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	**Fragen zum Beitrittsverfahren**	**2**
2	**Fragen zu den Vertragsinhalten**	**4**
3	**Sonstiges**	**17**

1 Fragen zum Beitrittsverfahren	Antworten
Wie kann ich einem Vertrag beitreten?	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: > Pflegehilfsmittelverträge: Online-Formular zur Beitrittserklärung 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.
Welchen Verträgen kann ich beitreten und wo sind die Inhalte der Verträge zu finden?	Die Inhalte der beitrittsfähigen Verträge sind auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes unter folgendem Link abrufbar: > Pflegehilfsmittelverträge: Online-Formular zur Beitrittserklärung 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.
Warum werden neben den auf der Homepage eingestellten Vertragsversionen im Online-Beitrittsformular noch verschiedene Vertragspartner	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.

1 Fragen zum Beitrittsverfahren	Antworten
mit Beitrittsverträgen angezeigt, unter denen auszuwählen ist?	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. Sofern die mit einzelnen Vertragspartnern geschlossenen Verträge inhaltlich identisch sind, liegt ihnen dieselbe Vertragsversion mit demselben AC/TK zugrunde. 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.
Warum ist zusätzlich zur Ausfüllung des Online-Formulars noch eine schriftliche Beitrittserklärung erforderlich?	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.
Benötigen Apotheken eine Präqualifizierung?	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.

2 Fragen zu den Vertragsinhalten	Antworten
Abgabe/Lieferung (§ 2 des Vertrages)	
Welche Gebindegrößen bzw. Mengeneinheiten dürfen abgegeben werden?	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. 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 informatorischen Charakter, um deutlich zu machen, dass die Produkte nicht einzeln/stückweise abgeben werden müssen.
Wie kann die Abgabe bzw. Lieferung der Pflegehilfsmittel erfolgen?	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.
Muss der Leistungserbringer sowohl eine Abgabe der Pflegehilfsmittel im Geschäftslokal als auch einen Versand der Pflegehilfsmittel anbieten?	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden auf unterschiedlichen Vertriebswegen abgegeben (Abgabe über eine Geschäftslokal und Postversand). Die neuen Verträge bilden die unterschiedlichen Vertriebswege ab. Die Vertragsteilnehmer sind aber nicht verpflichtet, gleichzeitig beide Vertriebswege anzubieten.
Ist es in Einzelfällen möglich, die Hilfsmittel für eine pflegebedürftige Person an den Pflegedienst auszuliefern, welcher die betroffene Person versorgt?	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. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson benötigt. Dies ist eine Leistungsvoraussetzung. Daher

2 Fragen zu den Vertragsinhalten	Antworten
	kann eine Entgegenahme der Pflegehilfsmittel z. B. 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. 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.
Dürfen nach den Verträgen auch Produkte zur Hand- und Körperreinigung an Versicherte abgeben und mit den Pflegekassen abgerechnet werden?	Die Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln hat nach Maßgabe der jeweils aktuellen Anforderungen des Pflegehilfsmittelverzeichnisses an die Qualität der Versorgung und der Produkte zu erfolgen zu erfolgen (vgl. § 2 Absatz 3 der Pflegehilfsmittelverträge). Gemäß § 7 Absatz 3 der Pflegehilfsmittelverträge ist die Versorgung mit nicht in § 1 Absatz 1 und 2 und der Anlage 1 der Verträge genannten Produkten nicht zulässig. Wie sich aus der Auflistung in den Anlagen 1 und 2 der Verträge und der dortigen Bezugnahme auf die entsprechenden Positionsnummern des Pflegehilfsmittelverzeichnisses ergibt, werden von den Pflegehilfsmittelverträgen unter anderem folgende Produkte erfasst: Händedesinfektionsmittel 54.99.02.0001

2 Fragen zu den Vertragsinhalten	Antworten
	Flächendesinfektionsmittel 54.99.02.0002 Händedesinfektionstücher 54.99.02.0014 Flächendesinfektionstücher 54.99.02.0015 Hände- und Flächendesinfektionsmittel dienen dem Schutz der Pflegebedürftigen und der Pflegepersonen bei der Durchführung der häuslichen Pflege durch private Pflegepersonen, insbesondere durch Angehörige, und sollen einen besonderen Bedarf berücksichtigen, der sich aus der Notwendigkeit pflegerischer Maßnahmen durch Angehörige oder andere private Pflegepersonen bei pflegebedürftigen Versicherten ergibt. Gemäß der Beschreibung der Produktart 54.99.02.0 des Pflegehilfsmittelverzeichnisses werden Desinfektionsmittel unabhängig von ihrer Darreichungsform erfasst, so dass ihr sowohl Flüssigdesinfektionsmittel als auch Desinfektionstücher unterfallen. Auch in Bezug auf die Flüssigdesinfektionsmittel wird keine bestimmte Darreichungsform vorausgesetzt, so dass auch Desinfektionsmittel in Gelform möglich sind. Entscheidend ist die ausschließliche Funktion und herstellerseitige Zweckbestimmung als Desinfektionsmittel. Produkte zur Hand- und Körperreinigung in Form von Waschlotionen und Seifen weisen eine anderen Zweckbestimmung und Funktion als Desinfektionsmittel auf. Aufgrund ihrer anders gearteten Zweckbestimmung sind sie nicht mit den im Pflegehilfsmittelverzeichnis und den Pflegehilfsmittelverträgen vorgesehenen Desinfektionsmitteln gleichzusetzen, da sie unabhängig von der pflegerischen Situation benötigt werden und als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens keine Leistung der sozialen Pflegeversicherung darstellen. Die Abgabe und Abrechnung anderer als vom Vertrag erfasster Produkte im Rahmen der Versorgung von Versicherten auf Grundlage dieser Verträge und die Werbung mit ihnen ist als nicht vertragsgemäßes Verhalten ansehen, das auch entsprechende

2 Fragen zu den Vertragsinhalten	Antworten
	Vertragsmaßnahmen gemäß § 9 der Verträge auslösen kann.
Beratung (§ 3 Absatz 1 bis 3 des Vertrages)	
Die Beratung hat nach dem Vertrag durch geschulte Fachkräfte zu erfolgen. Was sind geschulte Fachkräfte?	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.
Welche Anforderungen gelten für die Beratung der Versicherten? Was ist unter persönlicher Beratung zu verstehen?	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 Beratung in der Häuslichkeit erfolgen. Unabhängig von der Form der Beratung gilt folgendes: 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. Die Beratung muss durch geschulte Fachkräfte erfolgen. Inhaltlich ist insbesondere über die für die konkrete Versorgungssituation geeigneten und notwendigen Pflegehilfsmittel zu beraten. 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

2 Fragen zu den Vertragsinhalten	Antworten
	vom Versicherten auf dem Formular der Anlage 2 am Rand zu dokumentieren. 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.
Können die Kosten für die Beratung dem Versicherten zusätzlich in Rechnung gestellt werden?	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 (Anlage2) integriert ist, um den administrativen Mehraufwand zu minimieren.
Kann das Layout des Formulars für den Kostenantrag (Anlage 2) verändert werden? Ist der Aufdruck einer Versicherten-/Bearbeitungsnummer zulässig?	Gemäß § 3 Absatz 4 des Vertrages soll der Kostenvoranschlag grundsätzlich im Wege des 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. 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. 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

2 Fragen zu den Vertragsinhalten	Antworten
	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.
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?	Nach dem Vertrag kann das Vorgehen bei Veränderungen des Bedarfs innerhalb des genehmigten Höchstbetrages individuell mit der Pflegekasse vereinbart werden. Lediglich bei Bedarfsänderungen bzw. Änderungen der Produktzusammenstellung, die zur Überschreitung des genehmigten Betrages führen, ist daher prinzipiell immer erst eine neue Genehmigung einzuholen. 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 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.
Abrechnung (§ 5 des Vertrages)	
Auf welcher Rechtsgrundlage basiert die Abrechnung der abgegebenen Pflegehilfsmittel?	Gemäß § 5 Absatz 1 der neuen Verträge gelten für das Abrechnungsverfahren grundsätzlich die Regelungen für den Datenaustausch nach § 105 Absatz 2 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung. Die Pflegekassen können mit den Leistungserbringern darüber hinaus Näheres zur Abrechnung vereinbaren, insbesondere auch die vorübergehende Abrechnung nach §§ 302, 303 SGB V, solange einzelne Funktionalitäten im Datenaustausch nach § 105 Absatz 2 SGB XI noch nicht vollständig zur Verfügung stehen. Insofern können bei der Umsetzung

2 Fragen zu den Vertragsinhalten	Antworten
	der neuen Verträge im Rahmen der Abrechnung derzeit sowohl das Abrechnungsverfahren nach § 105 SGB XI als auch dasjenige nach § 302 SGB V zur Anwendung kommen. Einzelfragen des Abrechnungsverfahrens sind mit den Pflegekassen zu klären.
Innerhalb welcher Frist müssen die Leistungen abgerechnet werden?	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.
Welche Preise können abgerechnet werden und bis zu welcher Höhe insgesamt? Gibt es Besonderheiten, die bei der Abrechnung zu beachten sind?	Es dürfen nur die Leistungen abgerechnet werden, die tatsächlich im Einzelfall von dem Versicherten benötigt werden. Dies bedeutet, dass der gesetzliche monatliche Höchstbetrag nach § 40 Absatz 2 Satz 1 SGB XI für die zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel nicht ausgeschöpft werden muss. Für wiederverwendbare saugende Bettschutzeinlagen der Produktgruppe 51 des Hilfsmittelverzeichnisses vermindert sich die Vergütung durch die zuständige Pflegekasse um die vom Versicherten zu leistende gesetzliche Zuzahlung. Sofern die Versorgung vertragskonform erbracht wurde, können jeweils die Preise abgerechnet werden, die in der Anlage 1 (Preisvereinbarung) des Vertrags, den Sie geschlossen haben bzw. dem Sie beigetreten sind oder an dem Sie teilnehmen aufgeführt sind. Mit den dort ausgewiesenen Vergütungen sind die mit der Leistungserbringung in Zusammenhang stehenden und vertraglich vereinbarten Dienst– und Serviceleistungen abgegolten. Eine gesonderte Vergütung, insbesondere für Verpackungsmaterial, Versand, Transport und Verwaltungskosten, steht dem Leistungserbringer nicht zu und darf von ihm auch vom Versicherten nicht gefordert werden. Bei den Vergütungen handelt es sich um Nettobeträge ohne Umsatzsteuer, d. h., die am Tage der Abgabe der Hilfsmittel gültige Umsatzsteuer kommt hinzu. Der monatliche Höchstbetrag für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 2 Satz 1 SGB XI kann je versicherter Person für jeden begonnenen Kalendermonat nur einmal abgerechnet

2 Fragen zu den Vertragsinhalten	Antworten
	werden, jedoch erstmals für den Monat, ab dem eine Genehmigung durch die Pflegekasse vorliegt. Dies gilt auch bei einem Wechsel des Leistungserbringers. Beginnt die Versorgung eines Versicherten im laufenden Kalendermonat, so wird für diesen Monat eine Vergütung maximal bis zu dem gesetzlich vorgesehenen monatlichen Höchstbetrag nach § 40 Absatz 2 Satz 1 SGB XI gezahlt. Gemäß § 5 Absatz 5 der neuen Verträge sind in der Abrechnung grundsätzlich alle abgegebenen Pflegehilfsmittel gemäß der Anlage 1 im Datensatz zu übermitteln, soweit mit der Pflegekasse nichts anderes vereinbart ist. Insofern ist die Struktur der Preisvereinbarung nach dem Vertrag grundsätzlich auch für die Abrechnung maßgeblich.
Welche Menge bzw. welcher Faktor ist in der Abrechnung anzugeben?	Um den unterschiedlichen individuellen Bedarfen und den damit zusammenhängenden Gebinde- bzw. Packungsgrößen oder bei den Desinfektionsmitteln den unterschiedlichen Abfüllmengen Rechnung zu tragen, ist bei der Abrechnung darauf zu achten, dass sich die in der Preisvereinbarung (Anlage 1 des Vertrags) ausgewiesenen Vergütungen/Preise auf bestimmte in der Spalte Rechengröße angegebene Mengeneinheiten beziehen (1 Stück bzw. 100 ml). Es handelt sich somit um Preise für eine bestimmte Mengeneinheit. In der Anlage 2 des Vertrags und bei der Abrechnung ist daher jeweils der Faktor anzugeben, mit dem der Preis je Mengeneinheit zu multiplizieren ist, um den Gesamtpreis für die tatsächlich abgegebene Menge zu ermitteln. **Beispiel:** Ausgewiesener Preis für Flächendesinfektionsmittel: 1,14 Euro (Preis je Mengeneinheit) pro 100 ml (Rechengröße). Werden zum Beispiel 500 ml Flächendesinfektionsmittel bedarfsweise abgegeben, entspricht dies der 5-fachen Menge/Rechengröße, sodass hier der Faktor 5 anzugeben wäre. **Sofern Sie das Risiko der Abweisung von Rechnungen vermeiden wollen, sollten Sie bei der Abrechnung**

2 Fragen zu den Vertragsinhalten	Antworten
	daher für jede Vertragsposition, die abgerechnet wird, den Faktor und die Rechengröße angeben. Der Gesamtpreis ermittelt sich wie folgt: Faktor/x-faches der Rechengröße x Vertragspreis/Rechengröße = Nettogesamtpreis Der Bruttobetrag ergibt sich dann, indem für jede Vertragsposition auf den Nettogesamtpreis die Mehrwertsteuer hinzugerechnet wird. Außerdem ist in der Abrechnung der Gesamtbetrag Brutto als Summe über alle Abrechnungspositionen des Abrechnungsfalls anzugeben. Weitere Informationen, beispielsweise zum Umgang mit Rundungsdifferenzen, finden Sie im Unterkapitel *Anlage 1 Preisvereinbarung* weiter unten.
Wozu dient die in § 5 Absatz 5 des Vertrages geregelte Abschlagspositionsnummer?	Im Vertrag ist hierzu bislang Folgendes geregelt (bitte beachten Sie die Änderung des monatlichen Höchstbetrags ab dem 01.01.2025, s.u.): „Wird bei der Abrechnung in der Summe der monatliche Höchstbetrag nach § 40 Absatz 2 Satz 1 SGB XI überschritten, so ist der Rechnungsbetrag gemäß § 5 Absatz 5 Satz 2 des Vertrages je Einzelrechnung um die Differenz des die 40 Euro übersteigenden Betrages zu kürzen. Hierzu kann im Einvernehmen mit der Pflegekasse die Abschlagspositionsnummer 54.00.99.0088 verwendet werden.“ Die im Vertrag vorgesehene Abschlagspositionsnummer 54.00.99.0088 dient somit dazu, in der Abrechnung die Summe des Rechnungsbetrags je Einzelrechnung, um die Differenz des den maximalen Leistungsbetrag nach § 40 Absatz 2 Satz 1 SGB XI übersteigenden Rechnungsbetrages 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 überschreitet, ist der den maximalen Leistungsbetrag nach § 40 Absatz 2 SGB XI 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

2 Fragen zu den Vertragsinhalten	Antworten
	verwendet. Es sind diesbezüglich daher die jeweiligen Verfahrensabsprachen mit den einzelnen Pflegekassen zu beachten. Gemäß § 30 Absatz 1 SGB XI wurden die im Vierten Kapitel des SGB XI benannten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2025 um 4,5 Prozent angehoben. Seit dem 1. Januar 2025 beträgt der maximale Leistungsbetrag gemäß § 40 Absatz 2 SGB XI daher 42 Euro statt wie bisher 40 Euro. Seit diesem Zeitpunkt ist daher für Versorgungen mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln auf Grundlage der Verträge nach § 78 Absatz 1 SGB XI der Betrag von 42 Euro als Höchstbetrag maßgeblich. Die vertraglich vereinbarten Preise bleiben von der Anhebung des maximalen Leistungsbetrages unberührt. 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).
Unzulässiges Verhalten (§ 7 des Vertrages)	
Was ist der Hintergrund für die umfangreichen neuen Regelungen zum unzulässigen Verhalten im Vertrag?	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 möglich sein soll, wie sich ausdrücklich auch aus dem ersten Unterabsatz in § 7 Absatz 1 des Vertrages ergibt.
Was ist aufgrund der neuen Regelungen im Vertrag nicht zulässig?	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:

2 Fragen zu den Vertragsinhalten	Antworten
	– Es darf durch Informationen und die Werbung nicht der Eindruck entstehen, bei dem Betrag nach § 40 Absatz 2 SGB XI handele es sich um einen festen Betrag oder einen Pauschalbetrag 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 (seit dem 01.01.2025) bis zu 42,00 Euro 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. – 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.

2 Fragen zu den Vertragsinhalten	Antworten
Dürfen nach dem Vertrag sog. Boxen mit Pflegehilfsmitteln abgegeben werden?	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.
Dürfen Unterauftragnehmer eingesetzt werden?	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 Unterauftragsnehmern ausgeschlossen. Auch beim Einsatz von Unterauftragnehmern sind alle gesetzlichen Pflichten bei der Versorgung einzuhalten.
Anlage 1 Preisvereinbarung	
Welche Gebindegrößen bzw. Abgabemengen dürfen abgerechnet werden?	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 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 abgeben werden müssen. Die Versorgung erfolgt demgegenüber mit bedarfsgerechten Abgabemengen. Hierbei können unterschiedliche

2 Fragen zu den Vertragsinhalten	Antworten
	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 Absatz 2 SGB IX genannten Betrag von 42 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 je Vertragsposition unabhängig von der Gebindegröße wie folgt: (Stückzahl/Faktor x Preis/Rechengröße) x MwSt. Diese Berechnungsregel gilt sowohl für Abrechnungen im Verfahren nach § 302 SGB V und als auch für Abrechnungen, die in dem Verfahren nach § 105 SGB XI erfolgen. Als „Einzelpreis der Leistung (netto)“ im Sinne des HIL-Segments der Technischen Anlage 1 zum DTA nach § 105 SGB XI ist daher die Summe aus der abgegebenen Stückzahl und dem in der Preisvereinbarung (Anlage 1) des Vertrages als Rechengröße vereinbarten Stückpreis zu verstehen.
Wie ist mit Rundungsdifferenzen umzugehen?	Bruttobetrag = (Stückzahl/Faktor x Preis/Rechengröße) + (ggfs.) MwSt.-Betrag 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.

2 Fragen zu den Vertragsinhalten	Antworten
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.
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 *Beitrittserklärung Leistungserbringer* 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.)

3 Sonstiges	Antworten
Darf bei den Altverträgen noch von den Vertragspreisen abgewichen werden?	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.