

Pflegehilfsmittel über IXOS eKV genehmigen lassen

Die kostenpflichtige Lizenz **IXOS eKV** ermöglicht das Erstellen von Kostenvoranschlägen für Ihre Kunden und das elektronische Versenden an die Kostenträger.



Das Verfahren für die elektronische Beantragung erfordert derzeit, dass der **Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation** mit den Versichertendaten versehen und den gewünschten Produkten ausgefüllt, ausgedruckt und unterschrieben werden muss. Im Anschluss wird dieser ausgefüllte Antrag dann über den elektronischen Kostenvoranschlag als Anhang eingereicht.

In diesem Artikel lesen Sie, wie Sie die elektronische Beantragung von Pflegehilfsmitteln mit IXOS durchführen.



Bitte beachten Sie, dass sich die Vorgaben zur elektronischen Genehmigung, das Genehmigungsverfahren und die Gültigkeitsdauer der Genehmigung je nach Produktgruppe und Kostenträger unterscheiden können. Informieren Sie sich daher vorab beim jeweiligen Kostenträger über das Verfahren. Einige stellen dazu Informationen online zur Verfügung, zum Beispiel die [AOK Baden-Württemberg](#).

Die spezifische Positionsnummer, die gegebenenfalls dabei gefordert wird, ist im elektronischen Kostenvoranschlag als Pflegehilfsmittelposition anzugeben. Beachten Sie auch, dass beim elektronischen Verfahren die Produktgruppen 51 und 54 getrennt voneinander beantragt werden müssen.

1. Vorbereiten des Genehmigungsantrags

Um Pflegehilfsmittel beantragen zu können, muss der **Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation** zunächst mit den Versicherungsdaten des Kunden befüllt werden.

In den **Kontaktdetails** des Kunden auf der Seite **Spezifische Daten** finden Sie im Reiter **Versicherung** den Abschnitt **Pflegeversicherung** zum Hinterlegen der Daten und Erstellen eines Genehmigungsantrags.

Geben Sie im Feld **Kostenträger** die IK-Nummer der Pflegekasse ein.



Hinweis zur Erfassung des Kostenträgers:

Für elektronische Verfahren schreiben die Kostenträger eine bestimmte IK vor. Oft beginnt diese mit „10...“. Im Modul Pflegehilfsmittel werden allerdings bevorzugt IKs beginnend mit „18...“ (Pflegekassen) vorgeschlagen. Sie können die gewünschte IK auswählen, wenn Sie über die **erweiterte Suche – F10** im Fenster **Kontakte > Kostenträger > Pflegeversicherung** auswählen die IK eingeben und im Feld **IK-Bereich** den Filter auf „Alle“ ändern.

Über **OK – F12** speichern Sie Ihre Eingabe und schließen das Fenster.

Nach der Eingabe des Kostenträgers springt IXOS in das Fenster **Kontakte > Kunden > Genehmigung**.

2. Auswahl der zu genehmigenden Produkte

Prüfen Sie im Fenster **Kontakte > Kunde > Genehmigung** zunächst die Versichertennummer. IXOS übernimmt automatisch die Krankenversichertennummer, falls diese hinterlegt ist. Sollte diese oder eine abweichende Pflegeversichertennummer bis jetzt noch nicht hinterlegt sein, dann korrigieren Sie den Eintrag.

Kontakte > Kunde > Genehmigung

Name	Vorname	Geb.-Datum	PLZ	Ort	Telefonnummer
Beispiel	Berta	26.08.1968	82319	Starnberg	

Pflegekasse

Kostenträger* / IK:

Anschrift:

Abrechnung:

Beihilfeberechtigt: ☐

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54):

Genehmigung ausgestellt am:

Genehmigungszeitraum: bis

Genehmigungskennzeichen PG 54:

	Menge	Preise (brutto, gerundet)	Genehmigt
Saugende Bettschutzeinlagen - Einmalgebrauch	80 St	0,52 €/St	☐
Fingerlinge	600 St	0,07 €/St	☐
Einmalhandschuhe	381 St	0,11 €/St	☐
Medizinische Gesichtsmasken	247 St	0,17 €/St	☐
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2)	44 St	0,95 €/St	☐
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	280 St	0,15 €/St	☐
Schutzschürzen - wiederverwendbar	1 St	24,99 €/St	☐
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	280 St	0,15 €/St	☐
Händedesinfektionsmittel	2500 ml	1,67 €/100ml	☐
Flächendesinfektionsmittel	2700 ml	1,55 €/100ml	☐
Händedesinfektionstücher	200 St	0,21 €/St	☐
Flächendesinfektionstücher	210 St	0,20 €/St	☐
Summe		488,94	

Bitte legen Sie die Genehmigung in den Scanner ein...

Strg Speichern Löschen Verkaufsdaten Anschrift bearbeiten Bild Details Drucken

Alt F1 F4 F5 F7 F8 F9

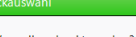
Geben Sie anschließend die benötigten Produkte ein. Mehr dazu lesen Sie im Tipps&Tricks-Artikel [Abrechnung von Pflegehilfsmitteln](#).

Speichern Sie Ihre Eingaben mit **F1** und drucken Sie beide Seiten des Antrags mit **Drucken – F9** aus.

Vervollständigen Sie die Angaben auf der zweiten Seite und lassen Sie den Antrag vom Kunden unterschreiben. Da beim elektronischen Verfahren die Produktgruppen **getrennt** voneinander beantragt werden müssen, ändern Sie die Vorbelegung im Fenster **Druckauswahl** entsprechend auf **Genehmigung PG 51** oder **Genehmigung PG 54** und bestätigen Sie die Auswahl mit **OK – F12**.

Druckdokument auswählen

A	Pflegehilfsmittel Empfangsbestätigung (ab 01.06.2025)
T	Pflegehilfsmittel Empfangsbestätigung
G	Pflegehilfsmittel Genehmigung (ab 01.06.2025)
H	Pflegehilfsmittel Genehmigung



Druckauswahl

Was soll gedruckt werden?

☐ Genehmigung PG 51

☒ Genehmigung PG 54

☐ Gemeinsame Genehmigung

OK F12

Abbrechen Esc

Anlage 2 - Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Beispiel, Berta

26.08.1968

X793140512

Name, Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer

Himistrasse 17, 82319 Starnberg

AOK Baden-Württemberg

Anschrift: Straße, PLZ: Wohnort

Pflegekasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- ☒ zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI/bei Beihilferechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI.
Darüberhinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Rechen- größe	Menge/Fak- tor bitte eintragen	Erläuterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)				
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	80	
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	600	
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	381	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	247	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	44	
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	280	
Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	1	
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	280	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	25	Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	27	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	200	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	210	

- ☐ Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Rechengröße	Menge eintragen	Erläuterung
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)				
saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)	1 Stück		

durch folgenden Leistungsbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
Berg Apotheke, Am Strand 1, 25980 Sylt	309990074

☒ Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber

- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind,
- die ich ohne Mehrkosten erhalten kann

Form des Beratungsgespräch:

- ☒ Beratung in den Geschäftsräumen
☐ Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)
☐ Beratung in der Häuslichkeit

Der o.g. Leistungserbringer hat

beraten.

- ☒ mich persönlich und/oder
☐ meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)

Datum der Beratung:

14.05.2025

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Anton Pothecker

☒ Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen.

☒ Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüberhinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

14.05.2025

Datum

Berta Beispiel

Unterschrift der/des Versicherten*

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- ☐ PG 54
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages
nach § 40 Absatz 2 SGB XI
- ☐ PG 54 Beihilfeberechtigung
bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages
nach § 40 Absatz 2 SGB XI

- ☐ PG 51 mit Zuzahlung
☐ PG 51 ohne Zuzahlung
☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

Wechseln Sie nach dem Ausdruck in das Modul **Kostenvoranschlag**.

3. Erstellung eines neuen elektronischen Kostenvoranschlages

Im Menü **Verkauf** finden Sie das Modul **Kostenvoranschlag**. Erfassen Sie darin mit **Neu – F3** (1) einen neuen **Kostenvoranschlag** (2) und bestätigen Sie mit **OK – F12** (3).

The screenshot shows the 'Kostenvoranschlag' window with the 'Dokumententyp auswählen' dialog box open. The 'Neu' button in the main window is highlighted with a red box and labeled '1'. The 'Kostenvoranschlag' option in the dialog box is highlighted with a red box and labeled '2'. The 'OK' button in the dialog box is highlighted with a red box and labeled '3'.

Nach der erforderlichen Kundenauswahl (Pflegehilfsmittel-Genehmigungen sind nur für Stammkunden möglich) wählen Sie den Status **Pflegehilfsmittel**.

The screenshot shows the 'Kostenvoranschlag' window with the 'Rezeptstatus auswählen' dialog box open. The 'Pflegehilfsmittel' option is highlighted with a red box. The dialog box lists various prescription statuses and their corresponding descriptions.

Rezeptstatus	Rezeptstatus auswählen	Rezeptstatus auswählen
0	Zuzahlungsfrei/Mehrkostenpflichtig	Personen unter 18, Schwangerschaft, Zuz.befr. Versicherte, BVG, BEG
0 (K)	Kinderrezept	Personen unter 18 Geburtsdatum ab 15.05.2007 - heute
1	Zuzahlungspflichtig/Mehrkostenpflichtig	Personen über 18 Postbeamte A, Bundespolizei
2	Sprechstundenbedarf	Arztpraxen
9	Behandlung zur künstl. Befruchtung	Rezept nach § 27a SGB V
10 (M)	Zuzahlungsfrei/Mehrkostenfrei	Bundeswehr, Landesversicherungsanstalt
11 (H)	Zuzahlungspflichtig/Mehrkostenfrei/HM-frei	
12 (Z)	Zuzahlungsfrei/Mehrkostenpflichtig/HM-pflichtig	
13 (A)	Zuzahlungspflichtig/Mehrkostenfrei/HM-pflichtig	
14 (B)	BG-Rezept	Arbeitsunfall, Berufskrankheit
15 (E)	Ersatzverordnung (Zufrei, MKpfl.)	Rezept nach § 31 Absatz 3 Satz 7 SGB V (Arzneimittelrückruf)
20 (L)	Pflegehilfsmittel	Abrechnung von Pflegehilfsmitteln (Anlage 2)
21 (I)	Schutzimpfung	Abrechnung Schutzimpfung (GKV-Versicherte)
G	Grünes Rezept	Grünes Rezeptformular

4. Erfassung der generischen Abrechnungsposition und Senden des Antrags

Erfassen Sie in der Auftragskasse die generische Abrechnungsposition **Ohne PZN HiMi z Verbr voll** (Ohne PZN Hilfsmittel zum Verbrauch volle MwSt.), PZN 09999028.

Kostenvoranschlag > Auftrag

Normal 0,00 € Rezept 0,00 € Privat 0,00 € grünes Rp. 0,00 € Total 0,00 €

Kunde: Berta Beispiel, Starnberg Geb: 26.08.1968 (56 J.) IK

Status: Status 20 - Pflegehilfsmittel Arzt

NL	Artikelbezeichnung	DAR	Einheit	Mg	Abg	VK	Zu/Mehr	Gesamt
	PZN HiMi z Verbr voll							
	Ohne PZN HiMi z Verb oMwSt							
	Ohne PZN HiMi z Verbr erm.							
	Ohne PZN HiMi z Verbr voll							
	Ohne PZN Mietgebühren HiMi							

Es öffnet sich das **Fenster Verkaufspreis für Artikel eingeben**. Geben Sie darin in das Feld **Verkaufspreis (Brutto)** den aktuell zugestandenen Betrag ein (Stand Mai 2025: 42,00 €) und bestätigen Sie Ihre Eingabe mit **OK – F12**.

Verkaufspreis für Artikel

Artikelbezeichnung	DAR	Einheit	PZN
Ohne PZN HiMi z Verbr voll			

Einkaufspreis (Netto) 0,00 €

Verkaufspreis (Brutto) 42,00 €

Verkaufspreis (Netto) 0,00 €

Es öffnet sich das Fenster **Abrechnung Hilfsmittel ändern**. Ergänzen Sie darin alle Vorgaben des Kostenträgers:

- in das Feld **Manuelle Eingabe** (1) die kassenspezifische Positionsnummer,
- in das Feld **Abrechnungskennzeichen** (2): *00 Neulieferung*,
- in das Feld **LEGS bzw. AC/TK** (3) den entsprechenden Schlüssel für den Kostenträger und die Leistung.

Editieren Sie den **Versorgungszeitraum** (4) bitte nur dann, wenn der Kostenträger explizit einen gezielten sinnvollen Zeitpunkt vorgibt – den von manchen Kassen technisch vorgegebenen Maximal-Zeitraum bis zum 31.12.9999 übermittelt IXOS andernfalls automatisch.

Abrechnung Hilfsmittel ändern

Artikelbezeichnung	DAR	Einheit	PZN
Ohne PZN HiMi z Verbr voll			

Legen Sie fest, welche Angaben auf das Rezept gedruckt werden sollen.
Eine Änderung des Faktors hat keine Auswirkung auf die tatsächliche Verkaufsmenge.

1. Abrechnungszuordnung

Abrechnungszuordnung	Abrechnungsnr.	Faktor
☐ PZN	09999028	1
☐ Hilfsmittelnummer		
☐ Pseudo-Hilfsmittelnummer		
1 ☒ Manuelle Eingabe	1234567890	1

Abrechnungsnummer 2

2. Abrechnungszuordnung (Zusatzkomponente)

Abrechnungszuordnung	Faktor
☐ Hilfsmittelnummer	
☐ Manuelle Eingabe	

Abrechnungskennzeichen

3. **LEGS bzw. AC/TK** 1234567

4. **Versorgungszeitraum** von 20.05.2025 bis 31.12.9999

Zeitraum aktivieren F5 Mehrkosten hinzufügen F7 OK F12 Abbrechen Esc

Wenn seitens des Kostenträgers keine explizite Positionsnummer erforderlich ist (oft bei PG 51), kann der Artikel in der Auftragskasse als Position, zum Beispiel über seine PZN, erfasst werden. Auch unter diesen Umständen kann bei Bedarf die Abrechnungsnummer über dieses Fenster manuell angepasst werden.

Speichern Sie Ihre Eingaben mit **OK – F12**, IXOS kehrt zurück in die **Auftragskasse**.



Falls Sie das Fenster **Abrechnung Hilfsmittel ändern** nochmals öffnen möchten, kann dies bei markierter Abrechnungsposition über **Position ändern – Strg+F8** gefolgt von **Abrechnung Hilfsmittel ändern** und **OK – F12** erfolgen.

Somit können Sie zum Beispiel Ihre Eingaben nochmals auf Konformität zu den Ihrerseits erfragten Vorgaben der unterschiedlichen Kostenträger kontrollieren und gegebenenfalls korrigieren.

Aufgrund der unterschiedlichen Vorgaben kann IXOS leider keine Ausfüll-Automatik anbieten.

Wir empfehlen zusätzlich, im Anschluss in der **Auftragskasse** die Bezeichnung **Ohne PZN HiMi z Verbr voll** treffend zu überschreiben, da die Angabe an dieser Position im elektronischen Antragsformular mitübertragen wird, zum Beispiel mit **Pflegehilfsmittel**.

Normal		Rezept		Privat		grünes Rp.		Total	
0,00 €		0,00 €		0,00 €		0,00 €		0,00 €	
Kunde	Berta Beispiel, Starnberg				Geb: 26.08.1968 (56 J.)		IK		
Status	Status 20 - Pflegehilfsmittel						Arzt		
NL	Artikelbezeichnung	DAR	Einheit	Mg	Abg	VK	Zu/Mehr	Gesamt	
	Pflegehilfsmittel		1	1		42,00	0,00	0,00	

Mit **Dokument hinzufügen – F11** fügen Sie nun den **Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation** hinzu. Wählen Sie **Genehmigung**. Führen Sie den Scanvorgang für beide Seiten durch.

Bitte legen Sie fest, ob es sich für Pflegehilfsmittel um die Genehmigung oder eine sonstige Anlage handelt.

Genehmigung Anlage Abbrechen

Legen Sie das zuvor gedruckte und vom Kunden unterschriebenen Dokument in den Scanner.
Bestätigen Sie den Scanvorgang mit **OK – F12**, und scannen Sie beide Seiten.

Rezeptbild scannen

Seiten **Nur Vorderseiten**

anwenden auf **aktuelle Seite**

1

bis

1

Anlage 2 - Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Beispiel, Berta 26.08.1968 X793140512
 Name, Vorname Geburtsdatum Versichertennummer
 Himistrasse 17, 82319 Starnberg AOK Baden-Württemberg
 Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort Pflanzklasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

☒ zum Verbrauch bestimmte Pflanzmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI bei Behinderung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI.
 Darüberhinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Bezeichnung	Pflanzmittelpositionsnummer	Rechen- größe	Menge/Fak- tor bitte eintragen	Erläuterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflanzmittel (PG 54)				
saugende Bettschutzunterlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	80	
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	600	
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	381	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	247	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	44	
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	280	
Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	1	
Schutzunterlagen zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	280	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	25	Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei den Faktor 5 bei
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	27	1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	200	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	210	

☐ Pflanzmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Pflanzmittelpositionsnummer	Rechen- größe	Menge/Fak- tor bitte eintragen	Erläuterung
Pflanzmittel zur Körperpflegehygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)				
	51.40.01.4			

Anlage 2 - Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Beispiel, Berta 26.08.1968 X793140512
 Name, Vorname Geburtsdatum Versichertennummer
 Himistrasse 17, 82319 Starnberg AOK Baden-Württemberg
 Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort Pflanzklasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

☒ zum Verbrauch bestimmte Pflanzmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI bei Behinderung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI.
 Darüberhinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Bezeichnung	Pflanzmittelpositionsnummer	Rechen- größe	Menge/Fak- tor bitte eintragen	Erläuterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflanzmittel (PG 54)				
saugende Bettschutzunterlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	80	
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	600	
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	381	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	247	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	44	
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	280	
Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	1	
Schutzunterlagen zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	280	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	25	Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei den Faktor 5 bei
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	27	1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	200	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	210	

☐ Pflanzmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Pflanzmittelpositionsnummer	Rechen- größe	Menge/Fak- tor bitte eintragen	Erläuterung
Pflanzmittel zur Körperpflegehygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)				
saugende Bettschutzunterlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück		

Beim folgenden Leistungsträger:

Name und Anschrift (Stempel): **Heilpraktikerin**
 Frau Anna Maria, Am Markt 1, 10000 Berlin
 Stempel: 00000014

Seite 10

☒ Ich werde von der Übergabe des Pflanzmittels/Pflanzmittelbestandes von dem vorgenannten Leistungsträger erhalten lassen, insbesondere darüber:
 - welche Produkte und Versorgungsmittel für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind,
 - die ich ohne Mithilfe erhalten kann
 Von dem Leistungsträger: ☐ Beratung in der Gesundheitsförderung

67%

-

|

+

OK

Abbrechen

F12

Esc

Der Kostenvoranschlag kann dann über **Senden – Alt+F12** eingereicht werden. Wenn im Fenster **Detailangaben Kostenvoranschlag** keine Hinweise mehr angezeigt werden, wählen Sie **Senden – F12**. Die Felder **Arzt**, **Diagnose**, **ICD-10** und **Verordnungsdatum** sind bei der Beantragung von Pflegehilfsmitteln freizulassen.

Detailangaben
Kostenvoranschlag

Allgemein
Rückmeldungen

Kundendaten

Name
Beispiel
Straße
Himistrasse
17
Vorname
Berta
PLZ/Ort
82319
Starnberg
Geburtsdatum
26.08.1968
Versichertennummer
X793140512

Rezeptdaten

Apotheken-IK
999999999
IK
108018007
Kostenträger
AOK Baden-Württemberg
Dokumente
verordnet
Rezeptstatus
Pflegehilfsmittel
BSNR/LANR
BVG
Arzt
Diagnose
ICD-10

Artikeldaten

Bezeichnung	PZN	Abrechnungsnr.	Abrechnungskz.	Mg/Anzahl	Zuzahlung	Abrechnungspreis
Pflegehilfsmittel		1234567890	0	1	0,00	42,00

Bisherige Rückmeld.
F4

Bearbeiten
F5

Dokument hinzufügen
F6

Dokumente anzeigen
F7

Nachrichten anzeigen
F8

Abr.-Infos Hilfsmittel
F10

Senden
F12

Abbrechen
Esc

Im Modul **Kostenvoranschlag** können Sie den erstellten Kostenvoranschlag und seinen Status jederzeit einsehen.

Kostenvoranschlag							
Filterkriterien Typ: Angebot+Kostenvoranschlag / Erstelldatum bis: 20.05.2025 / Gültigkeitsdatum von: 06.05.2025 / Status: Vorerfasst+Erstellt+Ei							
Kunde	Kostenträger	Typ	Beleg-Nr.	Datum	Status		Summe
Beispiel, Berta	AOK Baden-Württemb.	Kostenvoranschlag	7	20.05.2025	Eingereicht		0,00

5. Rückantwort der Pflegekasse

Die Rückantwort erfolgt in der Regel elektronisch, Sie werden über eine **Notes**-Aufgabe informiert.

Details	Beschreibung	Es ist eine Rückmeldung für den elektronischen Kostenvoranschlag 62302878 für Kunde Beispiel, Berta eingetroffen. Um die Rückmeldung zu öffnen, wählen Sie bitte in der Aufgabenübersicht 'Ausführen'.				
	Anlage	20.05.2025 12:40	Donald	Erledigt		
	Geändert					

Strg	Alt	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12
				Neu	Löschen	Bearbeiten	Info				Erledigt setzen		Ausführen

Über **Ausführen – F12** gelangen Sie in das Modul **Kostenvoranschlag** und die Rückmeldung zu dem betreffenden Kostenvoranschlag wird Ihnen im Fenster **Detailangaben Kostenvoranschlag** angezeigt.

Detailangaben Kostenvoranschlag							
Allgemein		Rückmeldungen					
Vorgangsdaten				Bemerkungen			
Vorgangsnummer	62302878						
Eingereicht am	20.05.2025						
Status	Genehmigt						
Datum	20.05.2025						
Genehmigungsnummer							
Dokumente							
Kontaktdaten							
Kostenträger	AOK Baden-Württemberg						
Sachbearbeiter	Musterkasse82319						
Telefon, Fax	+49 8151 444 20						
Artikeldaten							
Bezeichnung	PZN	Abrechnungsnr.	Abrechnungskz.	Mg/Anzahl	Zuzahlung	Eigenanteil	Abrechnungspreis
Pflegehilfsmittel	1234567890	0		1	4,20	0,00	42,00

Bisherige Rückmeld.	Bearbeiten	Dokument hinzufügen	Dokumente anzeigen	Nachrichten anzeigen	Abr.-Infos Hilfsmittel	OK	Abbrechen
F4	F5	F6	F7	F8	F10	F12	Esc

Überprüfen Sie in der Rückmeldung den **Status** und gegebenenfalls die **Bemerkungen** und schließen Sie das Fenster mit **OK – F12**.

Im Falle des **Status** *Nachbesserung* beachten Sie die Rückmeldungen des Kostenträgers, korrigieren Sie den Kostenvoranschlag über **Bearbeiten – F5** und reichen Sie ihn erneut ein.

Sollten dabei Unklarheiten bezüglich der Rückmeldung auftreten, besteht bei vielen Kostenträgern die Möglichkeit, in deren Webauftritt zum Thema *elektronischer Kostenvoranschlag* zu recherchieren, um Lösungen zu möglichen Problemen zu finden.

Im Falle des **Status** *genehmigt* entfernen Sie den Kostenvoranschlag aus der Liste über **Erledigt setzen – Strg+F11** (verwenden Sie nicht Weiterverarbeiten – Strg+F11).

Wenn für das **Genehmigungsverfahren** eine normale Kassen-IK (beginnend mit 10) vorgeschrieben wurde, empfiehlt es sich, für die zukünftige **Abrechnung** der Pflegehilfsmittel in den **Kundendaten** im Abschnitt **Pflegeversicherung** Feld **Versichertennummer** eine Pflegekasse (beginnend mit 18) anzugeben.

Pflegeversicherung

Kostenträger

Kostenträger-IK

Anschrift

Geben Sie über dieses Feld ggf. die Pflegekasse ein.

Entfernen Sie schließlich die Nachricht im Modul **Notes** über **Erledigt setzen – F10** aus den aktiven Aufgaben.



Wie Sie bei Vorlage der Genehmigung Pflegehilfsmittel abgeben und elektronisch abrechnen können, wird im Tipps&Tricks-Dokument [Abrechnung von Pflegehilfsmitteln](#) beschrieben.