



**Vertrag
über die Versorgung der Versicherten
mit Pflegehilfsmitteln
nach § 78 Absatz 1 SGB XI**

zwischen

und

dem GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin,

nachfolgend gemeinsam als „Vertragsparteien“ bezeichnet.

Inhaltsverzeichnis

Inhalt

Präambel.....	3
§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages	3
§ 2 Grundsätze zur Leistungserbringung	4
§ 3 Art und Umfang der Leistungserbringung, Antrags- und Genehmigungsverfahren	4
§ 4 Vergütung der Leistungen.....	6
§ 5 Abrechnungsverfahren	7
§ 6 Zahlungsweise.....	8
§ 7 Unzulässiges Verhalten	9
§ 8 Datenschutz.....	10
§ 9 Maßnahmen bei Vertragsverstößen	11
§ 10 Aufgaben des vertragsschließenden oder beitretenden Verbandes	12
§ 11 Teilnahme verbandsgebundener Leistungserbringer	13
§ 12 Beitritt verbandsungebundener Leistungserbringer	14
§ 13 Inkrafttreten und Kündigung	14
§ 14 Sonstiges	15
Anlage 1 – Preisvereinbarung	16
Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation.....	17
Anlage 3 – Erklärung zum Erhalt von Pflegehilfsmitteln (Empfangsbestätigung)	19
Anlage 4 – Datenformat zur Meldung der Leistungserbringer.....	21
Anlage 5 – Beitrittserklärung Leistungserbringer	24
Anlage 6 – Beitrittserklärung Verband	26

Präambel

Nach § 78 Absatz 1 Satz 1 SGB XI schließt der GKV-Spitzenverband in seiner Eigenschaft als Spitzenverband Bund der Pflegekassen (nachfolgend als „GKV-Spitzenverband“ bezeichnet) mit den Leistungserbringern oder deren Verbänden Verträge über die Versorgung der Versicherten¹ mit Pflegehilfsmitteln. Für diese Verträge gelten nach § 78 Absatz 1 Satz 3 SGB XI die §§ 126 und 127 SGB V entsprechend.

§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag regelt die Versorgung der Versicherten mit den in diesem Vertrag und seinen Anlagen aufgeführten Pflegehilfsmitteln der Produktgruppe 54 des Pflegehilfsmittelverzeichnisses nach § 78 Absatz 2 SGB XI (zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel) im Sinne des § 40 Absatz 1 und 2 SGB XI und die Voraussetzungen für deren Vergütung.
- (2) Dieser Vertrag regelt zudem die Versorgung mit wiederverwendbaren saugenden Bett-schutzeinlagen aus der Produktgruppe 51 des Pflegehilfsmittelverzeichnisses, auf die § 40 Absatz 2 SGB XI nicht anwendbar ist.
- (3) Dieser Vertrag gilt für
 - a) den vertragsschließenden Leistungserbringer oder den vertragsschließenden Verband und dessen am Vertrag teilnehmende Mitglieder nach § 11, soweit sie nicht auf Grund bestehender Verträge bereits zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind,
 - b) einzelne Leistungserbringer, die nicht Mitglieder des Verbandes sind und dem Vertrag beitreten, soweit sie nicht auf Grund bestehender Verträge bereits zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind,
 - c) andere Verbände oder sonstige Zusammenschlüsse der Leistungserbringer, die dem Vertrag beitreten, und deren am Vertrag teilnehmende Mitglieder nach § 11, soweit sie nicht auf Grund bestehender Verträge bereits zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind,
 - d) den GKV-Spitzenverband und die Pflegekassen.
- (4) Vertragsschließende und beitretende Verbände müssen befugt sein, mit Rechtswirkung für ihre Mitglieder oder Mitglieder ihrer Landesverbände Verträge nach § 78 Absatz 1 Satz 1 SGB XI zu schließen. Die Verbände sind keine Leistungserbringer im Sinne dieses Vertrages.

¹ Mit den in diesem Vertrag und seinen Anlagen verwendeten Personenbezeichnungen sind, auch wenn sie nur in einer Form auftreten, gleichwertig alle Geschlechter gemeint.

- (5) Die vertraglichen Regelungen über die Aufgaben und Pflichten von Verbänden gelten nicht für vertragsschließende oder beitretende einzelne Leistungserbringer.

§ 2 Grundsätze zur Leistungserbringung

- (1) Die Versorgung nach diesem Vertrag kann nur durch Leistungserbringer erfolgen, die die Anforderungen nach § 126 SGB V erfüllen und dies nach § 126 Absatz 1a Satz 2 SGB V nachweisen. Wenn die Eignungsvoraussetzungen nicht oder nicht mehr vollständig erfüllt sind, entfällt das vertragliche Versorgungsrecht. Entsprechendes gilt, wenn der Leistungserbringer kein gültiges Institutionskennzeichen (IK) besitzt. Für dennoch erfolgte Versorgungen besteht kein Vergütungsanspruch, auch nicht gegenüber dem Versicherten. Hierdurch zu Unrecht erhaltene Vergütungen sind den Pflegekassen unverzüglich zu erstatten.
- (2) Vorbehaltlich der Regelung nach § 11 Absatz 5 Satz 1 hat der Leistungserbringer alle Veränderungen, die das Vertragsverhältnis und die Versorgungsberechtigung betreffen, dem GKV-Spitzenverband unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
- (3) Die Versorgung hat nach Maßgabe der jeweils aktuellen Anforderungen des Pflegehilfsmittelverzeichnisses an die Qualität der Versorgung und der Produkte zu erfolgen.
- (4) Die Pflegehilfsmittel sind unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 29 Absatz 1 SGB XI vom Leistungserbringer im eigenen Namen und in eigener Verantwortung an den anspruchsberechtigten Versicherten oder einen Angehörigen abzugeben. Eine Abgabe an Dritte, insbesondere an Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege, ist nicht zulässig. Diesbezügliche Abtretungen des Pflegebedürftigen an solche Dritte haben keine Gültigkeit.
- (5) Die Wahlfreiheit der Versicherten zwischen allen vertragsgebundenen Leistungserbringern ist zu gewährleisten und darf durch den Verband oder die Leistungserbringer, insbesondere im Zusammenhang mit einer Werbung (§ 7), nicht eingeschränkt werden.
- (6) Der Leistungserbringer hat keinen Anspruch auf die Durchführung einer bestimmten Anzahl von Versorgungen oder die Abnahme einer Mindestmenge von Pflegehilfsmitteln.

§ 3 Art und Umfang der Leistungserbringung, Antrags- und Genehmigungsverfahren

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Versicherten entsprechend § 127 Absatz 5 SGB V mindestens vor der erstmaligen Beantragung der Kostenübernahme nach Absatz 2 durch geschulte Fachkräfte persönlich zu beraten, welche Pflegehilfsmittel für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig im Sinne von

§ 29 Absatz 1 SGB XI sind, und die Beratung in dem dafür vorgesehenen Formular (**Anlage 2**) zu dokumentieren.

- (2) Der Leistungserbringer hat den Versicherten darüber aufzuklären, dass er die Kosten, die den monatlichen Höchstbetrag nach § 40 Absatz 2 Satz 1 SGB XI oder den von der Kostenübernahmeerklärung umfassten Betrag überschreiten, selbst zu tragen hat. Der Versicherte hat diese Aufklärung in dem Antragsformular (**Anlage 2**) durch seine Unterschrift zu bestätigen.
- (3) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Versicherten darauf hinzuweisen, dass die Pflegehilfsmittel ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen. Der Versicherte hat in dem Antragsformular (**Anlage 2**) zu bestätigen, dass er diese Information erhalten hat.
- (4) Vor der Abgabe der Pflegehilfsmittel an den Versicherten ist vom Leistungserbringer eine Kostenübernahmeerklärung (Genehmigung) von der zuständigen Pflegekasse einzuholen. Das Vorgehen bei Veränderungen des Bedarfs innerhalb des genehmigten Höchstbetrages kann individuell mit der Pflegekasse vereinbart werden. Der Kostenvoranschlag ist grundsätzlich über ein elektronisches Kostenvoranschlagsverfahren (bzw. internetbasierte Plattform) abzuwickeln, es sei denn die Voraussetzungen liegen bei der Pflegekasse noch nicht vor. Soweit das elektronische Kostenvoranschlagsverfahren mit der Pflegekasse nicht umgesetzt wird, ist für den Antrag auf Kostenübernahme ausschließlich das vollständig ausgefüllte Antragsformular gemäß **Anlage 2** dieses Vertrages zu verwenden. Änderungen dieses Formulars darf der Leistungserbringer nicht vornehmen. Die jeweilige Pflegekasse informiert (öffentlich) über das bei ihr zur Anwendung kommende elektronische Kostenvoranschlagsverfahren und die damit verbundenen Anforderungen zur diesbezüglichen Nutzung durch den Leistungserbringer.
- (5) Sofern für einen Versicherten Leistungen sowohl der Produktgruppe 54 als auch der Produktgruppe 51 elektronisch beantragt werden, sind dafür zwei getrennte Anträge zu stellen. Die Pflegekasse kann eine Kostenübernahme auch zeitlich unbefristet erklären.
- (6) Die Abgabe erfolgt nach Wahl des Versicherten entweder durch eine persönliche Übergabe in den Geschäftsräumen des Leistungserbringers oder per Frei-Haus-Versand an die Wohnanschrift des Versicherten oder an eine andere vom Versicherten benannte Adresse. Lieferungen an den Pflegedienst sind ausgeschlossen. Die Regelungen in § 3 Absatz 9 gelten entsprechend. Das Risiko des Sendungsverlustes trägt der Leistungserbringer. Er verpflichtet sich für Schäden und Verluste auf dem Transportweg Ersatz zu leisten, ohne hierfür erneut Kosten mit der Pflegekassen oder dem Versicherten abzurechnen.
- (7) Die Abgabe der Pflegehilfsmittel durch den Leistungserbringer erfolgt grundsätzlich monatlich. Abweichende Lieferzeiträume von bis zu maximal drei Monaten sind mit dem Versicherten zu vereinbaren. Sollte der Leistungsanspruch des Versicherten zum Beispiel

durch Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung oder Tod innerhalb dieses Zeitraums enden, trägt der Leistungserbringer das Ausfallrisiko. Lieferungen können nur für die Zukunft erfolgen.

- (8) Die Lieferung der Pflegehilfsmittel ist unverzüglich nach Zugang der Kostenübernahmeerklärung vorzunehmen, soweit der Leistungserbringer mit dem Versicherten keinen anderen Lieferzeitpunkt vereinbart hat. Auch wenn der Leistungserbringer die Lieferung durch Dritte (z. B. Postzusteller) ausführen lässt, verbleibt die Verantwortung für die Erfüllung des Vertrages bei ihm.
- (9) Der Leistungserbringer hat sich vom Versicherten persönlich ggf. von einem Angehörigen bzw. einem gesetzlichen Vertreter den Empfang der Pflegehilfsmittel unter Angabe des Datums schriftlich oder elektronisch (z.B. Unterschrift auf Touch-Pad) bestätigen zu lassen. Hierbei sind die Inhalte der **Anlage 3** zu beachten. Bestätigungen im Voraus oder von Mitarbeitern des Leistungserbringers oder eines Pflegedienstes sind nicht zulässig. Alternativ kann die Sendungsverfolgungsnummer eines Paketdienstleisters angegeben werden.
- (10) Der Leistungserbringer garantiert die einwandfreie Beschaffenheit einschließlich einer mindestens viermonatigen Haltbarkeitsdauer der abgegebenen Pflegehilfsmittel. Bei Mängeln an Pflegehilfsmitteln hat der Leistungserbringer unverzüglich kostenlos mangelfreie Ersatzprodukte zu liefern. Die Pflegekassen behalten sich das Recht vor, die einwandfreie Beschaffenheit der Pflegehilfsmittel sowie die Qualität der Versorgung in geeigneter Weise zu überprüfen.
- (11) Übernimmt ein Leistungserbringer Versorgungsfälle eines anderen Leistungserbringers so hat er bei der Pflegekasse jeweils neue Kostenübernahmeanträge nach Absatz 4 zu stellen. Im Übrigen gilt § 4 Absatz 2 dieses Vertrages.

§ 4 Vergütung der Leistungen

- (1) Die Höhe der Vergütung des Leistungserbringers für die vollständig und vertragsgemäß erbrachten Leistungen richtet sich nach der Vereinbarung über die Preise, die als **Anlage 1** Bestandteil dieses Vertrages ist. Dabei handelt es sich um Nettopreise, zuzüglich der am Tag der Abgabe gültigen Umsatzsteuer. Mit der Vergütung sind alle mit der Leistungserbringung nach diesem Vertrag in Zusammenhang stehenden 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.
- (2) Bedarfsgerechte Leistungen nach diesem Vertrag können je Versicherten für jeden begonnenen Kalendermonat nur einmal bis zum monatlichen Höchstbetrag nach § 40 Absatz 2 Satz 1 SGB XI abgerechnet werden. Die Abrechnung erfolgt erstmals für den

Monat, ab dem eine Genehmigung durch die Pflegekasse vorliegt. Ist der monatliche Höchstbetrag nach § 40 Absatz 2 Satz 1 SGB XI vom Versicherten ausgeschöpft, kann der Leistungserbringer für weitere von ihm abgegebene zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel von der Pflegekasse keine darüberhinausgehende Vergütung verlangen. Dies gilt auch bei einem Wechsel des Leistungserbringers. Im Übrigen gilt § 5 Absatz 3 des Vertrages.

- (3) Für wiederverwendbare saugende Bettschutzeinlagen der Produktgruppe 51 vermindert sich die Vergütung durch die zuständige Pflegekasse um die vom Versicherten zu leistende gesetzliche Zuzahlung.
- (4) Versicherte, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, erhalten nach § 28 Absatz 2 SGB XI die jeweils zustehenden Leistungen der Pflegekasse zur Hälfte; dies gilt auch für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln. Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegen die Pflegekasse beträgt in diesem Fall die Hälfte der vertraglich vereinbarten Vergütung nach den Absätzen 1 bis 3 für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, maximal die Hälfte des Betrages nach § 40 Absatz 2 Satz 1 SGB XI.

§ 5 Abrechnungsverfahren

- (1) Die vom GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer getroffenen Festlegungen über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie Einzelheiten des Datenaustausches nach § 105 Absatz 2 SGB XI sind in der jeweils gültigen Fassung Bestandteil dieses Vertrages. Darüber hinaus können die Pflegekassen mit dem Verband oder Leistungserbringer Näheres zur Abrechnung vereinbaren, insbesondere die vorübergehende Abrechnung nach §§ 302, 303 SGB V, solange einzelne Funktionalitäten über den Datenaustausch nach § 105 Absatz 2 SGB XI noch nicht vollständig zur Verfügung stehen.
- (2) Die Rechnungslegung erfolgt gegenüber der Pflegekasse des Versicherten oder gegenüber einem von ihr beauftragten Abrechnungszentrum. Sofern der Leistungserbringer für einen Versicherten auch Leistungen der Krankenversicherung erbringt, so sind diese mit gesonderter Rechnung gegenüber der Krankenkasse des Versicherten abzurechnen.
- (3) Der Leistungserbringer legt für alle Versorgungsfälle eines abgelaufenen Kalendermonats Rechnung (bei längeren Zeiträumen nach Monaten aufgeschlüsselt). Sammelabrechnungen sind möglich. Die Rechnungslegung kann erstmalig nach der Genehmigung der Pflegekasse erfolgen. Die von der jeweiligen Betriebsstätte erbrachten Leistungen sind unter Angabe des jeweiligen Institutionskennzeichens abzurechnen.

- (4) Der ersten Abrechnung sind unter Angabe des Genehmigungskennzeichens die **Anlage 2** im Original und eine Empfangsbestätigung gemäß § 3 Absatz 9 oder eine Sendungsverfolgungsnummer beizufügen. Die **Anlage 2** ist nicht mitzuliefern, sofern sie im Rahmen des elektronischen Kostenvoranschlagsverfahren bereits vorgelegt wurde. Bei Folgeabrechnungen sind unter Angabe des Genehmigungskennzeichens eine Empfangsbestätigung gemäß § 3 Absatz 9 oder eine Sendungsverfolgungsnummer beizufügen. Der Lieferschein mit Angabe der gelieferten Artikel und Liefermenge ist beim Leistungserbringer mindestens 6 Jahre aufzubewahren und der Pflegekasse auf Verlangen unverzüglich vorzulegen. Näheres kann die Pflegekasse mit dem Leistungserbringer vereinbaren.
- (5) Soweit mit der Pflegekasse nichts anderes vereinbart ist, sind in der Abrechnung grundsätzlich alle abgegebenen Pflegehilfsmittel (gemäß **Anlage 1**) im Datensatz zu übermitteln. Wird in der Summe der monatliche Höchstbetrag nach § 40 Absatz 2 Satz 1 SGB XI überschritten, so ist der Rechnungsbetrag 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.

§ 6 Zahlungsweise

- (1) Der Leistungserbringer hat die von ihm erbrachten Leistungen spätestens innerhalb von 12 Monaten nach der Abgabe der Pflegehilfsmittel mit der Pflegekasse abzurechnen. Nach dem Ablauf dieser Frist kann er für die erbrachten Leistungen keine Vergütungsansprüche mehr geltend machen und die Pflegekasse eine Zahlung verweigern. Stellt sich nach der Bezahlung der Rechnung heraus, dass die Pflegekasse nicht oder nur teilweise zur Zahlung verpflichtet war, kann sie die bereits geleistete Vergütung vom Leistungserbringer zurückfordern und mit ihren Rückforderungsansprüchen gegen laufende Vergütungsansprüche des Leistungserbringers aufrechnen. Die Verpflichtung des Leistungserbringers zur Erstattung einer zu Unrecht gezahlten Vergütung nach § 9 Absatz 3 des Vertrages bleibt unberührt. Die Rückforderungsansprüche der Pflegekasse sind sofort fällig.
- (2) Die Zahlungen der Pflegekasse erfolgen nach oder unter Vorbehalt einer Prüfung der sachlichen und rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingang der vollständigen Unterlagen (Datenaustauschdatei und Belege nach § 5 Absatz 4) bei der Pflegekasse oder einer von ihr benannten Abrechnungsstelle. Bei einer Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Überweisungsauftrag dem Geldinstitut innerhalb der Frist erteilt wurde. Fällt der letzte Tag der Frist auf einen Sonntag, einen gesetzlichen Feiertag oder einen Sonnabend, endet die Frist mit dem Ablauf des nächsten Werktages. Bei Unvollständigkeit, Rechnungsdivergenzen oder sonstigen begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die Pflegekasse dem Leistungserbringer die eingereichte Rechnung oder Rechnungsteile zur Prüfung und Korrektur zurückgeben oder die Rechnung um die beanstandeten Positionen kürzen.

- (3) Der Leistungserbringer kann für die Abrechnung ein Rechenzentrum in Anspruch nehmen. Er hat die Pflegekasse schriftlich darüber zu informieren und ihr insbesondere den Namen des Rechenzentrums sowie den Beginn und das Ende der Inanspruchnahme mitzuteilen. Der Leistungserbringer hat der Pflegekasse auch mitzuteilen, ob er seine Forderungen an das Rechenzentrum abgetreten oder dieses lediglich mit dem Forderungseinzug beauftragt hat. Der Leistungserbringer trägt dafür Sorge, dass mit dem der Pflegekasse mitgeteilten Ende der Inanspruchnahme des Rechenzentrums keine Abtretung oder Berechtigung zum Forderungseinzug mehr besteht. Bis zum Eingang der Mitteilung leistet die Pflegekasse mit schuldbefreiender Wirkung an das Rechenzentrum. Zahlungen der Pflegekasse an das Rechenzentrum haben auch dann schuldbefreiende Wirkung, wenn das Vertragsverhältnis zwischen dem Leistungserbringer und dem Rechenzentrum mit einem Rechtsmangel behaftet sein sollte. Die Pflegekasse kann abweichend von § 406 zweiter Halbsatz BGB trotz Kenntnis von der Abtretung gegenüber dem Rechenzentrum mit eigenen oder auf sie übergegangenen Forderungen (die gegenüber dem Leistungserbringer bestehen) aufrechnen, sofern das Rechenzentrum Forderungsinhaber ist. Eine entsprechende Aufrechnungserklärung wirkt dann auch gegenüber dem Leistungserbringer.
- (4) Sofern der Leistungserbringer die Abrechnung einem Rechenzentrum übertragen will, hat er dieses unter besonderer Berücksichtigung der von dem Rechenzentrum getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen (Art. 32 DS-GVO) auszuwählen. Der Leistungserbringer hat der Pflegekasse auf Verlangen die mit dem Rechenzentrum getroffene Vereinbarung über die Datenverarbeitung im Auftrag (Art. 28 DS-GVO, § 80 SGB X) vorzulegen.

§ 7 Unzulässiges Verhalten

- (1) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers sind nur unter Beachtung der nachfolgenden Voraussetzungen zulässig. Dem Leistungserbringer sind nur sachliche Informationen über die zur Versorgung angebotenen Produkte des Pflegehilfsmittelverzeichnisses und die für die Versorgung notwendigen Dienstleistungen gestattet. In den Informationen ist darauf hinzuweisen, dass ein Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln stets einen entsprechenden Bedarf und deren Notwendigkeit im Einzelfall voraussetzt. Der Leistungserbringer hat daher Werbemaßnahmen, Informationen und Aussagen zu unterlassen, die den Eindruck erwecken können, es sei generell eine bedarfsunabhängige Kostenübernahme durch die Pflegekassen in Höhe des in § 40 Absatz 2 SGB XI geregelten Höchstbetrags möglich.

Eine Beeinflussung der Versicherten hinsichtlich der Beantragung bestimmter Pflegehilfsmittel gemäß § 1 Absatz 1 und 2 dieses Vertrages oder einer vom Leistungserbringer vorkonfigurierten, feststehenden Kombination von Pflegehilfsmitteln (sog. Boxen mit Pflegehilfsmitteln), insbesondere in Form von Anschreiben des Leistungserbringers an

den Versicherten oder durch die Verwendung gesonderter Bestellformulare, ist nicht zulässig. Das vertraglich in **Anlage 2** vorgesehene Antragsformular darf inhaltlich nicht verändert oder durch weitere Felder/Angaben ergänzt werden. Auch die Beifügung und das Versenden von Gratisproben anderer Produkte ist nicht gestattet.

Die Initiative für eine Kontaktaufnahme zwischen Versichertem und Leistungserbringer hat von dem Versicherten auszugehen. Der Leistungserbringer darf weder selbst noch über Dritte einzelne Versicherte ohne deren vorherige ausdrückliche Einwilligung auf telefonischem, schriftlichem oder elektronischem Weg gezielt zu Werbezwecken oder zur Anbahnung einer Kundenbeziehung ansprechen. Die Einwilligung muss im Zusammenhang mit der konkreten Pflegehilfsmittelversorgung stehen und darf nicht lediglich Dritten gegenüber erteilt worden sein. Die im Rahmen der Vertragsabwicklung erhobenen personenbezogenen Daten der Versicherten dürfen nur für in diesem Vertrag genannte Aufgaben und Zwecke verwendet werden.

- (2) Die Versorgung mit nicht in § 1 Absatz 1 und 2 und der Anlage 1 dieses Vertrages genannten Produkten ist nicht zulässig.
- (3) Der Leistungserbringer hat die Vorschriften der Medical Device Regulation (MDR), des Heilmittelwerbegesetzes (HWG), des Rechtsberatungsgesetzes (RBerG) und des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) zu beachten. Verstöße gegen diese Gesetze sind ebenfalls Vertragsverstöße im Sinne des § 9 des Vertrages.
- (4) Die Pflegekasse hat gemäß § 3 Absatz 2 Satz 1 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) die Pflichten eines Betreibers. Der Leistungserbringer übernimmt gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden Aufgaben. Diese umfassen die ordnungsgemäße Einweisung (§ 4 Absatz 3 MPBetreibV).
- (5) Der Leistungserbringer darf Dritten im Zusammenhang mit der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln keine Zuwendungen gewähren. Dies gilt insbesondere für die Zahlung von Vermittlungsprovisionen an Pflegedienste. § 128 Absatz 2 SGB V findet entsprechende Anwendung.

§ 8 Datenschutz

Die gesetzlichen Vorschriften für den Datenschutz sind zu beachten.

§ 9 Maßnahmen bei Vertragsverstößen

- (1) Bei Verstößen des Leistungserbringers gegen gesetzliche Pflichten oder Pflichten aus diesem Vertrag steht der jeweiligen Pflegekasse, deren Versicherte der Leistungserbringer versorgt hat, die Befugnis zu,
- a) eine schriftliche Verwarnung oder Abmahnung auszusprechen,
 - b) eine angemessene Vertragsstrafe zu verlangen, die maximal 5 Prozent der von ihr im vorherigen Kalenderjahr nach diesem Vertrag an den Leistungserbringer entrichteten jährlichen Gesamtvergütung (netto) betragen kann, sowie
 - c) bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen den Leistungserbringer für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung ihrer Versicherten auszuschließen.

Dem Leistungserbringer ist zuvor die Möglichkeit zur Stellungnahme innerhalb einer angemessenen Frist von in der Regel zwei Wochen zu geben. Die Sanktionen erfolgen unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit. Eine Abmahnung und eine Vertragsstrafe können auch nebeneinander verhängt werden. Die Pflegekasse informiert den GKV-Spitzenverband über die von ihr verhängten Sanktionen. Stellt der GKV-Spitzenverband fest, dass dem Leistungserbringer bei der Versorgung von Versicherten mehrerer Pflegekassen schwerwiegende Pflichtverstöße zur Last fallen, kann er unabhängig von den durch eine oder mehrere Pflegekassen verhängten Sanktionen den Leistungserbringer für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten aller Pflegekassen ausschließen oder das Vertragsverhältnis mit dem Leistungserbringer fristlos kündigen.

- (2) Ein Verstoß gegen gesetzliche Pflichten oder Pflichten aus diesem Vertrag liegt insbesondere dann vor, wenn der Leistungserbringer
- a) Leistungen abrechnet, die er nicht oder nicht in der abgerechneten Menge erbracht hat,
 - b) entgegen § 2 Absatz 1 die Anforderungen nach § 126 Absatz 1 SGB V bei der Abgabe von Pflegehilfsmitteln nicht oder nicht mehr vollständig erfüllt,
 - c) Qualitätsmängel in der Versorgung zu vertreten hat, die eine gesundheitliche Gefährdung der Versicherten zur Folge haben können,
 - d) seinen Beratungs-, Hinweis- oder Dokumentationspflichten nach § 3 Absatz 1 bis 3 nicht nachkommt,
 - e) Pflegehilfsmittel entgegen § 3 Absatz 8 nicht unverzüglich abgibt und dadurch die Versorgung des Versicherten gefährdet,
 - f) ein unzulässiges Verhalten im Sinne des § 7 vornimmt,
 - g) Datenschutzbestimmungen nach § 8 verletzt,
 - h) Pflegehilfsmittel an Dritte, insbesondere an Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege abgibt oder
 - i) im Rahmen der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gegen die entsprechend geltenden Verbote nach § 128 Absatz 1 und 2 SGB V verstößt.

- (3) Unabhängig von den Sanktionen nach Absatz 1 hat der Leistungserbringer der Pflegekasse eine zu Unrecht gezahlte Vergütung zu erstatten und einen weiteren durch die Vertragsverletzung verursachten Schaden zu ersetzen.
- (4) In den Fällen des Absatzes 2b des Vertrages ist der GKV-Spitzenverband berechtigt, eine fristlose Kündigung auszusprechen, sofern der Nachweis einer gültigen Präqualifizierung nicht innerhalb einer angemessenen Frist erbracht wird.

§ 10 Aufgaben des vertragsschließenden oder beitretenden Verbandes **(Gilt nicht für Einzelleistungserbringer vgl. § 1 Absatz 5)**

- (1) Der Verband oder Zusammenschluss von Leistungserbringern (im Folgenden nur: Verband), der diesen Vertrag mit Rechtswirkung für seine Mitglieder abschließt oder ihm mit dieser Wirkung beitrifft, hat dem GKV-Spitzenverband elektronisch mindestens einmal monatlich, spätestens bis zum 15. des jeweiligen Kalendermonats, in dem vom GKV-Spitzenverband vorgegebenen Datenformat (**Anlage 4**) eine jeweils aktualisierte Aufstellung aller an diesem Vertrag teilnehmenden Mitglieder (im Folgenden nur: teilnehmende Leistungserbringer), die die Voraussetzungen nach § 2 Absatz 1 erfüllen, zu übermitteln. Der GKV-Spitzenverband behält sich vor, die Vorgaben an die Datenübertragung und das Datenformat nach **Anlage 4** im erforderlichen und angemessenen Umfang an die technischen Gegebenheiten anzupassen. Die Geltung der vertraglichen Regelungen im Übrigen bleibt hierdurch unberührt. Für die Berechtigung eines von dem Verband gemeldeten teilnehmenden Leistungserbringers zur Versorgung nach diesem Vertrag gilt § 11 Absatz 1. Sofern die Frist nach Satz 1 nicht eingehalten wird, verschiebt sich die Berechtigung zur Versorgung entsprechend. Der Verband hat das Vorliegen der Voraussetzungen zur Teilnahme am Vertrag für seine teilnehmenden Mitglieder zu prüfen. Die teilnehmenden Leistungserbringer dürfen nicht bereits aufgrund bestehender Verträge zur Versorgung berechtigt sein (vgl. § 1 Absatz 3).
- (2) Der Verband hat den teilnehmenden Leistungserbringern vor der Übermittlung der Daten nach Absatz 1 und 2 die Inhalte dieses Vertrages mitzuteilen und sie über die zwischen den Vertragsparteien vereinbarten Änderungen und Ergänzungen des Vertrages unverzüglich zu informieren.
- (3) Die Daten der teilnehmenden Leistungserbringer sind von dem Verband mit der Aufstellung nach Absatz 1 erstmalig mit Vertragsunterzeichnung zu übermitteln.
- (4) Änderungen zu den mit der Aufstellung nach Absatz 1 übermittelten Daten der Leistungserbringer sind dem GKV-Spitzenverband in dem Monat zu übermitteln, in dem die Änderungen eingetreten sind, spätestens jedoch bis zum 15. des darauffolgenden Monats.

- (5) Werden dem Verband Verstöße von Leistungserbringern gegen Pflichten aus diesem Vertrag bekannt, hat er diesen gegenüber auf die Einhaltung des Vertrages und Abhilfe hinzuwirken. Über wiederholte Verstöße und schwerwiegende, insbesondere strafrechtlich vertragsrelevante Verstöße ist der GKV-Spitzenverband zu informieren. § 9 bleibt unberührt.

§ 11 Teilnahme verbandsgebundener Leistungserbringer

- (1) Die Berechtigung eines teilnehmenden Leistungserbringers zur Versorgung nach diesem Vertrag beginnt mit dem Anfang des Kalendermonats, der auf die erstmalige vollständige Übermittlung der korrekten Daten des Leistungserbringers nach § 10 Absatz 1 folgt, sofern diese bis zum 15. eines Kalendermonates beim GKV-Spitzenverband eingegangen ist. Falls die Frist nicht eingehalten wird, verschiebt sich die Berechtigung zur Versorgung entsprechend.
- (2) Unbeschadet einer Kündigung dieses Vertrages oder des Vertragsverhältnisses mit einem teilnehmenden Leistungserbringer endet die Berechtigung eines teilnehmenden Leistungserbringers zur Versorgung nach diesem Vertrag, wenn er die gesetzlichen Voraussetzungen nach § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V nicht mehr erfüllt. Die Berechtigung endet auch mit dem Ablauf der Befristung des Zertifikats nach § 126 Absatz 1a Satz 2 SGB V, sofern der teilnehmende Leistungserbringer nicht zuvor die Erteilung eines neuen, sich unmittelbar an den Ablauf der Frist anschließenden Zertifikats nachweist. Der teilnehmende Leistungserbringer hat die geänderten Umstände nach den Sätzen 1 und 2 sowie alle sonstigen Änderungen zu seinen nach § 10 übermittelten Daten seinem Verband unverzüglich mitzuteilen.
- (3) Zwischen den Vertragsparteien vereinbarte Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages gelten auch für die teilnehmenden Leistungserbringer, sofern diese nicht innerhalb eines Monats nach Abschluss der Vereinbarung ihren Widerspruch erklären. Widerspricht ein teilnehmender Leistungserbringer einer Änderung oder Ergänzung dieses Vertrages, endet sein Vertragsverhältnis, ohne dass es einer gesonderten Kündigung bedarf.
- (4) Die teilnehmenden Leistungserbringer haben die nach den Absätzen 2 und 3 erforderlichen Erklärungen und Mitteilungen gegenüber ihrem Verband abzugeben, der diese dem GKV-Spitzenverband nach § 10 Absatz 4 zu übermitteln hat. Sollte das Vertragsverhältnis mit einem teilnehmenden Leistungserbringer durch den GKV-Spitzenverband nach § 9 Absatz 1 gekündigt werden, informiert dieser den Verband über die Beendigung der Teilnahme.
- (5) Der GKV-Spitzenverband ist berechtigt, die ihm nach § 10 übermittelten Daten der teilnehmenden Leistungserbringer zu verarbeiten und den Pflegekassen zur Durchführung des Genehmigungs- und Abrechnungsverfahrens nach §§ 2 bis 6 sowie des Verfahrens nach § 10 Absatz 1 bekanntzugeben.

§ 12 Beitritt verbandsungebundener Leistungserbringer

- (1) Einzelne Leistungserbringer im Sinne des § 1 Absatz 3 Buchstabe b), die dem Vertrag beitreten wollen, haben dem GKV-Spitzenverband spätestens bis zum 15. eines Kalendermonats mit ihrer Beitrittserklärung (**Anlage 5**) sämtliche darin enthaltenen Daten zu übermitteln. Der GKV-Spitzenverband behält sich vor, für die Abgabe der Beitrittserklärung ein Onlineformular vorzusehen.
- (2) Die Berechtigung eines beitretenden Leistungserbringers zur Versorgung nach diesem Vertrag beginnt mit dem Anfang des Kalendermonats, der auf den Zugang der Beitrittserklärung und die vollständige Übermittlung der korrekten Daten des Leistungserbringers nach Absatz 1 folgt, sofern diese bis zum 15. eines Kalendermonats beim GKV-Spitzenverband eingegangen ist. Falls die Frist nicht eingehalten wird, verschiebt sich die Berechtigung zur Versorgung entsprechend. Dies gilt auch für Änderungsmitteilungen nach § 2 Absatz 2.
- (3) Die Regelungen in § 11 Absatz 2, 3 und 5 gelten für beitretende Leistungserbringer entsprechend mit der Maßgabe, dass die in § 11 Absatz 3 genannte Frist mit der Mitteilung der Änderung auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes beginnt und die nach Absatz 3 erforderlichen Erklärungen und Mitteilungen gegenüber dem GKV-Spitzenverband anzugeben sind. Ungeachtet dessen, werden die einzelnen beigetretenen Leistungserbringer zusätzlich auch in Textform oder in elektronischer Form über die Änderung informiert.

§ 13 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt zum 01.02.2024 in Kraft. Er gilt für alle Bestandsversorgungen und Neuversorgungen ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens. Bei Bestandsversorgungen ist eine neue Genehmigung nicht erforderlich. Mit dem Inkrafttreten des Vertrages werden alle zwischen den Vertragsparteien bestehenden Verträge, sowie im Fall eines Verbandsvertrages auch alle zwischen dem GKV-Spitzenverband und teilnehmenden Leistungserbringern bestehende Vertragsverhältnisse über die Versorgung mit den in § 1 Absatz 1 und 2 genannten Pflegehilfsmitteln unwirksam. Für teilnehmende und beitretende einzelne Leistungserbringer gilt der Vertrag ab dem jeweiligen Zeitpunkt der Teilnahme bzw. des Beitritts nach §§ 11 Absatz 1 und 12 Absatz 2.
- (2) Dieser Vertrag kann von beiden Vertragsparteien mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gekündigt werden, frühestens aber zum 31.12.2026. Hiervon unberührt ist die jederzeitige Möglichkeit beider Vertragsparteien, den Vertrag aus wichtigem Grund fristlos zu kündigen. Die Kündigung durch eine Vertragspartei wirkt auch gegenüber den über diese an diesem Vertrag nach § 11 teilnehmenden Leistungserbringern, ohne dass es einer gesonderten Kündigung bedarf. Die Sätze 1 bis 3 gelten für beigetretene verbandsunabhängige Leistungserbringer sowie beigetretene Verbände und

deren Mitglieder nach § 1 Absatz 3 Buchstaben b) und c) entsprechend. Neben der Mitteilung der Kündigung auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes werden die beigetretenen Leistungserbringer und Verbände zusätzlich auch in Textform oder in elektronischer Form über die Kündigung informiert.

- (3) Ein an diesem Vertrag gemäß § 1 Absatz 3 Buchstabe a) und c) teilnehmender Leistungserbringer kann sein Vertragsverhältnis innerhalb der unter Absatz 2 genannten Frist kündigen. Die Kündigung ist gegenüber dem Verband zu erklären und von diesem dem GKV-Spitzenverband entsprechend § 11 Absatz 4 zu übermitteln.
- (4) Mit der Kündigung des Vertrages gelten auch die Anlagen des Vertrages als gekündigt.

§ 14 Sonstiges

- (1) Sollte eine der Bestimmungen des Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt.
- (2) In einem solchen Fall verpflichten sich die Vertragsparteien, die unwirksame Vertragsklausel durch eine rechtlich und wirtschaftlich ähnliche rechtswirksame Klausel zu ersetzen.
- (3) Änderungen des Vertrages bedürfen der Schriftform. Das gilt auch für die Aufhebung des Schriftformerfordernisses.

		Berlin,	
Ort, Datum	Verband	Ort, Datum	GKV-Spitzenverband

Anlage 1 – Preisvereinbarung

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Rechengröße ¹	Preis netto	Kennzeichen PHM lt. Anlage 3 zum DA	Übliche Abgabemengen
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel PG 54					
Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch, verschiedene Größen	54.45.01.0001	1 Stück	0,41 €	00	
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	0,05 €	00	100 Stück
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	0,08 €	00	100 Stück
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	0,14 €	00	50 Stück
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	0,65 €	00	10 Stück
Schutzschürzen zum Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	0,12 €	00	10 Stück
Schutzschürzen, wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	21,50 €	00	1 Stück
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	0,12 €	00	100 Stück
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	1,20 €	00	500 ml oder 1000 ml
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	1,14 €	00	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	0,10 €	00	100 Stück
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	0,10 €	00	100 Stück
Abschlagspositionsnummer (sofern gemäß § 5 Absatz 5 vereinbart)	54.00.99.0088	Differenzbetrag	–	–	
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden PG 51					
Saugende Bettschutzeinlage – wiederverwendbar	51.40.01.4	1 Stück	21,98 €	00	

¹Der vereinbarte Preis bezieht sich jeweils auf die in der Spalte Rechengröße angegebene Menge. Die Rechengrößen weichen von den üblichen Abgabemengen ab und ermöglichen den Pflegekassen die Berechnung der Vergütung für den individuell benötigten Bedarf.

- (1) Die in dieser Preisanlage aufgeführten Preise umfassen sämtliche Dienst- und Serviceleistungen im Rahmen dieses Vertrages. Dabei handelt es sich um Nettopreise, zuzüglich der am Tag der Abgabe gültigen Umsatzsteuer.
- (2) Der monatliche Höchstbetrag nach § 40 Absatz 2 Satz 1 SGB XI kann je Versicherten für jeden begonnenen Kalendermonat nur einmal abgerechnet werden, jedoch erstmals für den Monat, ab dem eine Genehmigung durch die Pflegekasse vorliegt. Dies gilt auch bei einem Wechsel des Leistungserbringers.
- (3) 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.

Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Name, Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer)

Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort

Pflegekasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

☐ zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI/bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI. **Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

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

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

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Rechen-größe	Menge ein-tragen	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 Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen										
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										

☐ 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 Beratungsgesprächs:

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

Der o. g. Leistungserbringer hat

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

beraten.

Datum der Beratung:

--	--	--	--	--	--	--	--

Beratende/r Mitarbeiter/in:

☐ 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. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

 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

(Datum)

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

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

Anlage 3 – Erklärung zum Erhalt von Pflegehilfsmitteln (Empfangsbestätigung)

 (Name der Pflegekasse)

 (Name, Anschrift und Telefonnummer des Versicherten, ggf. eines Ansprechpartners)

 (Krankenversichertennummer bzw. Pflegeversichertennummer)

 (Name des Leistungserbringers)

(IK des Leistungserbringers)

 (Anschrift und Telefonnummer des Leistungserbringers)

 (Versorgungsmonat)

Der zuvor genannte Leistungserbringer hat mir heute im augenscheinlich hygienischen und einwandfreien Zustand nachfolgend aufgeführte Pflegehilfsmittel übergeben sowie mich – soweit erforderlich – in den Gebrauch des Pflegehilfsmittels eingewiesen.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpo- sitionsnummer	Stückzahl bzw. Packungen	Gesamtpreis ohne MwSt.	Gesamtpreis mit MwSt.
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)				
saugende Bettschutzeinlagen Einmalge- brauch	54.45.01.0001	___ Stück		
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexaller- giker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	___ Stück		
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	___ Stück		
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	___ Stück		
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	___ Stück		
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	___ Stück		
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	___ Stück		
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	___ Stück		
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	___ ml		
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	___ ml		
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	___ Stück		
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	___ Stück		

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

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpo- sitionsnummer	Stückzahl bzw. Packungen	Gesamtpreis ohne MwSt.	Gesamtpreis mit MwSt.
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51)				
saugende Bettschutzeinlagen – wieder- verwendbar	51.40.01.4	___ Stück		
Gesamtpreis				

Ich darf die überlassenen Pflegehilfsmittel keinem Dritten verleihen, übereignen oder verpfänden. 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. darüber-
hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen. Eine Durchschrift dieser Erklärung habe ich erhalten. Wei-
terhin bin ich darauf hingewiesen worden, dass ich die erhaltenen Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege
durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwenden darf.

Datum und Unterschrift der/des Versicherten*

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

Anlage 4 – Datenformat zur Meldung der Leistungserbringer

Der Verband meldet dem GKV-Spitzenverband unter Nennung des Leistungserbringergruppenschlüssels mindestens einmal im Monat die aktuelle Gesamtheit der an dem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer (Mitglieder des Verbandes) mittels einer csv-Datei. Diese csv-Datei muss im Format UTF-8-BOM) formatiert sein, damit die technische Verarbeitung der Datei sichergestellt wird. Der GKV-Spitzenverband stellt hierfür das CSV-Template bereit. Die Datei ist an die Datenannahme- und Weiterleitungsstelle des GKV-Spitzenverbandes zu liefern.

Nicht korrekt gelieferte Daten führen zur Ablehnung der Daten und stehen einer Berechtigung des Leistungserbringers zur Teilnahme an diesem Vertrag entgegen.

Für alle gelieferten Datensätze erfolgt jeweils ein Abgleich der gelieferten IK-Nummer gegen das Verzeichnis der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen. Nur bei einem gültigen IK, d. h., wenn das gelieferte IK in diesem Verzeichnis als gültig hinterlegt ist, kann der Datensatz aus der csv-Liste angenommen werden. Bei einer Nicht-Übereinstimmung des IK kommt es zu einer Ablehnung des Datensatzes.

Bei der Übernahme des gelieferten Datensatzes werden die Stammdaten zum dem entsprechenden IK aus diesem Verzeichnis der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen zu Grunde gelegt. Änderungen der unter dem IK hinterlegten und gespeicherten Daten (wie Firmenbezeichnung, Firmenadresse, Bankverbindung etc.) sind der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen unverzüglich zu melden. Maßgeblich sind die für das betreffende IK bei der ARGE Institutionskennzeichen jeweils hinterlegten Daten.

Ausschließlich folgende Daten sind als Pflichtangabe für jede einzelne Betriebsstätte zu liefern:

Spalte Nr.	Spaltenname	Datentyp	Pflichtfeld	Format/erwartete Werte
A	Firmenname	Text	X	
B	Straße / Hausnummer	Text	X	
C	PLZ	String(5)	X	5-stellig
D	Ort	Text	X	
E	Telefon	Text	X	
F	E-Mail	Text	X	Gültiges E-Mail Format
G	IK, für das der Leistungserbringer in Bezug auf die Versorgungsbereiche Nr. 19 B oder Nr. 19 BR präqualifiziert ist	IK(9)	X	9-stellig
H	Beginn Präqualifizierungszertifikat	Datum	X	tt.mm.jjjj

I	Ablauf des Präqualifizierungs- zertifikats	Datum	X	tt.mm.jjjj
J	Beginn der Vertragsteilnahme	Datum	X	tt.mm.jjjj
K	Ende der Vertragsteilnahme	Datum	x	tt.mm.jjjj

Folgende Ausfüllanleitungen sind zu beachten:

Spalte A – Firmenname

Hier ist der Firmenname (Firmierung) des Leistungserbringers anzugeben.

Spalte B – Straße / Hausnummer

Hier ist die Straße aus der Anschrift des Leistungserbringers anzugeben.

Spalte C – PLZ

Hier ist die Postleitzahl ohne Leerzeichen aus der Anschrift des Leistungserbringers anzugeben.

Spalte D – Ort

Hier ist der Ort aus der Anschrift des Leistungserbringers anzugeben.

Spalte E – Telefon

Hier ist die Telefonnummer des Leistungserbringers ohne Leerzeichen anzugeben.

Spalte F – E-Mail

Hier ist die zu verwendende E-Mailadresse des Leistungserbringers anzugeben.

Spalte G – IK, für das der Leistungserbringer präqualifiziert ist

Hier ist das Institutionskennzeichen ohne Leerzeichen anzugeben, für das der Leistungserbringer in Bezug auf die Versorgungsbereiche Nr. 19 B oder Nr. 19 BR präqualifiziert ist.

Spalte H – Beginn Präqualifizierungszertifikat

Hier ist das Datum des Gültigkeitsbeginns des Präqualifizierungszertifikats anzugeben.

Spalte I – Ablauf des Präqualifizierungszertifikats

Hier ist das Datum des Ablaufs des Präqualifizierungszertifikats anzugeben.

Spalte J – Beginn der Vertragsteilnahme

Hier ist das Datum des Beginns der Vertragsteilnahme gemäß § 10 Absatz 1 Satz 4 und § 11 Absatz 1 Satz 1 des Vertrages anzugeben.

Spalte K – Ende der Vertragsteilnahme

Hier ist das Datum der Beendigung der Teilnahme des Leistungserbringers anzugeben (Kündigungstermin laut der Erklärung des Leistungserbringers).

Folgende Ausfüllanleitungen sind bei Änderungen im Datensatz des jeweiligen Leistungserbringers zu beachten:

Spalte A – Firmenname

Schreibfehler müssen direkt im Datensatz korrigiert werden.

Spalte B – Straße / Hausnummer

Schreibfehler müssen direkt im Datensatz korrigiert werden.

Spalte C – PLZ

Schreibfehler müssen direkt im Datensatz korrigiert werden.

Spalte D – Ort

Schreibfehler müssen direkt im Datensatz korrigiert werden.

Spalte E – Telefon

Schreibfehler müssen direkt im Datensatz korrigiert werden

Spalte F – E-Mail

Schreibfehler müssen direkt im Datensatz korrigiert werden

Spalte G – IK, für das der Leistungserbringer präqualifiziert ist

Ändert sich das IK in einem Datensatz, so ist der Datensatz zum Ende des Monats zu schließen. Zum Anfang des neuen Monats ist ein neuer Datensatz mit dem IK zu öffnen.

Spalte H – Beginn Präqualifizierungszertifikat

Änderungen müssen direkt im Datensatz vorgenommen werden.

Spalte I – Ablauf des Präqualifizierungszertifikats

Änderungen müssen direkt im Datensatz vorgenommen werden.

Spalte J – Beginn der Vertragsteilnahme

Hier ist das Datum des Beginns der Vertragsteilnahme gemäß § 10 Absatz 1 Satz 4 und § 11 Absatz 1 Satz 1 des Vertrages anzugeben.

Spalte K – Ende der Vertragsteilnahme

Im Fall einer Kündigung ist hier der Zeitpunkt des Ablaufs der Kündigungsfrist einzutragen.

Anlage 5 – Beitrittserklärung Leistungserbringer

(Der GKV-Spitzenverband behält sich vor, für die Abgabe der Beitrittserklärung ein Onlineformular vorzusehen.)

Zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Absatz 1 SGB XI

Beitritt zum Vertrag

AC/TK 19/00/P50

Vertragspartnerkennzeichen: _____

AC/TK 19/00/xxx

Vertragspartnerkennzeichen: _____

Leistungserbringer (Name der Firma)

Straße / Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon

E-Mail

IK, für das der Leistungserbringer in Bezug auf die Versorgungsbereiche Nr. 19 B oder Nr. 19 BR präqualifiziert ist

Präqualifizierungszertifikat (gültig von)

Ablauf des Präqualifizierungszertifikats (gültig bis)

Umsatzsteuerbefreit ja/nein

Hiermit erklärt der Leistungserbringer dem oben genannten Vertrag beizutreten.

Hinweis: Das vorliegende Formular ist für jede Betriebsstätte gesondert und vollständig auszufüllen. Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei um Pflichtangaben handelt. Unvollständige und/oder nicht lesbare Beitrittserklärungen können nicht berücksichtigt werden.

1. Wir sind umfassend über die Inhalte des o.g. Vertrages informiert. Der Vertragstext liegt uns vor. Der Vertragsinhalt und alle sich daraus ergebenden Rechte und Pflichten sind uns bekannt. Mit dieser Beitrittserklärung erkennen wir alle Rechte und Pflichten an und verpflichten uns zur Einhaltung aller Vertragsregelungen. Mit dem Beitritt kommt mit uns ein gesondertes Vertragsverhältnis mit dem Inhalt des o. g. Vertrages zustande.
2. Uns ist bekannt, dass der Beitritt erst wirksam wird und das vertragliche Versorgungsrecht bestehen bleibt, sofern und solange die gesetzlichen Anforderungen nach § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V erfüllt sind. Wir erklären, dass wir die gesetzlichen Anforderungen gem. § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V erfüllen und wir nicht bereits aufgrund eines bestehenden Vertrages zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Zum Nachweis nehmen wir Bezug auf das o. a. Präqualifizierungszertifikat. Wir sind darüber informiert, dass die Versorgungsberechtigung mit Ablauf der Gültigkeitsdauer des Präqualifizierungszertifikats endet, sofern wir nicht zuvor die Erteilung eines neuen, sich unmittelbar an den Ablauf der Frist anschließenden Zertifikats nachweisen. Der Nachweis erfolgt durch Mitteilung des in dem neuen Präqualifizierungszertifikat angegebenen Institutionskennzeichens sowie des neuen Ablaufdatums. Maßgebliche Änderungen während der Gültigkeitsdauer des Nachweises über die Erfüllung der Anforderungen aus § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V werden wir unverzüglich dem GKV-Spitzenverband mitteilen.
3. Wir erklären, dass wir dem GKV-Spitzenverband Änderungen zu unseren Angaben in der Beitrittserklärung unverzüglich mitteilen werden. Außerdem werden wir der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (ARGE IK) Änderungen der zum Institutionskennzeichen (IK) hinterlegten Daten (wie Firmenbezeichnung, Firmenadresse, Bankverbindung etc.) unverzüglich melden.
4. Unsere Beitrittserklärung bezieht sich auf den o. g. Vertrag. Weiterhin erklären wir, dass wir dem Beitritt zeitlich nachfolgende zwischen den vertragsschließenden Partnern vereinbarte Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gegen uns gelten lassen, sofern wir nicht innerhalb eines Monats nach Abschluss der Vereinbarung der Vertragsänderungen von der Widerspruchsmöglichkeit nach § 12 Absatz 3 des Vertrages Gebrauch gemacht haben.
5. Uns ist bekannt, dass die jeweilige aktuelle Vertragsversion mit den Änderungen auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes eingestellt ist und die in § 12 Absatz 3 i.V.m. § 11 Absatz 3 genannte Frist – unbeschadet der Information der beigetretenen Leistungserbringer in elektronischer Form oder in Textform – mit der Mitteilung der Änderung auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes beginnt. Wir werden uns regelmäßig über die aktuelle Vertragsversion informieren.
6. Wir sind einverstanden, dass spätere Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages uns gegenüber verbindlich werden, soweit wir ihnen nicht innerhalb der in § 12 Absatz 3 im Verbindung mit § 11 Absatz 3 genannten Frist widersprechen.
7. Mit dem Zugang der Mitteilung unseres Widerspruchs beim GKV-Spitzenverband ist der Beitritt beendet, ohne dass es einer gesonderten Kündigung des Vertragsverhältnisses bedarf.
8. Wir sind damit einverstanden, dass der GKV-Spitzenverband den Pflegekassen die erhobenen und für die Laufzeit des Vertrages mit den Leistungserbringern relevanten Daten zur Durchführung des Bewilligungs- bzw. Abrechnungsverfahrens zur Verfügung stellt. Der GKV-Spitzenverband ist berechtigt, die Richtigkeit der von uns gemachten Angaben zu überprüfen.

Datum

Leistungserbringer

Anlage 6 – Beitrittserklärung Verband

(Der GKV-Spitzenverband behält sich vor, für die Abgabe der Beitrittserklärung ein Onlineformular vorzusehen.)

Zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln nach § 78 Absatz 1 SGB XI

Beitritt zum Vertrag

AC/TK 19/00/P50

Vertragspartnerkennzeichen: _____

AC/TK 19/00/xxx

Vertragspartnerkennzeichen: _____

Verband (Name der Firma)

Ansprechpartner

Straße / Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon

E-Mail

Hiermit erklärt der Verband dem oben genannten Vertrag beizutreten.

1. Wir sind umfassend über die Inhalte des o. g. Vertrages informiert worden. Der Vertragstext liegt uns vor. Der Vertragsinhalt und alle sich daraus ergebenden Rechte und Pflichten, insbesondere die auch in § 10 und § 11 getroffenen Regelungen, sind uns bekannt. Mit dieser Beitrittserklärung erkennt der Verband alle Rechte und Pflichten an und verpflichtet sich zur Einhaltung aller Vertragsregelungen. Mit dem Beitritt kommt mit uns ein gesondertes Vertragsverhältnis mit dem Inhalt des o. g. Vertrages zustande.
2. Wir erklären, dass der Verband dafür Sorge trägt, dass die gesetzlichen Anforderungen gem. § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V durch seine teilnehmenden Mitglieder erfüllt werden. Dem Verband ist bekannt, dass die Vertragsteilnahme seiner Mitglieder erst wirksam wird, wenn die gesetzlichen Anforderungen nach § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V erfüllt sind. Er ist darüber informiert worden,

dass die Versorgungsberechtigung seiner Mitglieder mit Ablauf der Gültigkeitsdauer des Präqualifizierungszertifikats beendet ist, sofern die Mitglieder des Verbandes nicht zuvor die Erteilung eines neuen, sich unmittelbar an den Ablauf der Frist anschließenden Präqualifizierung nachweisen. Der Nachweis erfolgt durch Mitteilung des in dem neuen Präqualifizierungszertifikat angegebenen Institutionskennzeichens sowie des neuen Ablaufdatums. Maßgebliche Änderungen während der Gültigkeitsdauer des Nachweises über die Erfüllung der Anforderungen aus § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V werden wir unverzüglich dem GKV-Spitzenverband mitteilen.

3. Wir erklären, dass der Verband dem GKV-Spitzenverband Änderungen zu den Angaben bezüglich der teilnehmenden Mitglieder unverzüglich mitteilen wird. Außerdem werden wir unsere teilnehmenden Mitglieder darauf hinweisen, dass Änderungen der zu dem Institutionskennzeichen hinterlegten Daten (wie Firmenbezeichnung, Firmenadresse, Bankverbindung etc.) der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (ARGE IK) unverzüglich mitzuteilen sind.
4. Die Beitrittserklärung bezieht sich auf den o. g. Vertrag. Weiterhin erklären wir, dass wir dem Beitritt zeitlich nachfolgende zwischen den vertragsschließenden Partnern vereinbarte Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gegen uns gelten lassen, sofern wir nicht innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe der Vertragsänderungen von der Widerspruchsmöglichkeit nach § 11 Absatz 4 Gebrauch gemacht haben.
5. Uns ist bekannt, dass die jeweilige aktuelle Vertragsversion mit den Änderungen auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes eingestellt ist und die in § 12 Absatz 3 i.V.m. § 11 Absatz 3 genannte Frist – unbeschadet der Information des beitretenden Verbandes in elektronischer Form oder in Textform – mit der Mitteilung der Änderung auf der Homepage des GKV-Spitzenverband beginnt. Wir werden uns regelmäßig über die aktuelle Vertragsversion informieren.
6. Wir sind einverstanden, dass spätere Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages uns gegenüber verbindlich werden, soweit wir ihnen nicht innerhalb der in § 12 Absatz 3 in Verbindung mit § 11 Absatz 3 genannten Frist widersprechen.
7. Mit dem Zugang der Mitteilung unseres Widerspruchs beim GKV-Spitzenverband ist der Beitritt des Verbandes sowie der teilnehmenden Mitglieder des Verbandes beendet, ohne dass es einer gesonderten Kündigung des Vertragsverhältnisses bedarf.
8. Der Verband ist damit einverstanden, dass der GKV-Spitzenverband den Pflegekassen die erhobenen und für die Laufzeit des Vertrages mit den teilnehmenden Leistungserbringern relevanten Daten zur Durchführung des Bewilligungs- bzw. Abrechnungsverfahrens zur Verfügung stellt. Der GKV-Spitzenverband ist berechtigt, die Richtigkeit der von uns gemachten Angaben zu überprüfen.

Datum

Verband
