

Häufig gestellte Fragen (FAQ)

zu den Verträgen über die Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln und mit wiederverwendbaren saugenden Bettschutzeinlagen nach § 78 Absatz 1 SGB XI

Sie finden Antworten zu folgenden Themen:

1. Übergangsregelungen bei Vertragsumstellung	1
2. Fragen zum Beitrittsverfahren	4
3. Fragen zu den Vertragsinhalten.....	7
4. Sonstiges.....	16

1. Übergangsregelungen bei Vertragsumstellung	Antworten
<p>Gibt es Übergangsregelungen, damit ich weiterhin meine Kunden mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln versorgen kann, auch wenn ich meinen Beitritt erst nach dem 15.06.2024 erklärt habe?</p>	<p>Der GKV-Spitzenverband hat die bestehenden Altverträge über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln und wiederverwendbaren Bettschutzeinlagen bekanntlich bereits im März 2024 mit Wirkung zum 30.06.2024 gekündigt, um genügend Zeit für eine Vertragsumstellung zu gewähren. Gleichwohl wurde von einigen Leistungserbringenden der Vertragsbeitritt erst nach dem 15.06.2024 erklärt, um ab dem 01.07.2024 nach einem neuen Vertrag versorgen zu können.</p> <p>Im Interesse einer durchgängigen Versorgung der Versicherten weicht der GKV-Spitzenverband daher einmalig von der vertraglich bis zum 15. eines Monats geltenden Frist für die Abgabe der Beitrittserklärungen ab und berücksichtigt alle noch bis zum 30.06.2024 eingegangenen Erklärungen zum 01.07.2024, sodass auch für diese Leistungserbringenden ab dem 01.07.2024 der neue Vertrag gilt und sie nach den neuen Konditionen abrechnen können. Künftige Beitritte müssen entsprechend den vertraglichen Vorgaben bis zum 15. eines Monats erklärt werden.</p>

1. Übergangsregelungen bei Vertragsumstellung	Antworten
<p>Was geschieht, wenn ich erst nach dem 01.07.2024 meinen Beitritt erklärt habe?</p>	<p>Trotz der frühzeitigen Kündigungen gehen auch seit dem 01.07.2024 weitere Beitrittserklärungen beim GKV-Spitzenverband ein. Der GKV-Spitzenverband hat den Pflegekassen daher empfohlen, die Versorgung der Versicherten durch diese Leistungserbringenden während einer Übergangszeit bis zum 31.08.2024 nach den zum 30.06.2024 gekündigten Altverträgen sicherzustellen und entsprechende Abrechnungen weiter zu akzeptieren. Das Vorgehen wurde mit den Kassenartenvertretern auf Bundesebene abgestimmt, so dass damit zu rechnen ist, dass die Pflegekassen der Empfehlung weitgehend folgen.</p>
<p>Bis wann besteht längstens eine Versorgungs- und Abrechnungsberechtigung nach dem gekündigten Altvertrag?</p>	<p>Der GKV-Spitzenverband hat den Pflegekassen eine Übergangszeit bis zum 31.08.2024 empfohlen (siehe vorherige Frage). Sofern die Pflegekassen der Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes folgen, würde für Sie ab dem 01.09.2024 keine Versorgungs- und Abrechnungsberechtigung mehr bestehen, es sei denn, Sie haben rechtzeitig Ihren Vertragsbeitritt erklärt bzw. ein neues Vertragsverhältnis begründet. Sofern dies nicht erfolgt ist, ist anzunehmen, dass Sie keine Versorgungsleistungen mehr durchführen wollen. Die Pflegekassen haben so die Möglichkeit, die Versicherten darüber zu informieren, dass Sie als bisheriger Leistungserbringender ab 01.09.2024 nicht mehr für eine Versorgung zur Verfügung stehen und sie einen neuen Versorgungsberechtigten unter den Vertragspartnern auswählen können.</p> <p>Über aufgrund evtl. noch laufender Vertragsverhandlungen ggf. abweichende Fristen sind die jeweiligen Verhandlungspartner informiert.</p>
<p>Welche Besonderheiten, Erleichterungen und Fristen gelten, wenn ich einem neuen Vertrag beigetreten bin?</p>	<p>Grundsätzlich gelten ab Inkrafttreten des neuen Vertrages, dem Sie beigetreten sind, die vertraglichen Vorgaben und Anforderungen. Es wird allerdings berücksichtigt, dass die Umstellung der Prozesse bzw. deren Anpassung an den neuen Vertrag einen gewissen Zeitraum in Anspruch nehmen kann. Daher wird von Vertragsstrafmaßnahmen bei Auffälligkeiten in der Initialzeit abgesehen.</p> <p>In § 13 Absatz 1 der neuen Verträge ist darüber hinaus festgelegt, dass der neue Vertrag für alle</p>

1. Übergangsregelungen bei Vertragsumstellung	Antworten
	<p>Bestandsversorgungen und Neuversorgungen ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens gilt und bei Bestandsversorgungen die Einholung einer neuen Genehmigung und damit ein neuer Antrag auf Kostenübernahme nicht erforderlich ist. Die Durchführung des Bewilligungs- und Abrechnungsgeschäfts obliegt im Übrigen den Pflegekassen.</p> <p>Sofern es um Fragen des Genehmigungsverfahrens oder der Abrechnung geht, sollte daher ggf. Rücksprache mit der jeweils zuständigen Pflegekasse gehalten werden. An verschiedenen Stellen des Vertrages ist explizit vorgesehen, dass ergänzende Vereinbarungen oder Absprachen zwischen Pflegekassen und Leistungserbringern getroffen werden können.</p> <p>Im Hinblick auf die Abrechnung der Leistungen ist auch § 6 Absatz 1 des Vertrages zu berücksichtigen. Danach hat der Leistungserbringer die von ihm erbrachten Leistungen spätestens innerhalb von 12 Monaten nach der Abgabe der Pflegehilfsmittel mit der Pflegekasse abzurechnen. Die Abrechnung kann daher ggf. zunächst zurückgestellt werden, solange insoweit noch Anpassungen erforderlich sind.</p>

2. Fragen zum Beitrittsverfahren	Antworten
<p>Wie kann ich einem Vertrag beitreten?</p>	<p>Am einfachsten ist es, einem Vertrag online beizutreten. Dafür steht Ihnen auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes unter folgendem Link ein Online-Formular zur Verfügung:</p> <p>> Pflegehilfsmittelverträge: Online-Formular zur Beitrittserklärung</p> <p>Die Vertragspartner, mit denen die Verträge geschlossen sind, werden in dem auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes eingestellten Online-Beitrittsformular angegeben. Bitte beachten Sie, dass neue Verträge technisch bedingt immer zeitversetzt eingestellt werden. Auf der angezeigten Seite ist zunächst die Vertragsversion, gekennzeichnet durch das AC/TK, auszuwählen. Der konkrete Einzelvertrag, dem beigetreten werden soll, ist – in dem Auswahlfeld „Beitrittsvertrag“ - durch den Namen des Vertragspartners (oder wenn dies vom Vertragspartner abgelehnt wird auf andere Weise) gekennzeichnet und kann entsprechend ausgewählt werden.</p>
<p>Welchen Verträgen kann ich beitreten und wo sind die Inhalte der Verträge zu finden?</p>	<p>Die Inhalte der beitriffähigen Verträge sind auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes unter folgendem Link abrufbar:</p> <p>> Pflegehilfsmittelverträge: Online-Formular zur Beitrittserklärung</p> <p>Bei den dort eingestellten Vertragsdokumenten samt Anlagen handelt es sich um Referenzverträge, die Ihnen zur Information dienen. Insgesamt wurden bereits mehr Verträge geschlossen, allerdings etliche mit gleichen Inhalten. Über die eingestellten Dokumente (Referenzverträge) werden somit die Vertragsinhalte aller geschlossenen Verträge, dargestellt. Näheres dazu finden Sie unter der folgenden Frage. Bitte beachten Sie, dass neue Verträge technisch bedingt immer zeitversetzt eingestellt werden.</p>
<p>Warum werden neben den auf der Homepage eingestellten Vertragsversionen im Online-Beitrittsformular noch verschiedene Vertragspartner</p>	<p>Wie unter der vorhergehenden Frage ausgeführt, handelt es sich bei den eingestellten Verträgen um Referenzverträge. Es wurden aber bereits mit weiteren Verhandlungspartnern Verträge geschlossen, die aber mit einem der Referenzverträge identisch sind.</p>

2. Fragen zum Beitrittsverfahren	Antworten
<p>mit Beitrittsverträgen angezeigt, unter denen auszuwählen ist?</p>	<p>Damit Sie die Inhalte der Verträge schnellstmöglich erhalten, stehen diese auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes bereit, um die Information gemäß § 127 Absatz 1 Satz 8 SGB V möglichst einfach zu erteilen. Bitte beachten Sie, dass neue Verträge immer nur mit einem gewissen Zeitverzug eingestellt werden können.</p> <p>Sofern die mit einzelnen Vertragspartnern geschlossenen Verträge inhaltlich identisch sind, liegt ihnen dieselbe Vertragsversion mit demselben AC/TK zugrunde.</p> <p>Eine gesonderte Veröffentlichung jedes einzelnen geschlossenen Vertrages erübrigt sich daher in diesen Fällen. Verträge, die mit einem anderen Inhalt bzw. zu anderen Konditionen geschlossen werden, unterliegen einer anderen Vertragsversion und werden durch ein anderes AC/TK gekennzeichnet.</p>
<p>Warum ist zusätzlich zur Ausfüllung des Online-Formulars noch eine schriftliche Beitrittserklärung erforderlich?</p>	<p>Da mit dem Beitritt eine Vertragsbeziehung begründet wird, muss die Beitrittserklärung schriftlich im Original vorliegen. Nach den vertraglichen Regelungen muss die Beitrittserklärung bis zum 15. eines Kalendermonats unterschrieben beim GKV-Spitzenverband eingegangen sein, damit zum 1. des Folgemonats versorgt werden kann.</p>
<p>Benötigen Apotheken eine Präqualifizierung?</p>	<p>Bei einem Beitritt zu den neuen Beitrittsverträgen über die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln benötigen Apotheken seit dem 01.04.2024 für den Versorgungsbereich 19B bzw. 19D (neu) keinen Präqualifizierungsnachweis mehr.</p>
<p>Wie können Apotheken im Online-Beitrittsformular ihren Beitritt erklären?</p>	<p>Derzeit ist im Online-Beitrittsformular die Angabe der Präqualifizierungsdaten aus technischen Gründen noch zwingend vorgegeben. Beitretende Apotheken müssen dort derzeit ihre bisherigen Präqualifizierungsdaten angeben, auch wenn Apotheken seit dem 01.04.2024 für diese Versorgung keinen Präqualifizierungsnachweis mehr benötigen.</p> <p>Apotheken, die jetzt oder in naher Zukunft keine gültige Präqualifizierung mehr haben, müssen sich die Beitrittserklärung aus den auf der Homepage eingestellten Vertragsdokumenten (Anlage 5)</p>

2. Fragen zum Beitrittsverfahren	Antworten
	ausdrucken und postalisch eine schriftliche Beitrittserklärung mit Angabe des AC/TK und des entsprechenden Beitrittsvertrages zusenden. Die technischen Voraussetzungen, um dieses Verfahren abzulösen, werden schnellstmöglich geschaffen.

3. Fragen zu den Vertragsinhalten	Antworten
Abgabe/Lieferung (§ 2 des Vertrages)	
Welche Gebindegrößen bzw. Mengeneinheiten dürfen abgegeben werden?	<p>Die Vereinbarung von stückbezogenen Preisen dient der Erleichterung der Abrechnung und der digitalen Prozesse. Auf diese Weise können die Preise für unterschiedliche Abgabemengen bzw. Gebindegrößen berechnet werden. Dies garantiert eine bedarfsgerechte Versorgung. Es handelt sich bei dem Stückpreis folglich um eine Rechengröße und nicht um eine verbindliche Vorgabe zu Abgabemengen bzw. Gebindegrößen.</p> <p>Die Versorgung erfolgt demgegenüber bedarfsgerecht. Hierbei können unterschiedliche Gebindegrößen bzw. Mengen in Betracht kommen. Die Angaben zu den üblichen Abgabemengen in der Anlage¹ haben allein informativ Charakter, um deutlich zu machen, dass die Produkte nicht einzeln/stückweise abgegeben werden müssen.</p>
Wie kann die Abgabe bzw. Lieferung der Pflegehilfsmittel erfolgen?	<p>Die Abgabe der Pflegehilfsmittel erfolgt entweder durch eine persönliche Übergabe in den Geschäftsräumen des Leistungserbringers oder per Versand frei Haus an die Wohnanschrift des Versicherten bzw. an eine andere vom Versicherten benannte Adresse. Lieferungen an den Pflegedienst sind vertraglich ausgeschlossen.</p>
Muss der Leistungserbringer sowohl eine Abgabe der Pflegehilfsmittel im Geschäftslokal als auch einen Versand der Pflegehilfsmittel anbieten?	<p>Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden auf unterschiedlichen Vertriebswegen abgegeben (Abgabe über ein Geschäftslokal und Postversand). Die neuen Verträge bilden die unterschiedlichen Vertriebswege ab. Die Vertragsteilnehmer sind aber nicht verpflichtet, gleichzeitig beide Vertriebswege anzubieten.</p>
Ist es in Einzelfällen möglich, die Hilfsmittel für eine pflegebedürftige Person an den Pflegedienst auszuliefern, welcher die betroffene Person versorgt?	<p>Mit dem neuen Vertrag soll eine deutlichere Trennung der häuslichen Pflege durch eine private Pflegeperson und der Pflege durch einen Pflegedienst erreicht werden, damit die Produkte zweifelsfrei ausschließlich von der privaten Pflegeperson verwendet werden. Der Vertrag bietet dabei ausreichende Möglichkeiten, damit eine Lieferung der Produkte an die Versicherten erfolgen kann.</p> <p>Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson benötigt. Dies ist eine Leistungsvoraussetzung. Daher kann eine Entgegennahme der Pflegehilfsmittel z. B.</p>

3. Fragen zu den Vertragsinhalten	Antworten
	<p>durch diese Person erfolgen. Eine Zustellung der Pflegehilfsmittel kann auch an einen Angehörigen oder eine andere vom Versicherten benannte Adresse, z. B. Nachbarn, erfolgen. Bei der Lieferung über Zustelldienste sind unterschiedliche Zustellmöglichkeiten wie z. B. Abgabe beim Nachbarn, die Lieferung an eine Packstation, die Angabe eines Ablageortes oder ähnliches zulässig. Der neue Vertrag eröffnet zudem die Möglichkeit, sich die benötigten Pflegehilfsmittel nicht nur monatlich, sondern ggf. auch in größeren Zeiträumen von bis zu drei Monate liefern zu lassen, so dass nur wenige Liefertermine im Jahr anfallen.</p> <p>Eine Lieferung an oder über Pflegedienste wird daher vertraglich grundsätzlich ausgeschlossen und darf vom Leistungserbringer nicht von sich aus angeboten werden. Sollte ein Versicherter im Einzelfall trotz Information über die dargestellten unterschiedlichen Liefer- und Zustellmöglichkeiten von sich aus auf der Lieferung über einen Pflegedienst bestehen, sollte der Leistungserbringer die zuständige Pflegekasse kontaktieren, um das Vorgehen abzustimmen.</p>
Beratung (§ 3 Abs. 1 bis 3 des Vertrages)	
Die Beratung hat nach dem Vertrag durch geschulte Fachkräfte zu erfolgen. Was sind geschulte Fachkräfte?	<p>Die Mitarbeiter, die die Beratung durchführen, müssen ausreichende Kenntnisse über die zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel und die Versorgung mit ihnen haben. Es wird keine bestimmte berufliche Qualifikation bzw. Ausbildung gefordert. Es soll allein sichergestellt sein, dass nicht fachfremdes Personal, die sich in der Versorgung nicht auskennen, über die Produkte beraten und damit versorgen. Hiervon zu unterscheiden sind die Anforderungen an die fachlichen Leitungen im Sinne der Präqualifizierung des Versorgungsbereichs 19B.</p>
Welche Anforderungen gelten für die Beratung der Versicherten? Was ist unter persönlicher Beratung zu verstehen?	<p>Die Beratung kann in unterschiedlichen Formen durchgeführt werden. Gemäß der Anlage 2 des Vertrages kann die Beratung in den Geschäftsräumen des Leistungserbringers, als individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat) oder als</p>

3. Fragen zu den Vertragsinhalten	Antworten
	<p>Beratung in der Häuslichkeit erfolgen. Unabhängig von der Form der Beratung gilt folgendes:</p> <p>Erforderlich ist eine persönliche Beratung der Versicherten oder des Versicherten, d.h. es muss eine individuelle Beratung erfolgen, in der auf konkrete Fragen des Versicherten und dessen persönliche Situation eingegangen werden kann. Videofilme oder KI-basierte Video-Chats erfüllen diese Voraussetzung nicht.</p> <p>Die Beratung muss durch geschulte Fachkräfte erfolgen.</p> <p>Inhaltlich ist insbesondere über die für die konkrete Versorgungssituation geeigneten und notwendigen Pflegehilfsmittel zu beraten.</p> <p>Die Beratung ist in dem Formular gemäß Anlage 2 des Vertrages zu dokumentieren. Es ist davon auszugehen, dass eine Beratung in der Regel immer stattfindet, da auch schon bei der bedarfsgerechten Produktauswahl Informationen erteilt werden müssen. Sollte der Versicherte von sich aus eine Beratung ablehnen, ist dies vom Versicherten auf dem Formular der Anlage 2 am Rand zu dokumentieren.</p> <p>Der Leistungserbringer hat den Versicherten bzw. die Versicherte darüber hinaus gemäß § 3 Absatz 2 SGB V ferner darüber aufzuklären, dass er oder sie die Kosten, die den monatlichen Höchstbetrag nach § 40 Absatz 2 Satz 1 SGB XI bzw. den von der Kostenübernahmeerklärung umfassten Betrag überschreiten, selbst zu tragen hat; der bzw. die Versicherte hat diese Aufklärung in dem Antragsformular (Anlage 2) durch seine/ihre Unterschrift zu bestätigen.</p>
<p>Können die Kosten für die Beratung dem Versicherten zusätzlich in Rechnung gestellt werden?</p>	<p>Durch die vertraglich vereinbarte Vergütung sind alle vertraglich vorgesehenen Leistungen abgegolten, darunter auch die Beratung. Die Beratungspflicht ist nicht neu. Auch in der Vergangenheit war eine Beratung erforderlich. Neu ist allenfalls die Beratungsdokumentation, die aber in den Kostenübernahmeantrag (Anlage 2) integriert ist, um den administrativen Mehraufwand zu minimieren.</p>
<p>Kann das Layout des Formulars für den Kostenantrag (Anlage 2)</p>	<p>Gemäß § 3 Absatz 4 des Vertrages soll der Kostenvoranschlag grundsätzlich im Wege des</p>

3. Fragen zu den Vertragsinhalten	Antworten
<p>verändert werden? Ist der Aufdruck einer Versicherten-/Bearbeitungsnummer zulässig?</p>	<p>elektronisches Kostenvoranschlagsverfahrens an die Pflegekasse übermittelt werden, soweit ein solches Verfahren bei der Pflegekasse vorgesehen und eingerichtet ist. In diesem Fall ergeben sich die Anforderungen an die Form der Übermittlung aus den Informationen, die die jeweilige Pflegekasse zu diesem Verfahren bereitstellt.</p> <p>Wird der Antrag nicht im Wege eines elektronischen Kostenvoranschlagsverfahrens eingereicht, ist gemäß dem Vertrag hierfür ausschließlich das Antragsformular gemäß Anlage 2 des Vertrages zu verwenden. Im Interesse eines zügigen Verfahrens muss dieses maschinenlesbar sein und darf daher nicht ergänzt oder verändert werden.</p> <p>Hintergrund für diese Regelung ist der Umstand, dass eine Maschinenlesbarkeit der papiergebunden eingereichten Kostenanträge nur gewährleistet ist, wenn das Formular in seiner Struktur und seinen Inhalten nicht verändert wird. Veränderungen am Layout dürfen daher nicht vorgenommen werden. Auf den freien Flächen des Formulars oben, unten oder seitlich können allerdings zusätzliche Informationen wie z. B. ein Barcode oder eine Versicherten- bzw. Vorgangsnummer aufgebracht werden, um das Formular in der eigenen Systemverwaltung eindeutig zuordnen zu können.</p>
<p>Wie ist mit monatlichen Änderungen des Bedarfs umzugehen? Muss in diesen Fällen eine neue Genehmigung beantragt oder die zu liefernde Menge immer mit der Pflegekasse abgestimmt werden?</p>	<p>Nach dem Vertrag kann das Vorgehen bei Veränderungen des Bedarfs innerhalb des genehmigten Höchstbetrages individuell mit der Pflegekasse vereinbart werden.</p> <p>Lediglich bei Bedarfsänderungen bzw. Änderungen der Produktzusammenstellung, die zur Überschreitung des genehmigten Betrages führen, ist daher prinzipiell immer erst eine neue Genehmigung einzuholen.</p> <p>Innerhalb des genehmigten Betrages sind Änderungen bei der Produktzusammenstellung und Abgabemenge dagegen häufig ohne weiteres möglich. In diesen Fällen verzichten viele Pflegekassen bislang schon auf die Einreichung eines neuen Antrags. Die vertragliche Regelung soll sicherstellen, dass diese von vielen Pflegekassen bisher schon geübte Praxis unverändert beibehalten werden kann. Da es sich um einen</p>

3. Fragen zu den Vertragsinhalten	Antworten
	<p>bundesweit für alle Pflegekassen geltenden Vertrag handelt und die Praxis insoweit nicht ganz einheitlich ist, war eine weitergehende Regelung und Vereinheitlichung im Vertrag nicht möglich. In Zweifelsfällen sollte daher mit der zuständigen Pflegekasse Rücksprache gehalten werden.</p>
Abrechnung (§ 5 des Vertrages)	
Wozu dient die in § 5 Absatz 5 des Vertrages geregelte Abschlagspositionsnummer?	<p>Die im Vertrag vorgesehene Abschlagspositionsnummer 54.00.99.0088 dient dazu, in der Abrechnung die Summe des Rechnungsbetrags je Einzelrechnung, um die Differenz des die 40 Euro übersteigenden Betrages zu kürzen. Sofern der Rechnungsbetrag in der Summe der Einzelpositionen den gesetzlich geregelten maximalen Höchstbetrag der monatlichen Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel von 40 Euro überschreitet, ist der die 40 Euro übersteigende Betrag unter dieser Abschlagsposition gesondert auszuweisen. Diese Abschlagsposition wird allerdings nicht von allen Pflegekassen, denen die Durchführung des Bewilligungs- und Abrechnungsgeschäfts obliegt, bei der Abrechnung verwendet. Es sind diesbezüglich daher die jeweiligen Verfahrensabsprachen mit den einzelnen Pflegekassen zu beachten.</p> <p>Die Abschlagsposition ist nicht zu verwechseln mit einer gesetzlichen Zuzahlung durch Versicherte für die Versorgung mit Hilfs- bzw. Pflegehilfsmitteln. Bei der Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 40 Absatz 2 SGB XI ist keine gesetzliche Zuzahlung durch die Versicherten zu leisten (vgl. § 40 Absatz 3 SGB XI).</p>
Unzulässiges Verhalten (§ 7 des Vertrages)	
Was ist der Hintergrund für die umfangreichen neuen Regelungen zum unzulässigen Verhalten im Vertrag?	<p>Die Regelungen zum unzulässigen Verhalten und zu den Vertragssanktionen in § 7 und § 9 des Vertrages wurden insbesondere auch aufgrund praktischer Erfahrungen mit einzelnen Leistungserbringern in der Vergangenheit neu ausgestaltet. Seitens des GKV-Spitzenverband wird klargestellt, dass den Leistungserbringern auch weiterhin eine sachliche Werbung und sachliche Informationen über die Versorgung Pflegehilfsmitteln</p>

3. Fragen zu den Vertragsinhalten	Antworten
	möglich sein soll, wie sich ausdrücklich auch aus dem ersten Unterabsatz in § 7 Abs. 1 des Vertrages ergibt.
<p>Was ist aufgrund der neuen Regelungen im Vertrag nicht zulässig?</p>	<p>Im Rahmen der Regelungen zum unzulässigen Verhalten sind nach dem neuen Vertrag bei den zur Verfügung gestellten Informationen und der Werbung des Leistungserbringers folgende Anforderungen zu beachten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es darf durch Informationen und die Werbung nicht der Eindruck entstehen, bei dem in § 40 Abs. 2 SGB XI genannten Betrag von 40,00 Euro handele es sich um einen festen Betrag oder einen Pauschalbetrag von 40,00 € und nicht um einen Maximalbetrag. Versicherte sollen im Rahmen einer Leistung aus der Sozialversicherung bedarfsgerecht versorgt werden und können gemäß ihrem individuellen Bedarf zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel in Höhe eines Betrages von bis zu 40,00 € pro Monat erhalten. - Bei einer Bestellung von Pflegehilfsmitteln über eine Homepage ist die Einbindung eines Mindestbestellwertes nicht zulässig. Dies widerspricht dem Grundsatz einer bedarfsgerechten Versorgung und stellt eine unzulässige Beeinflussung der Versicherten dar. - Vorkonfigurierte Zusammenstellungen von zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln, die nicht einfach individuell an den Bedarf des Versicherten angepasst werden können, sind nicht vertragskonform. Die individuelle Konfigurationsmöglichkeit durch den Versicherten muss transparent und sichtbar sein. - Es muss die Möglichkeit einer individuellen Zusammenstellung von zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln geben. Auf diese Möglichkeit sowie die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer telefonischen Beratung muss (auch) auf der Homepage gut sichtbar hingewiesen werden. - Die Beifügung von Gratisproben bzw. -produkten ist nach dem Vertrag nicht gestattet.

3. Fragen zu den Vertragsinhalten	Antworten
	<ul style="list-style-type: none"> - Die Wahlfreiheit der Versicherten zwischen allen vertragsgebundenen Leistungserbringern ist zu gewährleisten und darf durch einen Verband oder die Leistungserbringer, insbesondere im Zusammenhang mit einer Werbung (§ 7), nicht eingeschränkt werden.
<p>Dürfen nach dem Vertrag sog. Boxen mit Pflegehilfsmitteln abgegeben werden?</p>	<p>Es ist nicht vertragskonform, wenn ausschließlich vorkonfigurierte Zusammenstellungen von zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln angeboten und abgegeben werden, die nicht individuell an den Bedarf des Versicherten angepasst werden können. Im Vordergrund muss immer eine individuelle, bedarfsgerechte Versorgung und Produktauswahl stehen. Dies muss der Charakter der Darstellung widerspiegeln. Wenn beispielhaft vorkonfigurierte Boxen angeboten werden, um die Produktauswahl zu erleichtern, dürfen diese nicht abschließend sein. Die Möglichkeit einer individuellen Anpassung der Boxen und einer freien Zusammenstellung der Produkte muss gegeben und gut erkennbar sein. Auf der Homepage des Anbieters müssen die Möglichkeiten einer individuellen Zusammenstellung von zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gut sichtbar angeboten werden. Ob die Auslieferung dann in einer Zusammenstellung bzw. einem Paket erfolgt, ist unerheblich.</p>
<p>Dürfen Unterauftragnehmer eingesetzt werden?</p>	<p>Der Leistungserbringer darf Dritten im Zusammenhang mit der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln keine Zuwendungen gewähren. Dies gilt insbesondere für die Zahlung von Vermittlungsprovisionen an Pflegedienste. Damit wird nicht jede Form der Zusammenarbeit mit Unterauftragnehmern ausgeschlossen. Auch beim Einsatz von Unterauftragnehmern sind alle gesetzlichen Pflichten bei der Versorgung einzuhalten.</p>
<p>Anlage 1 Preisvereinbarung</p>	
<p>Welche Gebindegrößen bzw. Abgabemengen dürfen abgerechnet werden?</p>	<p>Die Vereinbarung von stückbezogenen Preisen dient der Erleichterung der Abrechnung und bedarfsgerechten Versorgung. Auf diese Weise können die Preise für unterschiedliche Abgabemengen und Gebindegrößen berechnet werden. Bei der Angabe des Stückpreises in der Preisvereinbarung handelt sich nicht um eine</p>

3. Fragen zu den Vertragsinhalten	Antworten
	verbindliche Vorgabe. Die Angabe zu den üblichen Abgabemengen in der Anlage 1 hat informatorischen Charakter, um deutlich zu machen, dass die Produkte nicht einzeln stückweise abgegeben werden müssen. Die Versorgung erfolgt demgegenüber mit bedarfsgerechten Abgabemengen. Hierbei können unterschiedliche Gebindegrößen verwendet werden und zum Einsatz kommen.
Wie viele wiederverwendbare waschbare Bettschutzeinlagen werden von den Pflegekassen im Jahr übernommen? Gibt es insoweit Richtwerte?	Die Versorgung und Genehmigung von wiederverwendbaren Bettschutzeinlagen der Produktgruppe 51 des Pflegehilfsmittelverzeichnisses nach § 78 Absatz 1 SGB XI richtet sich ebenfalls nach dem jeweiligen Bedarf des Versicherten. Eine pauschale Aussage, welche Anzahl von Produkten genehmigungsfähig ist, kann nicht getroffen werden.
Handelt es sich bei dem in § 40 Abs. 2 SGB IX genannten Betrag von 40 Euro um eine Brutto- oder um einen Nettobetrag?	Es handelt sich um einen Bruttobetrag.
Wie ist auf Grundlage der Preisvereinbarung in der Anlage 1 des Vertrages der Bruttopreis inkl. Mehrwertsteuer zu berechnen?	Entsprechend den Abrechnungsregelungen erfolgt die Berechnung des Bruttopreises unabhängig von der Gebindegröße wie folgt: (Stück x Preis) x MwSt.
Wie ist mit Rundungsdifferenzen umzugehen?	Bruttobetrag = (Einzelbetrag mit zwei Nachkommastellen + (ggfs.) MwSt.-Betrag) * Menge Es wird empfohlen, mit einer größeren Anzahl an Nachkommastellen zu rechnen und erst das Endergebnis kaufmännisch zu runden.
Kann für die Abgabe höherwertiger Produkte ein Mehrpreis zu den vertraglichen Preisen angesetzt werden?	Nach dem Vertrag sind Produkte zum Vertragspreis abzugeben, die mindestens die Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses erfüllen. Die abgegebenen Produkte können, müssen aber nicht höhere Anforderungen erfüllen. Es kann in jedem Fall allein der vertragliche vereinbarte Preis abgerechnet werden.
Anlage 2 Antrag auf Kostenübernahme	
Kann auch der Preis für eine Verpackungseinheit in der Anlage 2 angegeben werden?	Nein, der anzugebende Netto- und Bruttobetrag ist jeweils aus dem Stückpreis und der Abgabemenge pro Position (beim Bruttopreis zzgl. Mehrwertsteuer) zu ermitteln.

3. Fragen zu den Vertragsinhalten	Antworten
Anlage 3 Erklärung zum Erhalt von Pflegehilfsmitteln	
Darf die Anlage 3 verändert werden?	Ja, allerdings sind Inhalte der Anlage 3 zu beachten.
Müssen auf dem Lieferschein Preise aufgeführt sein?	Gemäß § 5 Absatz 4 Satz 4 des Vertrages muss der Lieferschein die Angabe der gelieferten Artikel und Liefermenge enthalten und ist beim Leistungserbringer mindestens 6 Jahre aufzubewahren und der Pflegekasse auf Verlangen unverzüglich vorzulegen. Die Angabe der Preise auf dem Lieferschein ist daher nicht erforderlich.
Anlage 5 Beitrittserklärung Leistungserbringer	
Dient die Anlage 5 <i>Beitrittserklärung Leistungserbringer</i> dazu, den Beitritt zu erklären?	Nein, die Anlage 5 des Vertrages über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmittel dient nur als Muster. Es ist das Onlineformular zu verwenden (s. o.)

4. Sonstiges	Antworten
<p>Darf bei den Altverträgen noch von den Vertragspreisen abgewichen werden?</p>	<p>Bei der vom GKV-Spitzenverband während und nach der Corona-Pandemie eröffneten Möglichkeit, von den Vertragspreisen abweichen zu können, handelte es sich um eine an die Pflegekassen gerichtete Empfehlung. Da der GKV-Spitzenverband seit Beginn des Jahres diverse neue Verträge geschlossen hat und von ihm eine komplette Vertragsumstellung in die Wege geleitet wurde, hat er die Pflegekassen per Rundschreiben darüber informiert, dass die Empfehlung zur Möglichkeit des Abweichens von den vereinbarten Vertragspreisen ab dem 01.03.2024 nicht mehr aufrechterhalten wird. Der Hinweis auf diese Möglichkeit wurde dementsprechend zum gleichen Zeitpunkt von der Homepage des GKV-Spitzenverbandes genommen.</p>