

WICHTIGE ÄNDERUNG ab dem 1. Juli 2025 Neue Abrechnungsregelung für Stimmprothesen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Köln, Juni 2025

wir möchten Sie heute über eine wichtige Änderung bei der Versorgung mit Ihrer Stimmprothese und dem dazugehörigen Zubehör informieren, da Ihre Krankenkasse eine neue Absprache zur Abrechnung getroffen hat.

Was ist neu?

Ab dem 1. Juli 2025 erfolgt die Bestellung Ihrer Stimmprothese und des dazugehörigen Zubehörs über ein spezielles Sachkostenformular, das Ihre behandelnde Ärztin oder Ihr behandelnder Arzt ausfüllt.



WICHTIG: Ohne dieses Formular ist eine Belieferung nicht mehr möglich.

Was bleibt gleich?

Diese Änderung betrifft ausschließlich Ihre Stimmprothesen und das dazugehörige Zubehör (z. B. Reinigungsbürsten, Plug, Spülpipette).

Andere Produkte für Ihre Tracheostomaversorgung sind nicht betroffen. Das bedeutet, dass bei Ihren Hilfsmitteln (z. B. Trachealkanülen, Filter, Basisplatten oder Pflegeprodukte) für Sie alles so bleibt wie bisher.

ANDREAS FAHL

MEDIZINTECHNIK-VERTRIEB GMBH

Was müssen Sie jetzt tun?

- ▶ Bitte setzen Sie sich umgehend mit Ihrer behandelnden Ärztin oder Ihrem behandelnden Arzt in Verbindung, um das Sachkostenformular auszufüllen.
- ▶ Wir bitten Sie, uns das ausgefüllte Formular innerhalb der nächsten 2 Wochen zuzusenden, damit wir Ihre weitere Versorgung mit Stimmprothesen und dem dazugehörigen Zubehör ohne Unterbrechung sicherstellen können. Hierfür haben wir diesem Schreiben einen frankierten Rückumschlag beigelegt.
- ▶ Auch ohne akuten Bedarf: Bestellen Sie Ihre aktuelle Stimmprothese als Ersatz für den nächsten Wechsel oder falls eine Ersatzprothese vorhanden ist, Reinigungszubehör.
- ▶ Die Lieferung erfolgt – wie bisher – direkt zu Ihnen nach Hause.

Was müssen Sie beachten?

Mit dem ausgefüllten Sachkostenformular startet eine Pauschale für einen Zeitraum von 6 Monaten. Innerhalb dieses Zeitraums darf die Versorgung mit Stimmprothesen und dem dazugehörigen Zubehör ausschließlich über den Lieferanten erfolgen, der das Sachkostenformular erhalten hat. Nach Ablauf des Zeitraums ist erneut ein Sachkostenformular von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt auszufüllen und zu übermitteln.

Sobald uns das Formular vorliegt, können wir Sie unkompliziert und zeitnah mit den benötigten Stimmprothesen und dem dazugehörigen Zubehör beliefern – **auch kurzfristig und auf Zuruf**.

Falls Sie Unterstützung bei der Kommunikation mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt benötigen oder Fragen hinsichtlich Ihrer Stimmprothesenversorgung haben, stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.



0 22 03 / 29 80 - 200



vertrieb@fahl.de



Oder informieren Sie sich über unsere Webseite.



www.fahl.com/de/service/blog/abrechnungsaenderung-bei-stimmprothesen

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Team von Fahl Medizintechnik

Anlagen:

- ▶ Sachkostenformular
- ▶ Ausfüllhilfe zum Sachkostenformular
- ▶ Frankierter Rückumschlag für die Rücksendung des ausgefüllten Formulars

Datenschutzinformation

Bei Ihrer Adresse handelt es sich um bei uns abgespeicherte Daten. Wir verarbeiten diese als verantwortliche Stelle, um Ihnen dieses Anschreiben zukommen zu lassen. Sie können der Verwendung Ihrer Daten jederzeit widersprechen. Der Widerspruch kann jederzeit schriftlich per Mail an: vertrieb@fahl.de oder per Post an die Andreas Fahl Medizintechnik-Vertrieb GmbH, August-Horch-Straße 4a, 51149 Köln erfolgen. Umfassende Datenschutzinformation finden Sie auf der Rückseite dieses Schreibens.

Sachkostenformular (Medizinprodukte) im Zusammenhang mit vertragsärztlichen Leistungen

Für die Bereitstellung und Abrechnung ist für teilnehmende Krankenkassen dieses Formular zu verwenden. Eine aktuelle Liste teilnehmender Krankenkassen können Sie sich unter folgendem Link herunterladen:
<https://www.fahl.com/de/downloads-detail/uebersicht-krankenkassen>



1. Bitte füllen Sie das Formular **vollständig** aus. Ein Beispiel hierzu finden Sie auf der anhängenden Ausfüllhilfe.
2. **Unterschreiben** Sie die Eigenerklärung sowie die Abtretungserklärung.
3. **Senden** Sie das ausgefüllte Formular als Bestellung an den Lieferanten.
4. Der Lieferant rechnet direkt mit der teilnehmenden Krankenkasse ab und liefert an den Versicherten.

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Name, Vorname des Versicherten</p> <p style="text-align: right;">geb. am</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 50%; height: 20px;">Bezugsdatum</td> <td style="border: 1px solid black; width: 50%; height: 20px;">Apotheken-Nummer/IK</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: 1px solid black; text-align: center;">Gesamt-Brutto</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr.</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">Faktor</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">Taxe</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>	Bezugsdatum	Apotheken-Nummer/IK	Gesamt-Brutto		Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr.	Faktor	Taxe	▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲			▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲			▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲		
Bezugsdatum	Apotheken-Nummer/IK																
Gesamt-Brutto																	
Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr.	Faktor	Taxe															
▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲																	
▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲																	
▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲																	
<p>Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)</p>																	
<p style="font-size: small;">Dieses Rezept können Sie bei vielen gesetzl. Krankenkassen zur Voll- oder Teilerstattung als Satzungsleistung einreichen.</p>	<p style="font-size: small;">Unterschrift des Arztes</p>																

BSNR (Arzt):	<input style="width: 90%;" type="text"/>	
EBM-GOP:	<input style="width: 90%;" type="text"/>	ICD10: <input style="width: 90%;" type="text"/>
Datum der Leistungserbringung/Neuverordnung:	<input style="width: 90%;" type="text"/>	
Unfallfolgen <input type="checkbox"/>	Arbeitsunfall <input type="checkbox"/>	BVG <input type="checkbox"/>

Erklärung: Es werden nur die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung gestellt. Ggf. vom Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten bis zu 3 % werden an die Krankenkasse weitergegeben.

.....
Datum

.....
Vertragsarztstempel und Unterschrift des Vertragsarztes

Abtretungserklärung: Hiermit trete ich meine Abrechnungsansprüche gegen die Krankenkasse an den Lieferanten der verwendeten Medizinprodukte ab. Meine Haftung nach Vertragsarztrecht für die Richtigkeit der geltend gemachten Kosten bleibt durch die Rechnungslegung über einen Hersteller bzw. Lieferanten unberührt.

.....
Datum

.....
Vertragsarztstempel und Unterschrift des Vertragsarztes

Ausfüllhilfe für die Versorgung von Stimmprothesen und Zubehör infolge Wegfalls der Produkte aus dem Hilfsmittelverzeichnis

Zur Bereitstellung und Abrechnung ist für teilnehmende Krankenkassen das vorangestellte Formular zu verwenden.

Ablauf des Verfahrens:

1. Versorgung der Produkte, auch Zubehör, durch grünes Rezept (DIN A4 Formular in den Drucker legen und mit Muster + Angaben bedrucken)
2. Ausdrucken des Rezeptes auf dem vorliegenden Sachkostenformular
3. Ausfüllen des Sachkostenformulars:
 - ▶ Angabe BSNR des Arztes
 - ▶ Angabe EBM-GOP
 - ▶ Angabe des ICD10
 - ▶ Angabe des Datums der Leistungserbringung/Neuverordnung
 - ▶ Angabe, wenn Unfallfolgen/ Arbeitsunfall/ BVG
4. Eigenerklärung unterzeichnen
5. Abtretungserklärung des Abrechnungsanspruchs gegenüber der Krankenkasse an den Lieferanten mittels Unterschrift abgeben
6. Übermittlung des Formulars als Bestellung an den Lieferanten
7. Lieferung erfolgt direkt an den Versicherten
8. Lieferant rechnet direkt mit teilnehmender Krankenkasse ab

Beispiel (rot hinterlegte Felder sind **Pflichtfelder**):

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%; padding: 2px;">BKK Beispielkasse</td> <td style="width: 20%; padding: 2px; text-align: right;">12</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;"><small>Name, Vorname des Versicherten</small></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Mustermann Petra Musterstraße 11 12345 Musterstadt</td> <td style="padding: 2px;"><small>geb. am</small> 01.01.1960</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">123456789</td> <td style="padding: 2px;">Z123456789</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">123456789</td> <td style="padding: 2px;">09.07.2025</td> </tr> </table>	BKK Beispielkasse	12	<small>Name, Vorname des Versicherten</small>		Mustermann Petra Musterstraße 11 12345 Musterstadt	<small>geb. am</small> 01.01.1960	123456789	Z123456789	123456789	09.07.2025	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;"><small>Bezugsdatum</small></td> <td style="width: 50%; padding: 2px;"><small>Apotheken-Nummer/IK</small></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;"><small>Gesamt-Brutto</small></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><small>Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr.</small></td> <td style="padding: 2px;"><small>Faktor</small></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;"><small>Taxe</small></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>	<small>Bezugsdatum</small>	<small>Apotheken-Nummer/IK</small>			<small>Gesamt-Brutto</small>				<small>Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr.</small>	<small>Faktor</small>				<small>Taxe</small>		
BKK Beispielkasse	12																										
<small>Name, Vorname des Versicherten</small>																											
Mustermann Petra Musterstraße 11 12345 Musterstadt	<small>geb. am</small> 01.01.1960																										
123456789	Z123456789																										
123456789	09.07.2025																										
<small>Bezugsdatum</small>	<small>Apotheken-Nummer/IK</small>																										
<small>Gesamt-Brutto</small>																											
<small>Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr.</small>	<small>Faktor</small>																										
	<small>Taxe</small>																										
<p>Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; padding: 5px;"> 1 x Produkt A, PZN-12345678 1 x Produkt B, PZN-98765432 1 x Produkt C, PZN-45612300 </td> <td style="width: 30%; padding: 5px; text-align: center; vertical-align: middle;"> Stempel und Unterschrift </td> </tr> </table>		1 x Produkt A, PZN-12345678 1 x Produkt B, PZN-98765432 1 x Produkt C, PZN-45612300	Stempel und Unterschrift																								
1 x Produkt A, PZN-12345678 1 x Produkt B, PZN-98765432 1 x Produkt C, PZN-45612300	Stempel und Unterschrift																										
<p><small>Dieses Rezept können Sie bei vielen gesetzl. Krankenkassen zur Voll- oder Teilerstattung als Satzungsleistung einreichen.</small></p> <p style="text-align: right;"><small>Unterschrift des Arztes</small></p>																											

BSNR (Arzt):	123456789		
EBM-GOP:	09350	ICD10:	Z43.0
Datum der Leistungserbringung/Neuverordnung:	09.07.2025		
Unfallfolgen	<input type="checkbox"/>	Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/>
		BVG	<input type="checkbox"/>