
Eigenanteil	Im eKV kein Eigenanteil ausweisen (s.u.)

#### **Weitere Hinweise zum elektronischen Kostenvoranschlag (eKVA) in der PG 24.35 Brustprothesen und PG 24.99.80 Brustprothesenhalter / -badeanzüge**

Brustprothesen (ggf. inkl. Zubehör PG 24.99.81) einerseits und Brustprothesenhalter / Badeanzüge andererseits müssen in getrennten eKVA beantragt werden, damit die maschinellen Prüfungen durchgeführt werden können und so eine umgehende Bearbeitung möglich ist. Eine getrennte Verordnung ist aber nicht erforderlich.

Die HMV-Nummern der PG 24.35 / 24.99.80 sind zu verwenden. Pseudonummern oder Positionsnummern aus alten Verträgen können nicht verarbeitet werden.

Bei Anträgen auf Kostenübernahme der Brustprothesenhalter und –badeanzüge wird auf eine Vorversorgung mit einer Brustprothese geprüft. Deshalb bei Erstversorgungen bitte

zuerst die Brustprothese beantragen und die Bewilligung abwarten. Dann erst den BH oder Badeanzug beantragen.

Die Kostenübernahme für Brustprothesenhalter und –badeanzüge ist durch eine Empfehlung der (ehemals) Spitzenverbände der Krankenkassen, jetzt GKV-Spitzenverband, vorgegeben.

Für Brustprothesenhalter werden 80% des Abgabepreises (= Ihr Brutto-Preis), maximal 40,00 EUR brutto übernommen. Die gesetzliche Zuzahlung ist vom Kassenanteil (brutto) zu berechnen, sofern keine Befreiung vorliegt, so dass hier regelmäßig 5,00 EUR anzusetzen sind. Es werden bis zu 2 Stück jährlich übernommen.

Für Brustprothesenbadeanzüge werden 80% des Abgabepreises (= Ihr Brutto-Preis), maximal 78,00 EUR brutto übernommen. Die gesetzliche Zuzahlung ist vom Kassenanteil (brutto) zu berechnen, sofern keine Befreiung vorliegt. Es wird 1 Stück alle 3 Jahre übernommen.

Die Differenz zwischen unserer Kostenübernahme (vor Abzug der Zuzahlung!) und Ihrem Abgabepreis wird als Eigenanteil berechnet und der Versicherten direkt in Rechnung gestellt, aber nicht im eKVA ausgewiesen (siehe Rechenbeispiele auf der nächsten Seite). Eine Befreiung vom Eigenanteil ist nicht möglich.

Der LEGS wird bei Brustprothesenhaltern und –badeanzügen immer automatisch auf 19 90 099 geändert, da im Vertrag zwischen dem vdek und dem OSR/RSR kassenindividuelle Kostenübernahme-Modelle berücksichtigt sind und deshalb eine Preisprüfung auf dieser Basis nicht erfolgen kann.

Beachten Sie, dass gemäß unserem Vertrag der Versicherten wenigstens eine Versorgung angeboten werden muss, die sich preislich im Rahmen des Kassenanteils bewegt (§ 3 Abs. 3 des Vertrags zwischen vdek und OSR/RSR). Die Berechnung der Eigenanteile / Aufschläge ist der Versicherten vor der Versorgung transparent darzustellen.

Es gelten folgende Leistungsmerkmale (Kennzeichen Hilfsmittel):

1. Brustprothesen	PG 24.35.xx.xxxx	<b>Neulieferung (00)</b>
2. Brustprothesenhalter	PG 24.99.80.0001	<b>Neulieferung (00)</b> Nachlieferung (04)
3. Brustprothesenbadeanzug	PG 24.99.80.1000	<b>Neulieferung (00)</b> Folgeversorgung (10) Ersatzbeschaffung (11)
4. Brustprothesenzubehör	PG 24.99.81	<b>Zubehör (12)</b>

Hinweis: Sie können alle eKVA für 1.-3. mit dem Merkmal Neulieferung (00) erstellen. Eine Unterscheidung zwischen Erst- und Nach-/Folge-/Ersatzlieferungen ist nicht notwendig.

### **Rechenbeispiele für Brustprothesenhalter (Badeanzüge analog mit max. 78€):**

#### Beispiel 1a (mit Zuzahlung)

Ihr Abgabepreis (brutto)	42,00 EUR
Davon 80%	33,60 EUR
<b>Effektive Kostenübernahme brutto (max. 40€)</b>	<b>33,60 EUR</b>
Davon Zuzahlung (10%, mind. 5 €)	5,00 EUR
Rechnungsbetrag an Kasse	<b>28,60 EUR</b>
Differenz Abgabepreis-Kostenübernahme	8,40 EUR
Versicherte zahlt Zuzahlung + Differenz	<b>13,40 EUR</b>

#### Beispiel 1b (befreit von Zuzahlung)

Ihr Abgabepreis (brutto)	42,00 EUR
Davon 80%	33,60 EUR



<b>Effektive Kostenübernahme brutto (max. 40€)</b>	<b>33,60 EUR</b>
Davon Zuzahlung (10%, mind. 5 €)	0,00 EUR
Rechnungsbetrag an Kasse	<b>33,60 EUR</b>
Differenz Abgabepreis-Kostenübernahme	8,40 EUR
Versicherte zahlt Zuzahlung + Differenz	<b>8,40 EUR</b>

#### Beispiel 2a (mit Zuzahlung)

Ihr Abgabepreis (brutto)	60,00 EUR
Davon 80%	48,00 EUR
<b>Effektive Kostenübernahme brutto (max. 40€)</b>	<b>40,00 EUR</b>
Davon Zuzahlung (10%, mind. 5 €)	5,00 EUR
Rechnungsbetrag an Kasse	<b>35,00 EUR</b>
Differenz Abgabepreis-Kostenübernahme	20,00 EUR
Versicherte zahlt Zuzahlung + Differenz	<b>25,00 EUR</b>

#### Beispiel 2b (befreit von Zuzahlung)

Ihr Abgabepreis (brutto)	60,00 EUR
Davon 80%	48,00 EUR
<b>Effektive Kostenübernahme brutto (max. 40€)</b>	<b>40,00 EUR</b>
Davon Zuzahlung (10%, mind. 5 €)	0,00 EUR
Rechnungsbetrag an Kasse	<b>40,00 EUR</b>
Differenz Abgabepreis-Kostenübernahme	20,00 EUR
Versicherte zahlt Zuzahlung + Differenz	<b>20,00 EUR</b>

#### **Eingabe im eKVA:**

Achtung: Ihr Abgabepreis sowie die Differenz zwischen Ihrem Abgabepreis und der eff. KÜ der DAK (=Eigenanteil) werden im eKVA nicht ausgewiesen! Beachten Sie die Hinweise zur Transparenz gegenüber der Versicherten (s.o.). Die Berechnung ist idealer Weise als Anlage dem eKVA beizufügen, damit wir bei Fragen der Versicherten auskunftsfähig sind. Mindestens ist im Bemerkungsfeld oder als Anlage Ihr Abgabepreis aufzuführen.

Menge	1 oder 2
Einheit	Stück
Einzelbetrag	effektive Kostenübernahme brutto
Rabatt / Aufschlag	leer
MwSt	brutto 7% oder 19%
Summe Netto	wird vom System berechnet
Summe Brutto	Summe effektive Kostenübernahme brutto
Eigenanteil für Position	immer 0,00 EUR
Zuzahlung für Position	je Position 10%, mindestens 5,00 EUR maximal 10,00 EUR, oder 0,00 EUR bei vorliegender Befreiung

#### **24 Prothesen Sonstige**

HMVZ	Offizielle Hilfsmittelpositionsnummer (mindestens plausibler 7-Steller) 24.07.00.0 Fingerprothese/ Kunsthand 24.10.00.0 Armprothese 24.17.00.1 sonstige Epithese 24.99.99.2 Arbeitszeit von Neuanfertigungen 24.99.99.3 Arbeitszeit von Reparaturarbeiten
------	--

#### **27.17.04.xxxx Stimmersatzhilfen**

Produktbesonderheit	teilweise 0000000001-0000000002 oder entspr. Pharmazentralnummer mit drei führenden Nullen
Versorgungsbeginn	Tag der Lieferung
Versorgungsende	Ende des Nutzungszeitraums

#### **29 Stomaartikel**

Mit der Pseudohilfsmittelnummer 29.00.26.000 sind alle Hilfsmittel der PG 29 (Ausnahme 29.26.08.1 elektrisch betriebene Irrigatoren) abgegolten.

HMVZ	29.00.26.0000
Produktbesonderheit	Je nach Vertrag!
Versorgungszeitraum	Volle Kalendermonate (max. 12)

#### **31 Schuhe und Schnürsenkel**

HMVZ	<b>Siehe gesonderte Eingabehinweise PG 31</b>
Rabatt	Aufschläge als negativer Rabattsatz
Eigenanteil	Teilweise – siehe unter Allgemeines
Eigenanteil	nur für Schuhe

#### **Schuhzurichtungen** (PG 31.03.04.0 bis 31.03.04.3)

- Der 7-Steller des Vertrags regelt alle unter dieser Produktart gelisteten Positionen (also enthält z.B. 31.03.04.2 die Positionen 2000, 2001, 2002, 2003, 2004)
- Es ist immer die vollständige (10-stellige) Positionsnummer anzugeben.
- Sollte mehr als eine Position je Produktart (7-Steller) abgegeben werden, ist nur die erste Position mit dem Vertragspreis zu beantragen, alle weiteren Positionen werden mit 0,00 EUR erfasst (siehe Beispiele am Ende dieses Dokuments).
- Für die Erstversorgung (1. Paar „zur Probe“) ist das Leistungsmerkmal „Kauf (07)“ zu verwenden.
- Die Komplettierung der Erstausrüstung (max. 2 weitere Paare) kann frühestens nach 4 Wochen beantragt werden und wird mit dem Leistungsmerkmal „Nachlieferung (04)“ erfasst.
- Ab dem 7. Monat nach der Erstversorgung kann erstmalig und danach jeweils alle 6 Monate ein weiteres Paar beantragt werden. Als Leistungsmerkmal wird „Folgeversorgung (10)“ verwendet.
- Ggf. sind weitere Unterscheidungen durch eine Produktbesonderheit (siehe Vertrag) zu beachten.
- Bei einseitiger Ausführung einer paarweise vereinbarten Position ist die Menge mit „0,5“ anzugeben.
- Bei Vorversorgung mit Einlagen wird der eKVA meist abgelehnt. Bitte reichen Sie den KVA in Papierform ein, damit wir Überschneidungen fachlich prüfen können.

#### **Ausnahme ZVOS-Vertrag:**

- Es können maximal zwei Paar Zurichtungen pro Halbjahr abgegeben werden.
- Das Leistungsmerkmal ist immer „Zurichtung (05)“.

#### **Beispiele:**

Nur eine Position aus einem der 7-Steller:

31.03.04.0002      Preis gemäß Vertrag

Zwei oder mehr Positionen aus einem der 7-Steller:

31.03.04.0002      Preis gemäß Vertrag

31.03.04.0007      Preis = 0,00

Zwei oder mehr Positionen aus verschiedenen 7-Stellern:

31.03.04.0002      Preis gemäß Vertrag

31.03.04.0007      Preis = 0,00

31.03.04.1001      Preis gemäß Vertrag

31.03.04.2000      Preis gemäß Vertrag

31.03.04.2002      Preis = 0,00

Was nicht geht:

31.03.04.0002      Preis gemäß Vertrag

31.03.04.0007      Preis gemäß Vertrag

#### Orthopädische Maßschuhe (31.00.03.1 bis 31.00.03.6)

- Der Erstversorgung [Leistungsmerkmal „Kauf (07)“] ist die Dokumentation in EDV-Form beizufügen. Ebenso bei Änderungen des Versorgungstyps.
- Bei den Folgeversorgungen [Leistungsmerkmal „Nachlieferung (04)“] kann die Dokumentation weggelassen werden, wenn sich der Versorgungstyp nicht ändert.
- Je KVA nur eine Versorgung beantragen, also bei zwei Paar bitte zwei eKVA erstellen.
- Eine umgehende Antwort des Systems erfolgt nur bei Ablehnung infolge von „Grundprüfungen“, z.B. kein Versicherungsverhältnis. Ansonsten erfolgt die Antwort frühestens am nächsten Arbeitstag. Die Antwort erfolgt in jedem Fall ausschließlich elektronisch!
- Bei Typ E+ (kein Vertragspreis) ist die individuelle Kalkulation als Anlage in EDV-Form dem eKVA beizufügen.
- Versorgungen mit unterschiedlichen Versorgungstypen rechts und links als Typ E+ mit Erläuterung in der Kalkulation einreichen.
- Sportschuhe und Badeschuhe nach Maß werden als Typ E+ mit Kalkulation als Anlage eingereicht. Die Kalkulation ist entsprechend den ggf. vertraglich getroffenen Regelungen zu erstellen.

#### Konfektionierte Therapieschuhe (31.03.03.0 bis 31.03.03.7)

- Sofern kein Vertragspreis besteht, sondern eine Aufschlagregelung, wird im Feld Einzelpreis der Einkaufspreis erfasst.
- Der Aufschlagsatz wird als negativer Rabattsatz erfasst.
- Bei Verbandschuhen ist die Zuzahlung pro Stück anzusetzen.

#### Ersatzfußbettungen/ Reparaturen (PG 31.03.05.2)

- Voraussetzung für die Genehmigung ist eine vorab erfolgte Versorgung mit Maßschuhen oder konfektionierten Spezialschuhen mit Bettung.
- Die zu erbringenden Leistungen müssen aus dem eKVA oder der Anlage hervorgehen (z.B. Kalkulationsblatt).
- Wir gehen von einer Regel-Haltbarkeit der Original-Bettung von 12 Monaten aus.

- Die Leistungsmerkmale „Nachlieferung (04)“ oder „Reparatur (01)“ sind gemäß Vertrag zu verwenden.
- Als Anlage ist die Verordnung oder alternativ eine Begründung für die Reparatur beizufügen.

•

#### Grundsätzliches:

- Das Antragsdatum darf maximal 60 Tage nach dem Verordnungsdatum liegen.
- Mit Ausnahme der Schuhzurichtungen ist immer nur eine Position zugelassen. Bei Doppelausstattungen (z.B. Nachlieferung 1 Paar Straßenschuhe und 1 Paar Hausschuhe) sind zwei eKVA zu erstellen.
- Bei einseitiger Ausführung einer paarweise vereinbarten Position ist die Menge mit „0,5“ anzugeben.
- Wird der eKVA in die Sachbearbeitung weiter geleitet, erfolgt die Antwort frühestens am nächsten Arbeitstag.

### **32 Therapeutische Bewegungsgeräte (Arm-/Beintrainer und Bewegungsschienen)**

#### **32.02.01 Sprunggelenk, 32.04.01 Knie, 32.05.01 Hüfte, 32.07.01.0 Hand, 32.08.01 Ellenbogen, 32.09.01 Schulter**

Feld	Beschreibung	Beispiel Erstversorgung	Folgeversorgung
OP-Datum	Datum der Operation eingeben	16.02.2017	entfällt
Hilfsmittelkennzeichen	Vergütungspauschale (08) Folgevergütungspauschale (09)	08	09
Produktbesonderheit	entfällt	entfällt	entfällt
Versorgungszeitraum	Erstversorgung = 4 Wochen (Achtung: kein Monat!) Folgeversorgung = 1 Woche (Achtung: keine Tage!)	vom 17.02.2017 bis 16.03.2017	vom 17.03.2017 bis 30.03.2017
Menge	Erstversorgung = Menge immer 1 Folgeversorgung = Menge abhängig von Anzahl der Wochen	1	2

### **Pflegeversicherung**

Die DAK-Gesundheit sieht grundsätzlich für alle Produktbereiche einschließlich der Pflegehilfsmittel die Abwicklung über den eKV vor. Für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln besteht vorbehaltlich ggf. abweichender vertraglicher Regelungen Genehmigungspflicht.

### **Betten und Zubehör**

#### **50.45.01 Pflegebetten**

#### **50.45.02 Pflegebettenzubehör**

#### **50.45.03 Bettzurichtungen zur Pflege erleichterung**

(Krankenversicherung)

**19.40.01 Behindertengerechte Betten**  
**19.40.03 Behindertengerechtes Bettenzubehör**  
**19.40.03 Bettzurichtungen**

Anlagen	Verordnungen, Auftrag, Nutzungsprotokolle etc.
LEGS	Jeweiliger DAK-Vertrags-LEGS
Produktbesonderheit	Entsprechend der jeweiligen vertraglichen Regelung/Preisliste
Hilfsmittelkennzeichen	Entsprechend der jeweiligen vertraglichen Regelung/Preisliste
Versicherungsart	PG 50 = Pflegeversicherung oder Pflegeversicherung, 50% Beihilfe PG 19 = Krankenversicherung*
Versorgungszeitraum	Entsprechend der jeweiligen vertraglichen Regelung/Preisliste
Zuzahlung	Doppelfunktionales Hilfsmittel: Es gilt i. d. R. unabhängig von der Versicherungsart die KV-Zuzahlungsregelung Zuzahlungspflichtig = Zahlungspflichtig -> Summe = 10 %, mindestens 5,00 €, maximal 10,00 €

**Bitte beachten: Doppelfunktionale Hilfsmittel**

Behindertengerechte Betten (PG 19) / Pflegebetten (PG 50) zählen zu den sog. doppelfunktionalen Hilfsmitteln. Es gelten unabhängig von der Kostenträgerschaft/Versicherungsart grundsätzlich die KV-Zuzahlungsregelungen. Ausgenommen hiervon sind lediglich Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigte (bei PV-Zuständigkeit keine Zuzahlung, aber Kostenübernahme nur bis 50%).

**Bei parallel in den PG 19 und 50 gelisteten/m Betten/Bettenzubehör verwenden Sie bitte bei bekanntem Pflegegrad des Versicherten immer die Hilfsmittelpositionsnummer der PG 50 mit Versicherungsart Pflegeversicherung bzw. bei bekannter Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigung Pflegeversicherung, 50%.** Dies gilt auch für Folgepauschalen und unabhängig von der im Rahmen der Erstpauschale angegebenen PG.

Bitte beachten Sie Änderungen im Rahmen der Genehmigung auch bei der Abrechnung und Einreichung von Folgepauschalen (Versicherungsart, HMV-Nummer etc.).

Es gilt grundsätzlich der LEGS, die Produktbesonderheiten und die Konditionen des DAK-Bettenvertrages PG 19/50. Der vdek-Betten-Vertrag ruht für die Zeit der Teilnahme am DAK-Bettenvertrag.

**51.40.01.4 Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar**

HMVZ	51.40.01.4xxxx (HMVZ des konkreten Einzelproduktes laut Pflegehilfsmittelverzeichnis)
LEGS	LEGS / ACTK laut GKV-SV Vertrag/DAK (z.B. 1900P51)
Hilfsmittelkennzeichen	00 Neulieferung
Versicherungsart	Pflegeversicherung oder Pflegeversicherung, 50% Beihilfe
Versorgungszeitraum	Pflichtfeld – Bitte geben Sie den voraussichtlichen Nutzungszeitraum an (1 bis max. 12 Monate; je nach Antragsstellung / Bedarf). Im Regelfall wird der Jahresbedarf beantragt: 12 Monate. Die DAK-Pflegekasse genehmigt bei Vorliegen der Voraussetzungen max. für 1

	Jahr. Nach Ablauf des Genehmigungszeitraumes ist ein neuer Antrag/ekV nach neuer Bedarfsprüfung notwendig.
Menge	Beantragte Menge für Nutzungszeitraum; abhängig vom Bedarf im konkreten Einzelfall, Regelfall max. 3/Jahr, höherer Bedarf nur mit gesonderter Begründung
Zuzahlung	10%, max. 25 € je Pflegehilfsmittel, sofern nicht zuzahlungsbefreit
Anlagen	Antragsvordruck laut GKV-SV-Vertrag oder vorliegende Empfehlungen Pflegefachkraft oder MD  Die PG 51 ist nach Vertrag mit gesondertem ekV einzureichen. Misch ekV PG 51 / 54 werden zurückgewiesen. Bedarfsprüfung Menge erfolgt individuell, i.d.R. sollten max. 3/Jahr, in besonders begründeten Fällen 4/Jahr ausreichend sein.

#### **52.40.01.1 Hausnotrufsysteme, angeschlossen an Zentrale**

HMVZ	52.40.01.1xxxx (HMVZ des konkreten Einzelproduktes laut Pflegehilfsmittelverzeichnis).
LEGS	LEGS / ACTK laut GKV-SV Vertrag/DAK (1900152 bzw. 1900252)
Hilfsmittelkennzeichen	08 - Vergütungspauschale
Preis	Monatspauschale - brutto
Versicherungsart	Pflegeversicherung oder Pflegeversicherung, 50% Beihilfe
Versorgungszeitraum	Beginn: Tag der Antragstellung, frühestens Beginn anerkannte Pflegebedürftigkeit Ende: Antrags-/Bewilligungszeitraum, sofern offen/auf Dauer = 31.12.2999
Menge	1
Anlagen	Antragsvordruck laut GKV-SV-Vertrag oder vorliegende Empfehlungen Pflegefachkraft oder MD

#### **54 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel**

HMVZ	HMVZ der/s Einzelprodukte/s laut Pflegehilfsmittelverzeichnis  54.45.01.0001 Saugende Bettschutzeinlagen - Einmalgebrauch 54.99.01.0001 Fingerlinge (Latex, unsteril, für Latexallergiker latexfrei, unsteril) 54.99.01.1001 Einmalhandschuhe (Latex, unsteril, für Latexallergiker latexfrei, unsteril) 54.99.01.2001 Medizinische Gesichtsmasken 54.99.01.5001 Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleich-bare Masken) 54.99.01.3001 Schutzschürzen - Einmalgebrauch 54.99.01.3002 Schutzschürzen - wiederverwendbar 54.99.01.4001 Schutzservietten zum Einmalgebrauch 54.99.02.0001 Händedesinfektionsmittel 54.99.02.0002 Flächendesinfektionsmittel 54.99.02.0014 Händedesinfektionstücher 54.99.02.0015 Flächendesinfektionstücher
------	--

	<b>Vorgehensweise bei Erreichen des monatlichen Höchstbetrages - Erstantrag</b>  HMV 54.00.99.0001 Wenn der monatliche Höchstbetrag laut Antrag erreicht/überschritten wird, verwenden Sie im ekV aus verfahrenstechnischen Gründen bitte anstelle der HMVZ der Einzelprodukte die Pseudo-HMV 54.00.99.0001. Eine Einzelpositionserfassung im ekV entfällt. Geben Sie bitte als Menge 1 und als Pauschalbetrag 42,00 bzw. bei Beihilfe 21,00 EUR an (bis 31.12.2024 40,00 bzw. bei Beihilfe 20,00 EUR). <b>Unabhängig hiervon ist im beizufügenden Antrag, in der Empfangsbestätigung sowie bei Abrechnung eine detaillierte Einzelproduktaufschlüsselung erforderlich. Abweichende Anträge oder Abrechnungen werden zurückgewiesen.</b>
LEGS	LEGS/ACTK laut GKV-SV Vertrag / DAK (z.B. 1900P51)
Hilfsmittelkennzeichen	00 Neulieferung
Versicherungsart	Pflegeversicherung oder Pflegeversicherung, 50% Beihilfe
Versorgungszeitraum	Beginn: Tag der Antragstellung, frühestens Beginn anerkannte Pflegebedürftigkeit Ende: Antrags-/Bewilligungszeitraum i.d.R. 3 Jahre, sofern offen/auf Dauer = 31.12.2999
Menge	je nach abgegebener Menge in Stück; bei Desinfektionsmitteln gelten 100ml als 1 Stück.
Anlagen	Antragsvordruck laut GKV-SV-Vertrag oder vorliegende Empfehlungen Pflegefachkraft oder MD

Werden zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel regelmäßig mindestens in Höhe des monatlichen Höchstbetrages von 42,00 EUR bzw. bei Beihilfeberechtigten 21,00 EUR benötigt und beantragt, verwenden Sie bitte die Pseudo-HMVZ 54.00.99.0001. Eine Einzelpositionserfassung im ekVA entfällt dann. **In dem als ekV-Anlage beizufügenden verbindlichen GKV-SV Antragsvordruck sowie in der Abrechnung sind die beantragten bzw. jeweils abgegebenen Einzelprodukte unabhängig hiervon aufgeschlüsselt auszuweisen. Eine pauschalierte Antragstellung oder Abrechnung ist nicht möglich.** Bei bestehenden Genehmigungen und Veränderungen des Bedarfes/der Produktzusammenstellung verzichtet die DAK-Gesundheit bis auf Widerruf auf einen neuen ekV/Antrag (§ 3 Abs. 4 Satz 3 des Vertrages). In der Abrechnung sind die abgegebenen Produkte dann in geänderter Zusammenstellung unter Angabe der jeweiligen zehnstelligen Pflegehilfsmittelpositionsnummer auszuweisen.

**Bei befristeten Genehmigungen bitten wir um rechtzeitige Einreichung eines ekV vor Ablauf des genehmigten Versorgungszeitraumes.** Bei Genehmigungen mit offenem Versorgungsende handelt es sich um unbefristete Leistungszusagen für die Dauer des Vorliegens der Leistungsvoraussetzungen und Notwendigkeit bis auf Widerruf.

**Wir weisen darauf hin, dass die Produkte nicht an Pflegedienste oder -einrichtungen geliefert und ausschließlich für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson verwendet werden dürfen. Der Leistungs- und Vergütungsanspruch endet u.a. bei Umzug in eine stationäre Einrichtung.**

Achtung: Der ekV wird zuerst von der DAK-Gesundheit Krankenkasse geprüft. Besteht kein Leistungsanspruch im Rahmen der Krankenversicherung wird der ekV von der DAK-

Gesundheit-PFLEGEKASSE geprüft. Besteht der Anspruch nur im Rahmen der Krankenversicherung, wird die Hilfsmittelpositionsnummer auf die PG 19 und der Kostenträger von Pflegeversicherung auf Krankenversicherung geändert. Bitte beachten Sie Änderungen im Rahmen der Genehmigung auch bei der Abrechnung und Einreichung von Folge-ekVA (Kostenträger HMV-Nummer etc.).

Werden saugende Inkontinenzhilfen (HMVZ 15.25.01-03) im Rahmen der „Inko-Pauschalen“ bezogen, umfasst diese auch die in diesem Zusammenhang ggf. notwendigen saugenden Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch (HMVZ KV 19.40.05.3-5, HMVZ PV 54.45.01.0). Eine gesonderte Beantragung ist ausgeschlossen.

Der GKV-Spitzenverband hat verschiedene beitriffsfähige Verträge abgeschlossen. Weitere Informationen und ein Online-Beitriffsformular finden Sie auf der [Internetseite des GKV-Spitzenverbandes](#).

Kostenvoranschläge sind bei der DAK-Gesundheit ausschließlich elektronisch einzureichen. Papier-KV/Anträge werden zurückgewiesen.

Hinweis für noch bestehende Altverträge:

Bis zu ihrer Ablösung und Beendigung gilt Folgendes: Es gelten maximal die vertraglich vereinbarten Höchstpreise nach Altvertrag. Für partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2- oder vergleichbare Masken - Abrechnungspositionsnummer 54.99.01.5001) sowie Schutzserviert zum Einmalgebrauch (Abrechnungspositionsnummer 54.99.01.5001) finden sich in den Altverträgen keine Preispositionen. Die Beantragung und Abrechnung hat daher nach marktüblichen und wirtschaftlichen Preisen zu erfolgen, wobei sich an den Preisvereinbarungen der neuen Verträge orientiert werden kann.

**88.00.99. Cochlea Implantat Versorgungen**

Bezeichnung	Pseudo-Hilfsmittel-Nummer	Hilfsmittel-kennzeichen	Merkmal	Hinweise
Cochlea-Implantat Batterien	88.00.99.0033	„12 Zubehör“		Bitte Preis pro Stück angeben und entsprechende Stückzahl eintragen.
Cochlea-Implantat Reparaturen	88.00.99.0034	„01 Reparatur“		Bitte Reparatur als Gesamtpreis angeben und unter Beschreibung die Reparaturleistungen einzeln ausführen.
Cochlea-Implantat Zubehör	88.00.99.0035	„12 Zubehör“		Bitte verschiedenes Zubehör in getrennten Positionen erfassen und unter Beschreibung einzeln vermerken.
Cochlea-Implantat Sprachprozessor	88.00.99.0036	„00 Neulieferung“	„Seite“ Es ist zwingend die Seite der Anpassung	Bitte Bezeichnung des Sprachprozessors angeben.



			anzugeben. Zur Auswahl stehen: rechts, links, beidseitig.	
technische Anpassung des Cochlea-Implantat Sprachprozessor	88.00.99.0103	„14 Wartung“	„Seite“ Es ist zwingend die Seite der Anpassung anzugeben. Zur Auswahl stehen: rechts, links, beidseitig.	Bitte die technische Anpassung als Gesamtpreis angeben und unter Beschreibung die Serviceleistungen einzeln ausführen.

### **99.00.17 und 99.17.01 Kopfschutzbandagen und Kopfschutzhelme**

Um die unterschiedlichsten Ausfertigungsvarianten identifizieren zu können, müssen Produktbesonderheiten vergeben werden. Nicht gelistete Hilfsmittel sind nur noch mit zulässigen Pseudo-Hilfsmittelnummern zu beantragen.

Hilfsmittelkennzeichen sind auf 00 Neulieferung, 01 Reparaturen und 12 Zubehör beschränkt. Bei erforderlichen Nachlieferungen oder Ersatzversorgungen ist immer das Hilfsmittelkennzeichen 00 Neulieferung zu verwenden.

HMVZ	Produkt- besonderheit	Hersteller	Produktbezeichnung
99.17.01.0001	0000000002	Sanitätshaus Rosenhäger GmbH	Kopfschutzbandage KO2
99.17.01.0002	4011000000	ATO Form GmbH	Starlight" Secure"
99.17.01.0003	4020000000	ATO Form GmbH	Starlight" Base
99.17.01.0004	4011000000	ATO Form GmbH	Starlight" Secure Leder
99.17.01.0005	5180000000	ATO Form GmbH	Starlight" Standard

99.17.01.0005	5280000000	ATO Form GmbH	Starlight Standard Oberseite geschlossen Art.-Nr.: 5280
99.17.01.0005	5380000000	ATO Form GmbH	Starlight Standard Sport Schildkappe Art.-Nr.: 5380
99.17.01.0005	5480000000	ATO Form GmbH	Starlight Standard Sport Schildkappe Oberseite geschlossen Art.-Nr.: 5480
99.17.01.0006	5183000000	ATO Form GmbH	Starlight Protect Plus Basismodell Art.-Nr.: 5183
99.17.01.0006	5188000000	ATO Form GmbH	Starlight Protect Plus Oberseite geschlossen Art.-Nr.: 5188
99.17.01.0006	5185000000	ATO Form GmbH	Starlight Protect Plus mit Ohrschutz Art.-Nr.: 5185
99.17.01.0006	5185600000	ATO Form GmbH	Starlight Protect Plus mit Ohrschutz , Visier, Kinnschutz Art.-Nr.: 5185 VI
99.17.01.0006	5190000000	ATO Form GmbH	Starlight Protect Plus Oberseite geschlossen mit Ohrschutz Art.-Nr.: 5190
99.17.01.0006	5190600000	ATO Form GmbH	Starlight Protect Plus Oberseite geschlossen, mit Ohrschutz, Visier, Kinnschutz Art.-Nr 5190 VI
99.17.01.0006	5195000000	ATO Form GmbH	Starlight Protect Plus mit Ohr- und Wangenschutz Art.-Nr.: 5195
99.17.01.0006	5196000000	ATO Form GmbH	Starlight Protect Plus Oberseite geschlossen mit Ohr- und Wangenschutz Art.-Nr.: 5196
99.17.01.0006	5285000000	ATO Form GmbH	Starlight Protect Plus mit Ohrschutz und Xtra-Gesichtsschutz Art.Nr.: 5285
99.17.01.0006	5290000000	ATO Form GmbH	Starlight Protect Plus Oberseite geschlossen mit Ohrschutz , Xtra-Gesichtsschutz Art.-Nr.: 5290
99.17.01.0006	5783000000	ATO Form GmbH	Starlight Protect Plus -Evo Basismodell Art.-Nr.: 5783
99.17.01.0006	5788000000	ATO Form GmbH	Starlight Protect Plus-Evo Alternative Oberseite Art.-Nr.:5788

99.17.01.0006	5785000000	ATO Form GmbH	Starlight Protect Plus -Evo mit Ohrschutz Art.-Nr.:5785
99.17.01.0006	5790000000	ATO Form GmbH	Starlight Protect Plus-Evo Alternative Oberseite mit Ohrschutz Art.-Nr.: 5790
99.17.01.0007	5182000000	ATO Form GmbH	Starlight Protect Basismodell Art.-Nr.: 5182
99.17.01.0007	5189000000	ATO Form GmbH	Starlight Protect Oberseite geschlossen Art.-Nr.:5189
99.17.01.0007	5184000000	ATO Form GmbH	Starlight Protect mit Ohrschutz Art.-Nr.:5184
99.17.01.0007	5191000000	ATO Form GmbH	Starlight Protect Oberseite geschlossen mit Ohrschutz Art.-Nr.: 5191
99.17.01.0007	5192000000	ATO Form GmbH	Starlight Protect mit Ohr- und Wangenschutz Art.-Nr.: 5192
99.17.01.0007	5194000000	ATO Form GmbH	Starlight Protect Oberseite geschlossen mit Ohr-und Wangenschutz Art.-Nr.: 5194
99.17.01.0007	5782000000	ATO Form GmbH	Starlight Protect-Evo Basismodell Art.-Nr.: 5782
99.17.01.0007	5789000000	ATO Form GmbH	Starlight Protect-Evo Alternative Oberseite Art.-Nr.: 5789
99.17.01.0007	5784000000	ATO Form GmbH	Starlight Protect-Evo mit Ohrschutz Art.-Nr.: 5784
99.17.01.0007	5791000000	ATO Form GmbH	Starlight Protect-Evo Alternative Oberseite mit Ohrschutz Art.-Nr.: 5791
99.17.01.0008	5193000000	ATO Form GmbH	Kopfschutzserie Starlight", Starlight Easy Leder
99.17.01.0009	0000008051	Perdaen Hoofbescherms	Orient Kopfschutzhelm; Art.-Nr.: 8051
99.17.01.0009	6002000000	Perdaen Hoofbescherms	Capofermo LGT (Hernik)/Orient Kopfschutzhelm

99.17.01.0009	6002100000	Perdaen Hoofbescherm ers	Capofermo LGT Sport (Hernik)
99.17.01.0010	5383000000	ATO Form GmbH	Kopfschutz Starlight Go Sport plus" Basismodell Art.- Nr.:5383
99.17.01.0010	5388000000	ATO Form GmbH	Starlight Go Sport Plus Oberseite geschlossen Art.-Nr.: 5388
99.17.01.0010	5385000000	ATO Form GmbH	Starlight Go Sport Plus mit Ohrschutz Art.-Nr.: 5385
99.17.01.0010	5390000000	ATO Form GmbH	Starlight Go Sport Plus Oberseite geschlossen mit Ohrschutz Art.-Nr.: 5390
99.17.01.0010	5395000000	ATO Form GmbH	Starlight Go Sport Plus mit Ohr- und Wangenschutz Art.-Nr.:5395
99.17.01.0010	5396000000	ATO Form GmbH	Starlight Go Sport Plus Oberseite geschlossen mit Ohr- und Wangenschutz Art.-Nr.: 5396
99.17.01.0010	5485000000	ATO Form GmbH	Starlight Go Sport Plus mit Ohrschutz und Xtra - Geschichtsschutz Art.-Nr.:5485
99.17.01.0010	5490000000	ATO Form GmbH	Starlight Go Sport Plus Oberseite geschlossen mit Ohrschutz und Xtra Gesichtsschutz Art.-Nr.: 5490
99.17.01.0010	5583000000	ATO Form GmbH	Starlight Go Sport Plus- <u>Experience</u> Basismodell Art.-Nr.: 5583
99.17.01.0010	5588000000	ATO Form GmbH	Starlight Go Sport Plus-Experience Oberseite geschlossen Art.-Nr.: 5588
99.17.01.0011	5382000000	ATO Form GmbH	Kopfschutz Starlight Go Sport"
99.17.01.0011	5389000000	ATO Form GmbH	Starlight Go Sport Oberseite geschlossen Art.-Nr.: 5389
99.17.01.0011	5384000000	ATO Form GmbH	Starlight Go Sport mit Ohrschutz Art.-Nr.: 5384
99.17.01.0011	5391000000	ATO Form GmbH	Starlight Go Sport Oberseite geschlossen mit Ohrschutz Art.-Nr.: 5391

99.17.01.0011	5392000000	ATO Form GmbH	Starlight Go Sport mit Ohr- und Wangenschutz Art.-Nr.: 5392
99.17.01.0011	5394000000	ATO Form GmbH	Starlight Go Sport Oberseite geschlossen mit Ohr- und Wangenschutz Art.-Nr.: 5394
99.17.01.0012	5181000000	ATO Form GmbH	Schlafkopfschutz Starlight Snooze" C5181"
99.17.01.0013	4011000000	ATO Form GmbH	Kopfschutzserie Starlight"
99.17.01.0014	5582000000	ATO Form GmbH	Kopfschutzserie Starlight Flex"
99.17.01.0014	5589000000	ATO Form GmbH	Starlight Flex Oberseite geschlossen Art.-Nr.: 5589
99.17.01.0014	5584000000	ATO Form GmbH	Starlight Flex mit Ohrschutz Art.-Nr.: 5584
99.17.01.0014	5591000000	ATO Form GmbH	Starlight Flex Oberseite geschlossen mit Ohrschutz Art.-Nr.: 5591
99.17.01.0015	4011000000	ATO Form GmbH	Kopfschutzserie Starlight Aqua"
99.17.01.0016	5682000000	ATO Form GmbH	Kopfschutzserie Starlight Varia"
99.17.01.1001	0000000001	Sanitätshaus Rosenhäger GmbH	Kopfschutzhelme KO1
99.17.01.1002	0000008061	Perdaen Hoofbeschermers	Willo Kopfschutzhelm; Art.-Nr.: 8061
99.17.01.1002	6003000000	Perdaen Hoofbeschermers	Capofermo (Hernik) /Willo Kopfschutzhelm
99.17.01.1002	6003100000	Perdaen Hoofbeschermers	Capofermo sport (Hernik)
99.17.01.1003	6005000000	Hernik GmbH	Hernik Capovario

99.17.01.1003	6005500000	Hernik GmbH	Hernik Capovario light
99.17.01.1003	6000000000	Hernik GmbH	Hernik Capovario soft
99.17.01.1003	6004000000	Hernik GmbH	Hernik Capovario soft+
99.00.17.0100	0000001120	Pro Walk GmbH	Flex-Protect (Kopfschutzhelm), Pro Walk GmbH
99.00.17.0101	2002010000	Qualiserve	STOFF Standard (Comfort) Art.-Nr.:200 und 200/V und 201 und 201/V
99.00.17.0101	3000000000	Qualiserve	STOFF Premium Plus (Comfort) Art.-Nr.:300 und 300/V
99.00.17.0101	3003000000	Qualiserve	STOFF Premium Plus Vario (Comfort) Art.-Nr.:300/VA
99.00.17.0101	3500000000	Qualiserve	STOFF Optimum Plus (Comfort) Art.-Nr.:350 und 350/V
99.00.17.0101	3503500000	Qualiserve	STOFF Optimum Plus Vario (Comfort) Art.-Nr.:350/VA
99.00.17.0101	3550000000	Qualiserve	STOFF Extra Plus (Comfort) Art.-Nr.:355 und 355/V
99.00.17.0101	3553550000	Qualiserve	STOFF Extra Plus Vario (Comfort) Art.-Nr.:355/VA
99.00.17.0102	1185000000	Qualiserve	MUSTANG Standard (Comfort) Art.-Nr.:118/V
99.00.17.0102	1181000000	Qualiserve	MUSTANG Standard (Classic) Art.-Nr.:118/I
99.00.17.0102	3661000000	Qualiserve	MUSTANG Standard Smart (Comfort) Art.-Nr.:3661
99.00.17.0102	3180000000	Qualiserve	MUSTANG Premium (Comfort) Art.-Nr.:318/V

99.00.17.0102	3183180000	Qualiserve	MUSTANG Premium Vario (Comfort) Art.-Nr.:318/VA
99.00.17.0102	5180000000	Qualiserve	MUSTANG Optimum (Comfort) Art.-Nr.:518/V
99.00.17.0102	5185180000	Qualiserve	MUSTANG Optimum Vario (Comfort) Art.-Nr.:518/VA
99.00.17.0102	5580000000	Qualiserve	MUSTANG Extra (Comfort) Art.-Nr.:558/V
99.00.17.0102	5585580000	Qualiserve	MUSTANG Extra Vario (Comfort) Art.-Nr.:558/VA
99.00.17.0102	3161000000	Qualiserve	MUSTANG Standard Smart (Superior) Art.-Nr.:3161
99.00.17.0102	3160000000	Qualiserve	MUSTANG Premium Smart (Superior) Art.-Nr.:3160
99.00.17.0102	2180000000	Qualiserve	MUSTANG Premium (Classic) Art.-Nr.:218
99.00.17.0102	4180000000	Qualiserve	MUSTANG Optimum (Classic) Art.-Nr.:418
99.00.17.0102	4580000000	Qualiserve	MUSTANG Extra (Classic) Art.-Nr.:458
99.00.17.0103	8661000000	Qualiserve	INTEGRAL Standard (Comfort) Art.-Nr.:8661
99.00.17.0103	8661866100	Qualiserve	INTEGRAL Standard Vario (Comfort) Art.-Nr.:8661/VA
99.00.17.0103	8660000000	Qualiserve	INTEGRAL Premium (Comfort) Art.-Nr.:8660 und 8660/I
99.00.17.0103	8660866000	Qualiserve	INTEGRAL Premium Vario (Comfort) Art.-Nr.:8660/VA und 8660VA/I
99.00.17.0103	8662000000	Qualiserve	INTEGRAL Optimum (Comfort) Art.-Nr.:8662 und 8662/I

99.00.17.0103	8662866200	Qualiserve	INTEGRAL Optimum Vario (Comfort) Art.-Nr.:8662/VA und 8662/VA/I
99.00.17.0103	8663000000	Qualiserve	INTEGRAL Medium (Comfort) Art.-Nr.:8663 und 8663/J
99.00.17.0103	8663866300	Qualiserve	INTEGRAL Standard Vario (Comfort) Art.-Nr.:8663/VA
99.00.17.0103	8664000000	Qualiserve	INTEGRAL Extra(Comfort) Art.-Nr.:8664 und 8664/I
99.00.17.0103	8664866400	Qualiserve	INTEGRAL Extra Vario (Comfort) Art.-Nr.:8664/VA und 8664/VA/I
99.00.17.0103	8161000000	Qualiserve	INTEGRAL Standard (Superior) Art.-Nr.:8161
99.00.17.0103	8160000000	Qualiserve	INTEGRAL Premium (Superior) Art.-Nr.:8160 und 8160/I
99.00.17.0103	8162000000	Qualiserve	INTEGRAL Optimum (Superior) Art.-Nr.:8162 und 8162/I
99.00.17.0103	8163000000	Qualiserve	INTEGRAL Medium (Superior) Art.-Nr.:8163 und 8163/J
99.00.17.0103	8164000000	Qualiserve	INTEGRAL Extra (Superior) Art.-Nr.:8164/I
99.00.17.0103	8961000000	Qualiserve	INTEGRAL Standard (Classiv RD) Art.-Nr.:8961
99.00.17.0103	8960000000	Qualiserve	INTEGRAL Premium (Classiv RD) Art.-Nr.:8960
99.00.17.0103	8962000000	Qualiserve	INTEGRAL Optimum (Classiv RD) Art.-Nr.:8962
99.00.17.0103	8963000000	Qualiserve	INTEGRAL Medium (Classiv RD) Art.-Nr.: 8963
99.00.17.0103	8665000000	Qualiserve	INTEGRAL Super (Comfort ) Stahleinlage, Art.-Nr.:8665



99.00.17.0103	8666000000	Qualiserve	INTEGRAL Premium Super (Comfort) Stahleinlage, Art.-Nr.:8666
---------------	------------	------------	--

		<b>Eigenfertigung nach</b>	
99.00.17.0104	0000001900	<b>Kalkulation</b>	<b>Kopfschutzhelm Eigenfertigung nach Kalkulation (Material und Arbeitszeit)</b>