

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

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
Wigglepad 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 Eingabeinweise

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 ich bitte unter Angabe Ihrer IK-Nummer an 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 Dateiart „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 unbeatmete Versicherte 01.00.99.0006 Verbrauchsmaterial- und Zubehörpauschale für tracheotomierte beatmete 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 (ausschließlich neue Nummern verwenden, aufgrund Neustrukturierung der Produktgruppe) 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 Endedatum |
| 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 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 | 000000010 Belastbarkeit bis 130 kg 000000020 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. |
| Merkmale (Pflichtfeld) | 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 (Beitritts-)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 Versorgungsleistungen ist das Hilfsmittelkennzeichen 06 anzugeben.

| Position | HiMiPosNr. | Menge | LEGS | HiMi-Kz | Prod-Bes. | MwSt | Einzelpreis |
|--|---------------|-------|---------|---------|------------|------------|-------------|
| Einohrige Versorgung links | | | | | | | |
| 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 € |
| Ggf. Vergütung einer 2. Otoplastik zum wechselseitigen Tragen bei einer einohrigen Versorgung | | | | | | | |
| Pos. 4 | 13.20.09.xxxx | 1 | 1400423 | 12 | | Netto 19 % | 31,31 € |
| Einohrige Versorgung rechts | | | | | | | |
| 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 € |
| Ggf. Vergütung einer 2. Otoplastik zum wechselseitigen Tragen bei einer einohrigen Versorgung | | | | | | | |
| 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 (Beitritts-)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 |
|--|---------------|-------|---------|---------|------------|------------|-------------|
| Einohrige Versorgung links | | | | | | | |
| 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 € |
| Ggf. Vergütung einer 2. Otoplastik zum wechselseitigen Tragen bei einer einohrigen Versorgung | | | | | | | |
| Pos. 4 | 13.20.09.xxxx | 1 | 1400523 | 12 | | Netto 19 % | 31,31 € |
| Einohrige Versorgung rechts | | | | | | | |
| 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 € |
| Ggf. Vergütung einer 2. Otoplastik zum wechselseitigen Tragen bei einer einohrigen Versorgung | | | | | | | |
| Pos. 4 | 13.20.09.xxxx | 1 | 1400523 | 12 | | Netto 19 % | 31,31 € |
| Beidohrige Versorgung (1. Hörgerät links, 2. Hörgerät rechts) | | | | | | | |
| 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 € |
| Beidohrige Versorgung (1. Hörgerät rechts, 2. Hörgerät links) | | | | | | | |
| 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. |
| Merkmale (Pflichtfeld) | 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 (Beitritts-)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 |
|--|----------------|-------|---------|---------|------------|------------|-------------|
| Einohrige Versorgung links | | | | | | | |
| 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 € |
| Ggf. Vergütung einer 2. Otoplastik zum wechselseitigen Tragen bei einer einohrigen Versorgung | | | | | | | |
| Pos. 4 | 13.20.09.xxxx | 1 | 1400423 | 12 | | Netto 19 % | 31,31 € |
| Einohrige Versorgung rechts | | | | | | | |
| 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 € |
| Ggf. Vergütung einer 2. Otoplastik zum wechselseitigen Tragen bei einer einohrigen Versorgung | | | | | | | |
| Pos. 4 | 13.20.09.xxxx | 1 | 1400423 | 12 | | Netto 19 % | 31,31 € |
| Beidohrige Versorgung (1. Hörgerät links, 2. Hörgerät rechts) | | | | | | | |
| Pos. 1 | 13.20.08.1xxx | 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 € |
| Beidohrige Versorgung (1. Hörgerät rechts, 2. Hörgerät links) | | | | | | | |
| 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 | Rückentragelhilfe für Freestyle | 0000016999 | Zubehör (12) |
| 14.99.99.0002 | Rückentragelhilfe für Freestyle Comfort | 0000161009 | Zubehör (12) |
| 14.99.99.0002 | Rückentragelhilfe für Zen-O lite | 0001061001 | Zubehör (12) |
| 14.99.99.0002 | Rückentragelhilfe für Inogen One G 4 | 0000116993 | Zubehör (12) |
| 14.99.99.0002 | Rückentragelhilfe 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 | Schultertrageetasche für INOGEN ONE G5 | 1000061998 | Zubehör (12) |
| 14.99.99.0040 | Rückentragelhilfe 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 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 Abrechnungspositionennummer 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 Hilfsmittelnnummern 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 | Nasenanüle Optiflow Junior Inf.myAIRVO2 | 0000000003 | Zubehör (12) |
| 14.24.17.3992 | Nasenanüle Optiflow Junior Päd.myAIRVO2 | 0000000004 | Zubehör (12) |
| 14.24.17.3992 | Wigglepads Optiflow Junior myAIRVO 2 à20 | 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 ² -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 | Nasenanüle Optiflow Plus Gr.S myAIRVO 2 | 0000000015 | Zubehör (12) |
| 14.24.17.3992 | Nasenanüle Optiflow Plus Gr.M myAIRVO 2 | 0000000016 | Zubehör (12) |
| 14.24.17.3992 | Nasenanüle 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 | Nasenanüle Optiflow Junior 2 Gr. L myAIRVO2 | 0000000021 | Zubehör (12) |
| 14.24.17.3992 | Nasenanüle 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. |
| Hilfsmittelkennzeichen | 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 | 000000001 | Zubehör (12) |
| 14.99.99.0019 | T-Stück Aeroneb Solo | 000000002 | Zubehör (12) |
| 14.99.99.0019 | T-Stück Aeroneb Pro | 000000003 | 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 (<u>nicht</u> 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: Standard Rollstühle Lenkeinheit AW Preis Decke u./o. Schlauch aus-/einbauen 2 7,80 € HMVZ Bezeichnung Menge Einzelpreis Gesamtpreis Position 1: 18.50.01.2011 Schlauch 1 5,20 € 5,20 € Position 2: 18.99.99.3001 Arbeitszeit 2 3,90 € 7,80 € |
| Produktbesonderheit | bei Ersatzteilen: 9999999999 |
| 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. |

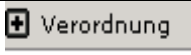

21 rtCGM

| | |
|------------------------|---|
| Hilfsmittelkennzeichen | „00 Neulieferung“ |
| Versorgungsbeginn | Tag der Lieferung |
| Versorgungsende | Ende Bewilligungszeitraum oder Anspruchsende |
| HMVZ | 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 |
| Merkmale Pflichtfeld) | 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.  anklicken 2.  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 (ausschließlich neue Nummern verwenden, aufgrund Neustrukturierung der Produktgruppe) |
| 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 |
| Merkmale (Pflichtfeld) | Eingabe: Seite ‚rechts‘ oder/und ‚links‘ |

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

| | |
|-------------------------------|--|
| Menge | 1 je Seite |
| Merkmale (Pflichtfeld) | Eingabe: Seite ‚rechts‘ oder/und ‚links‘ |

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

| | |
|-------------------------------|---|
| Hilfsmittelkennzeichen | Neulieferung (00) / bei 24.99.81: Zubehör (12) |
| Leistungserbringergruppe | bei RSR-Vertragszugehörigkeit LEGS 15 00 244 bzw. Beitritts-LEGS, sonst XX XX 099 |
| Merkmale (Pflichtfeld) | 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 | Neulieferung (00) 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 |
| Merkmale | 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 | Neulieferung (00) |
| 2. Brustprothesenhalter | PG 24.99.80.0001 | Neulieferung (00) Nachlieferung (04) |
| 3. Brustprothesenbadeanzug | PG 24.99.80.1000 | Neulieferung (00) Folgeversorgung (10) Ersatzbeschaffung (11) |
| 4. Brustprothesenzubehör | PG 24.99.81 | Zubehör (12) |

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

Beispiel 1b (befreit von Zuzahlung)

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

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

Beispiel 2a (mit Zuzahlung)

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

Beispiel 2b (befreit von Zuzahlung)

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

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 | Siehe gesonderte Eingabehinweise PG 31 |
| 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 Pflegebettzubehör

50.45.03 Bettzurichtungen zur Pflege erleichtern

(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/Bettzubehör 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 |
|------|--|

| | |
|------------------------|--|
| | <p>Vorgehensweise bei Erreichen des monatlichen Höchstbetrages - Erstantrag</p> <p>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). Unabhängig hiervon ist im beizufügenden Antrag, in der Empfangsbestätigung sowie bei Abrechnung eine detaillierte Einzelproduktaufschlüsselung erforderlich. Abweichende Anträge oder Abrechnungen werden zurückgewiesen.</p> |
| 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 beitriffähige 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 Schutzservierten 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. |