

Vertrag

**über die Versorgung mit sonstigem Diabetesbedarf nach
§ 127 Abs. 1 SGB V**

– Vertragsnummer: 19 07 D45 –

zwischen der

**AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Hildesheimer Str. 273, 30519 Hannover
vertreten durch den Vorstand, ebenda**

(im Folgenden AOKN genannt)

und

**Name
Straße
Ort**

(im Folgenden Leistungserbringer genannt)

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Gegenstand des Vertrages.....	3
§ 2	Geltungsbereich.....	3
§ 3	Voraussetzungen	3
§ 4	Grundsätze der Versorgung	4
§ 5	Kostenvoranschläge.....	5
§ 6	Haftung und Verzug	6
§ 7	Insolvenz	6
§ 8	Vergütung.....	6
§ 9	Abrechnung	7
§ 10	Datenschutz und Schweigepflicht	10
§ 11	Werbung	10
§ 12	Verstöße gegen gesetzliche und vertragliche Bestimmungen.....	11
§ 13	Inkrafttreten und Kündigung.....	12
§ 14	Salvatorische Klausel	12
Anlage 1	Qualitäts- und Versorgungsstandards	14
Anlage 2	Leistungsbeschreibung.....	17
Anhang 1 zur Anlage 2	: Hinweise zur Genehmigung und Abrechnung.....	19
Anlage 3	Vergütung.....	20
Anlage 4	Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 5 SGB V Mehrkosten- erklärung des Versicherten zur Versorgung mit Hilfsmitteln	21
Anlage 5	Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V Beratung des Versicherten vor Versorgung mit Hilfsmitteln	22
Anlage 6	Erklärung nach § 9 Abs. (2)	23

§ 1

Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand des Vertrages sind die Einzelheiten zur Versorgung der Versicherten der AOKN mit sonstigem Diabetesbedarf.
- (2) Die im Inhaltsverzeichnis genannten Anlagen sind Bestandteil dieser Vereinbarung. Die Anlage 4 und Anlage 5 stellen Muster mit Mindestinhalten dar. Sie können in ihrer Ausführung von dem im Vertrag abgebildeten Muster abweichen.

§ 2

Geltungsbereich

- (1) Der Vertrag gilt für die AOKN und für die Mitglieder des Verbands (nachfolgend: Leistungserbringer), sofern sie die Voraussetzungen nach § 3 erfüllen und dem Vertrag beigetreten sind.
- (2) Der Beitritt ist gegenüber dem Verband zu erklären. Der Verband stellt der AOKN jeweils bei Veränderungen eine Mitgliederliste bzw. eine Liste der Leistungserbringer, die eine geforderte Qualifizierung nach diesem Vertrag nachgewiesen haben, zur Verfügung. Die Übersicht muss mindestens folgende Inhalte haben: Institutionskennzeichen des Leistungserbringers, Name, Anschrift und Kennzeichnung, ob es sich um einen Hauptbetrieb oder eine Filiale (bitte dazu den Hauptbetrieb angeben) handelt. Die bloße Mitgliedschaft bei dem Verband führt nicht automatisch zu einem Beitrittsrecht. Über die Berechtigung oder Nichtberechtigung zur Versorgung und Abrechnung sowie Art und Umfang der Belieferung entscheidet die AOKN.
- (3) Vertrag umfasst die Versorgung aller AOKN-Versicherten sowie aller durch die AOKN betreuten Anspruchsberechtigten.

§ 3

Voraussetzungen

- (1) Zur Versorgung ist der Leistungserbringer nur befugt, wenn er die Präqualifizierungskriterien (§ 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V) und die in diesem Vertrag geregelten Voraussetzungen erfüllt. Diese Voraussetzungen sind für jede Betriebsstätte, die nach diesem Vertrag Leistungen erbringt, zu erfüllen. Liegen die vertraglichen Voraussetzungen bzw. Präqualifizierungskriterien nicht oder nicht mehr vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungen besteht kein Vergütungsanspruch; auch nicht gegenüber dem Versicherten der AOKN. Es gelten die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen zur ausreichenden, zweckmäßigen und funktionsgerechten Herstellung, Abgabe und Anpassung von Hilfsmitteln in der jeweils aktuellen Fassung.
- (2) Der Leistungserbringer bestätigt durch Vertragsabschluss, dass er diese Voraussetzungen erfüllt. Die Erfüllung der Präqualifizierungskriterien ist spätestens mit Vertragsabschluss nachzuweisen. Der Nachweis ist regelmäßig mit der Präqualifizierungsbestätigung erbracht.
- (3) Für die Umsetzung und Prüfung der Eignung der Leistungserbringer nach § 126 Abs. 1a Satz 1 i. V. m. Abs. 1 Satz 2 SGB V, die über eine entsprechende Präqualifizierungsstelle nachgewiesen werden kann, gilt eine Umsetzungsfrist. Der Nachweis der Antragsstellung zur Präqualifizierung ist spätestens bis zum 31.10.2020 erforder-

lich, andernfalls entfällt das vertragliche Versorgungsrecht. Sofern der Leistungserbringer nicht bis zum 31.01.2021 den Präqualifizierungsnachweis übersendet, kann er als ungeeignet i.S.v. § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V angesehen werden und kann bis zur Vorlage des Präqualifizierungsnachweises von der Versorgung der Versicherten der AOKN ausgeschlossen werden.

- (4) Alle tatsächlichen Umstände und Veränderungen, welche seine Eignungsvoraussetzungen nach diesem Vertrag oder die Präqualifizierung betreffen, hat der Leistungserbringer unverzüglich, spätestens innerhalb von 14 Tagen, der AOKN schriftlich mitzuteilen.
- (5) Die Abführung der Mehrwertsteuer obliegt dem Leistungserbringer und ist nicht durch die AOKN sicherzustellen.
- (6) Die AOKN ist berechtigt, in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen, ob diese Voraussetzungen vom Leistungserbringer erfüllt werden.

§ 4

Grundsätze der Versorgung

- (1) Der Leistungserbringer hat eine bedarfsgerechte, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen (§§ 12 und 70 SGB V).
- (2) Der Leistungserbringer stellt eine Einweisung und Beratung der Versicherten und/oder der in Abs. (3) genannten Personen in die Bedienung und Pflege des Hilfsmittels in der Häuslichkeit oder - soweit erforderlich - in Behinderteneinrichtungen, Pflegeheimen oder vergleichbaren Einrichtungen sicher und gewährleistet während der gesamten Versorgungsdauer eine umfassende und sachgerechte Nachbetreuung und Anpassung. Hierbei ist insbesondere der Funktionsbeeinträchtigung und der körperlichen Belastbarkeit des zu Versorgenden und/oder der in Abs. (3) genannten Person Rechnung zu tragen. Nach Zustimmung durch den Versicherten und nachfolgender Terminabsprache ist der Versicherte durch den Leistungserbringer in seinem häuslichen Wohnumfeld aufzusuchen.
- (3) Ist der Versicherte nicht in der Lage, der hilfsmittelbezogenen Beratung, Anleitung und Nachbetreuung zur Versorgung zu folgen, werden diese für die Betreuungsperson, die Pflegeperson oder die pflegenden Angehörigen und/oder bei Bedarf den beteiligten Pflegedienst oder das Pflegepersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt.
- (4) Der Leistungserbringer hat grundsätzlich Hilfsmittel einzusetzen, die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V aufgenommen sind. Bei nicht ins Hilfsmittelverzeichnis aufgenommenen Hilfsmitteln hat der Leistungserbringer sicherzustellen, dass die Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V erfüllt sind. Der Nachweis ist der AOKN auf Verlangen zu erbringen.
- (5) Alle Unterlagen, welche auf Basis dieses Vertrages einzureichen sind, sind im Original einzureichen, sofern im Vertrag nichts Abweichendes geregelt ist.
- (6) Eine Leistung und/oder Abrechnung zulasten der AOKN kann nur aufgrund einer ärztlichen Verordnung erfolgen, sofern in der Anlage 2 nichts Abweichendes geregelt ist.
- (7) Die Versorgung des Versicherten ist unverzüglich nach Eingang der ärztlichen Verordnung beim Leistungserbringer zu beginnen.

- (8) Der Leistungserbringer hat vor der Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten einen Kostenvoranschlag (§ 5) bei der von der AOKN benannten Stelle einzureichen. Dies gilt auch, wenn der Versicherte den Leistungserbringer wechselt. Eine Versorgung ohne vorherige schriftliche Bewilligung der AOKN ist nicht abrechnungsfähig, soweit in der Anlage 2 nichts Abweichendes geregelt ist.
- (9) Soweit eine Versorgung noch nicht erfolgt ist, liefert der Leistungserbringer das Hilfsmittel nach der Genehmigung des Kostenvoranschlages durch die AOKN unverzüglich an den Versicherten aus. Der Leistungserbringer hat sicherzustellen, dass der Versicherte den Empfang bei der Übergabe bestätigt. Der Leistungserbringer überlässt dem Versicherten das Hilfsmittel zur unentgeltlichen Nutzung und gewährleistet eine einwandfreie Beschaffenheit, Betriebs- und Funktionsfähigkeit während der Versorgungsdauer. Das Eigentum an den Hilfsmitteln geht mit der Abgabe an den Versicherten über.
- (10) Es ist unzulässig, ein anderes als das erforderliche und von der AOKN genehmigte Hilfsmittel und/oder das vom Leistungserbringer abgerechnete Hilfsmittel zu liefern.
- (11) Die AOKN ist berechtigt, jede Lieferung in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen.
- (12) Der Leistungserbringer darf keine Versorgung ablehnen.
- (13) Der Leistungserbringer hat eine Versorgung aller Versicherten der AOKN sicherzustellen. Dies gilt auch bei einem Wohnortwechsel.

§ 5

Kostenvoranschläge

- (1) Der Kostenvoranschlag enthält mindestens folgende Angaben und Anlagen:
 - Angaben zum Leistungserbringer (Institutionskennzeichen, Name, Anschrift)
 - Angaben zum Versicherten (Versichertennummer, Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift)
 - Kopie der ärztlichen Verordnung
 - Hersteller, genaue Modell-/Artikelbezeichnung und Zubehör
 - 10-stellige Abrechnungspositionsnummer nach den Richtlinien zum Datenträgers Austausch; die Abrechnungspositionsnummer ist für jede Position des Kostenvoranschlages anzugeben.
 - Menge (Stück)
 - Netto- und Bruttopreis
 - Versorgungszeitraum
- (2) Die AOKN ist berechtigt, im Rahmen des § 12 SGB V für nicht in der Anlage 3 preislich geregelte Hilfsmittel weitere Kostenvoranschläge anderer Leistungserbringer einzuholen. Eine Übermittlung von Sozialdaten an andere Leistungserbringer erfolgt nicht.
- (3) Kostenvoranschläge sind kostenfrei zu erstellen. Nicht vertragskonform erstellte Kostenvoranschläge werden von der AOKN unbearbeitet an den Leistungserbringer zurückgesandt. Als nicht vertragskonform gilt ein Kostenvoranschlag, wenn Kosten nach Satz 1 berechnet werden oder die in Abs. (1) genannten Angaben und/oder Anlagen fehlen oder die Preisregelungen der Anlage 3 nicht eingehalten worden sind.

§ 6

Haftung und Verzug

- (1) Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Ausrüstung, Betriebs- und Funktionsfähigkeit bei der Auslieferung. Der Leistungserbringer haftet für die bei der Leistungserbringung nach diesem Vertrag ggf. entstehenden Schäden, die dem Versicherten, der AOKN oder Dritten durch Hilfsmittel entstehen, die fehlerhaft ausgeliefert worden sind. Eine Haftung der AOKN für Schäden, die unmittelbar oder mittelbar durch die Leistungserbringung entstehen, ist ausgeschlossen. Ebenso ist der Rückgriff auf den Versicherten und/oder dessen Hilfsperson ausgeschlossen, sofern keine schuldhafte Schadensverursachung durch den Versicherten oder seine Hilfsperson vorliegt.
- (2) Zur Erfüllung der Vorschriften nach Abs. (1) schließt der Leistungserbringer eine ausreichende Haftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ab. Der Leistungserbringer hat der AOKN das Ende der Versicherung unverzüglich mitzuteilen.
- (3) Stellt der Leistungserbringer die bedarfsgerechte Versorgung nicht lückenlos sicher, gerät er in Verzug, ohne dass es einer Mahnung bedarf, wenn er innerhalb der in diesem Vertrag genannten Fristen (z. B. § 4 Abs. (7) und (9) sowie Anlage 1 Nr. 3.6) nach Auftragserteilung die Versorgung nicht gewährleistet hat. Die dadurch entstehenden Mehrkosten, z.B. durch die Versorgungen durch einen anderen Leistungserbringer, gehen zu Lasten des Leistungserbringers. Weitergehende Rechte bleiben unberührt. Die AOKN behält sich eine Aufrechnung nach § 9 Abs. (14) vor.
- (4) Der Leistungserbringer stellt die AOKN von jeglicher Haftung, insbesondere in Bezug auf Bußgelder und Schadensersatzforderungen aufgrund Verletzung von Betreiberpflichten, frei, die daraus resultieren, dass der Leistungserbringer die ihm übertragenen Aufgaben aus der MPBetreibV nicht ordnungsgemäß erbringt.

§ 7

Insolvenz

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, der AOKN die Beantragung und Eröffnung eines Insolvenzverfahrens oder die Abweisung des beantragten Insolvenzverfahrens mangels Masse unverzüglich anzuzeigen. Soweit es zu einer Liquidierung und/oder Übertragung des Unternehmens kommt, ist die AOKN unverzüglich zu informieren.
- (2) Im Falle der Insolvenz sind der AOKN alle laufenden Versorgungsfälle zu benennen.

§ 8

Vergütung

- (1) Die Vergütung richtet sich nach der Anlage 3. Hierbei handelt es sich um Preise im Sinne von Höchstpreisen. Es handelt sich um Nettopreise, es sei denn in Anlage 3 ist etwas anderes geregelt.
- (2) Mit der Vergütung ist der im Vertrag beschriebene Leistungsumfang abgegolten. Eine darüberhinausgehende Forderung einer Zahlung oder Kostenbeteiligung neben der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung gegenüber dem Versicherten ist unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.

- (3) Der Leistungserbringer hat den Versicherten vor der Leistungsanspruchnahme über die gesetzliche Zuzahlung gemäß § 33 Abs. 8 SGB V zu informieren. Die Zuzahlung ist gemäß den gesetzlichen Bestimmungen vom Leistungserbringer einzubehalten. Sie ist dem Versicherten auf Wunsch kostenlos zu quittieren.
- (4) Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten können dem Versicherten nur dann entstehen, wenn er eine Versorgung im Sinne des § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V wählt. Der Leistungserbringer kann dem Versicherten für solche Leistungen nur dann Mehrkosten in Rechnung stellen, wenn der Versicherte die Mehrleistung ausdrücklich gefordert hat, dem Leistungserbringer hierüber eine schriftliche Bestätigung des Versicherten vorliegt und der Leistungserbringer den Versicherten vor der Abgabe des Hilfsmittels schriftlich über die Kostenpflichtigkeit der Leistung und höhere Folgekosten informiert hat. Die schriftliche Aufklärung des Versicherten über die Kostenpflichtigkeit und die Bestätigung vom Versicherten ist vom Leistungserbringer gemäß Anlage 4 zu dokumentieren und der AOKN auf Anforderung zur Verfügung zu stellen. Dem Versicherten ist eine Durchschrift des Dokuments auszuhändigen.

§ 9

Abrechnung

- (1) Der Leistungserbringer rechnet alle Leistungen im Sinne dieses Vertrages mit den in der Kostenträgerdatei benannten Stellen ab.
- (2) Mit Vertragsabschluss informiert der Leistungserbringer die AOKN schriftlich über alle Institutionskennzeichen (IK), mit denen eine Abrechnung nach diesem Vertrag erfolgen soll (Anlage 6). Die Abrechnung mit einem anderen IK ist nur nach schriftlicher Zustimmung durch die AOKN möglich. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, der AOKN Änderungen seines IK oder seiner Anschrift unverzüglich schriftlich anzuzeigen.
- (3) Jeder Abrechnung ist die ärztliche Verordnung im Original beizufügen. Hiervon abweichend ist die Verordnung bis zu einer Dauer von 3 Monaten gültig. Bei Teillieferungen ist der Abrechnung der jeweils ersten Lieferung die Originalverordnung beizufügen. Die folgenden zwei Monate sind jeweils mit einer Kopie der Originalverordnung abrechenbar.
- (4) Für die Abrechnung sind die Vertragsnummer und die Abrechnungspositionsnummern nach Anlage 3 maßgebend. Die Abrechnung mit einer anderen Vertragsnummer und/oder einer anderen Abrechnungspositionsnummer ist nicht möglich. Folgende weitere Datenfelder sind verpflichtend anzugeben: Faktor, Versorgungszeitraum sowie die Anzahl der versorgten Monate. Bei zum Gebrauch bestimmten Hilfsmitteln entfallen die Angaben zum Versorgungszeitraum und die Anzahl der versorgten Monate. Eine Zahlung erfolgt im Falle der Angabe einer anderen Vertragsnummer und/oder einer anderen Abrechnungspositionsnummer sowie bei fehlender Anlieferung der Datenfelder Versorgungszeitraum von, Versorgungszeitraum bis, Anzahl/Menge und Versorgungszeitraum (Anzahl versorgte Monate) nicht.
- (5) Für genehmigungsfreie Hilfsmittel gilt, dass neben im Vertrag definierten Angaben und Unterlagen zusätzlich versichertenbezogen für jede Abrechnung in den Urbelegen und im Datensatz unter dem TXT-Segment die gültige PZN einzutragen ist. Der achtstelligen PZN-Nummer ist das Wort „PZN“ voranzustellen. Wenn im TXT-Segment zusätzlich die Paketverfolgungsnummer (§ 9, Abs. (9)) eingetragen wird, müssen diese Positionen durch einen Schrägstrich (z.B. PZN12345678/123456789) voneinander getrennt werden.
- (6) Die Rechnungen können, bezogen auf den DTA nach § 302 SGB V, alternativ als Sammel- oder Einzelrechnung eingereicht werden. Die AOKN bezahlt die Rechnung

innerhalb von 4 Wochen nach Rechnungseingang. Wird die Zahlung durch Überweisung vorgenommen, gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wird. Verzugsschäden sind ausgeschlossen. Nur wenn die AOKN innerhalb dieser Zahlungsfrist die Rechnung nicht begleicht und der Leistungserbringer schriftlich mahnt, sind für den Rechnungsbetrag ab Eingang der Mahnung Verzugszinsen entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen zu zahlen, wenn der Leistungserbringer diese gegen Einzelnachweis schriftlich geltend macht. Ein Verzug der AOKN scheidet allerdings aus, soweit die AOKN berechtigt war, die Bezahlung der Rechnung zu verweigern oder im Falle einer Berechtigung nach Abs. (13) oder eine Aufrechnungslage nach Abs. (14) oder (15) gegeben war.

- (7) Nachberechnungen für Zuzahlungsbeträge sind im DTA nach § 302 SGB V abzurechnen.
- (8) Die Rechnung darf erst nach Übergabe des Hilfsmittels zur Bezahlung vorgelegt werden.
- (9) Für jede im Rahmen dieses Vertrages erbrachte Leistung ist die Empfangsbestätigung des Versicherten oder dessen gesetzlichen Vertreters mit Unterschrift und Datum einzuholen. Empfangsbestätigungen sind nach den Regelungen dieses Vertrages (Anlage 2 in Verbindung mit Anhang 1 zur Anlage 2) der Abrechnung beizufügen. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Empfangsbestätigung zu archivieren. Eine elektronische Archivierung ist zulässig. Erfolgt die Lieferung über einen Paketdienst, ist die Angabe einer Paketverfolgungsnummer in der Abrechnung ausreichend. Die Paketverfolgungsnummer ist jeweils versichertenbezogen in den Urbelegen und im Datensatz unter dem TXT-Segment anzugeben. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Empfangsbestätigungen für Lieferungen für 6 Jahre nach Rechnungseingang bei der AOKN vorgelegt werden können. Die AOKN ist in diesen Fällen berechtigt, die jeweiligen Empfangsbestätigungen für einzelne bzw. für alle Versorgungen anzufordern.
- (10) Für die Abrechnung gelten die Bestimmungen des § 302 SGB V. Die Abrechnungen sind nach den Vorgaben über Form und Inhalt der gemeinsamen Richtlinien der Spitzenverbände gemäß § 302 Abs. 2 SGB V zu erstellen und enthalten die hier benannten abrechnungsrelevanten Angaben und Urbelege. Die erbrachten Leistungen sind aus den Anlagen zur Rechnung im Einzelnen als Text ersichtlich. Abrechnungen, die diesen Anforderungen nicht entsprechen, können unbezahlt zurückgewiesen werden. Es gilt der in der Anlage 3 aufgeführte Leistungserbringergruppenschlüssel. Werden die Daten der AOKN vom Leistungserbringer nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, werden die Daten von der AOKN nacherfasst. Für die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten erfolgt gemäß § 303 Abs. 3 SGB V eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 5 v. H. des Rechnungsbetrages.
- (11) Bei mangelnder Prüffähigkeit, erheblichen Differenzen in der Abrechnung oder der Abrechnung anderer als der in der Anlage 3 vereinbarten Preise kann die AOKN dem Leistungserbringer sowohl die eingereichten Unterlagen zur Prüfung zurückgeben als auch die Abrechnung verweigern. Der Nachweis des vollständigen Einganges der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle.
- (12) Erfolgt die Abrechnung durch eine zentrale Abrechnungsstelle, so zahlt die Krankenkasse an die Abrechnungsstelle mit befreiender Wirkung. Dies gilt solange, bis ein schriftlicher Widerruf des Abrechnungsauftrages durch den Leistungserbringer bei der AOKN eingegangen ist. Eine Abtretung der Forderung des Leistungserbringers gegenüber der AOKN ist nur an eine zentrale Abrechnungsstelle zulässig (§§ 398, 399 BGB) und muss der AOKN auf Verlangen schriftlich angezeigt werden. Die Abrechnungsstelle gilt als Erfüllungsgehilfe (§ 278 BGB) des Leistungserbringers.

- (13) Die AOKN ist berechtigt, die Rechnungen rechnerisch und sachlich nachzuprüfen. Dabei festgestellte Fehler werden berichtigt und der rechnungslegenden Stelle mitgeteilt. Die AOKN nimmt Kürzungen der Rechnungen insbesondere immer dann vor, soweit:
- die medizinische Notwendigkeit der Versorgung nicht gegeben war,
 - die Versorgung nicht bedarfsgerecht, ausreichend, zweckmäßig und/oder funktionsgerecht war,
 - kein Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber der AOKN bestand (z. B. Zuständigkeit einer anderen Krankenversicherung oder eines anderen Kostenträgers, z. B. Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft),
 - die vertraglich definierten abrechnungsbegleitenden Unterlagen dem Abrechnungsfall nicht beigelegt oder Nachweise und/oder Unterlagen auf Verlangen der AOKN nicht vorgelegt wurden,
 - die gesetzliche Zuzahlung entsprechend der Regelungen nach § 61 SGB V vom Leistungserbringer nicht einbehalten wurde,
 - ein höherer als der vertraglich vereinbarte Preis abgerechnet wurde,
 - andere Leistungen als die vertraglich vereinbarten abgerechnet wurden,
 - der Leistungserbringer Leistungen mehrfach abgerechnet hat,
 - Hilfsmittel und/oder Leistungen berechnet wurden, die nicht geliefert und/oder erbracht wurden oder nicht der ärztlichen Verordnung entsprachen,
 - Verstöße gegen gesetzliche oder vertragliche Bestimmungen gemäß § 12 vorliegen,
 - bei der Versorgung gegen sonstige Bestimmungen dieses Vertrages oder gesetzliche Regelungen verstoßen wurde.

Die Unrichtigkeiten können innerhalb von 12 Monaten nach Eingang der Rechnung beanstandet werden. Sie sind der rechnungslegenden Stelle mitzuteilen. Die daraus resultierenden Rückforderungen können stets sofort aufgerechnet werden. Sofern der Leistungserbringer der Beanstandung innerhalb von 2 Monaten abhilft, kann er die Abrechnung erneut einreichen.

Widerspricht der Leistungserbringer oder eine Abrechnungsstelle der Beanstandung unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von 2 Monaten schriftlich oder kann der Beanstandung nicht innerhalb von 2 Monaten abhelfen, so gilt diese als anerkannt. Diese Frist gilt ebenfalls für die Neueinreichung einer Rechnung.

- (14) Forderungen gegen den Leistungserbringer kann die AOKN mit einer Folgerechnung des Leistungserbringers aufrechnen. Hierüber ist der Leistungserbringer schriftlich zu informieren. Kann im Einzelfall keine Aufrechnung mit einer Folgerechnung erfolgen, sind Forderungen innerhalb von 4 Wochen fällig und in diesem Zeitraum vom Leistungserbringer zu begleichen.
- (15) Zwischen den Vertragspartnern besteht Einvernehmen, dass ein Leistungserbringer, der für Rechnung der gesetzlichen Krankenkassen arbeitet, die Gesamtsozialversicherungsbeiträge für seine Beschäftigten pünktlich entrichtet sowie im Rahmen der Vertragsbeziehungen entstandene Forderungen der AOKN ordnungsgemäß begleicht. Der Leistungserbringer verpflichtet sich daher, seine Forderungen gegen die AOKN nicht an Dritte abzutreten, wenn und soweit seitens der AOKN oder anderen Landes-AOK gegen ihn Ansprüche wegen rückständiger Gesamtsozialversicherungsbeiträge, Überzahlungen (Rückforderungen) oder sonstiger Forderungen bestehen. Zur Sicherung derartiger Forderungen besteht zugunsten der AOKN ein Abtretungsausschluss nach § 399 BGB. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die AOKN auch im Fall

einer verbotswidrigen Abtretung berechtigt ist, gegenüber der Abrechnungsstelle die Zahlung zu verweigern und mit ihren Ansprüchen gegen den Leistungserbringer aufzurechnen (vgl. § 354 a HGB).

§ 10

Datenschutz und Schweigepflicht

- (1) Die gesetzlichen Vorschriften für den Datenschutz sind zu beachten.
- (2) Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gem. Art. 32 EU-DSGVO insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten.
- (3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekanntwerdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus.
- (4) Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.
- (5) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.
- (6) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich des Versicherten und dessen Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Geheimhaltungspflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst (MD) und der AOKN, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der AOKN erforderlich sind, vgl. §§ 294 ff. SGB V.
- (7) Verstöße gegen das Datenschutzrecht bzw. Sozialdatenschutzrecht nach den §§ 85 und 85a SGB X, der §§ 42 oder 43 BDSG sowie weiterer einschlägiger Rechtsvorschriften können mit einer Geldbuße, Freiheits- oder Geldstrafen geahndet werden. Auch kann eine Verletzung spezieller Geheimhaltungsvorschriften (insbesondere § 203 StGB) vorliegen.
- (8) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die AOKN unverzüglich über an die Aufsichtsbehörde nach Art. 33 EU-DSGVO gemeldete Datenschutzverstöße im Zusammenhang mit diesem Vertrag zu informieren.

§ 11

Werbung

- (1) Der Leistungserbringer darf nicht Ärzte oder Versicherte zur Stellung von Anträgen auf Bewilligung von Hilfsmitteln motivieren oder beeinflussen oder in einer anderen personenbezogenen Weise werben. Zahlungen des Leistungserbringers für die vorgenann-

ten Zwecke an verordnende Ärzte sind unzulässig. Zuwiderhandlungen gegen diese Verpflichtungen sind grobe Verstöße gegen diesen Vertrag (vgl. § 12).

- (2) Notwendige Beratungen mit dem Vertragsarzt und/oder dem Versicherten über die Hilfsmittelversorgung sind nicht ausgeschlossen.
- (3) Werbemaßnahmen der Leistungserbringer dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOKN oder anderer Krankenkassen beziehen.

§ 12

Verstöße gegen gesetzliche und vertragliche Bestimmungen

- (1) Erfüllt ein Leistungserbringer die sich aus dieser Vereinbarung und/oder gesetzlichen Vorschriften ergebenden Verpflichtungen nicht, so kann die AOKN nach Anhörung des Betroffenen eine Verwarnung aussprechen oder bei wiederholten oder groben Verstößen die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe bis 25.000 EUR verlangen.
- (2) Bei wiederholten oder groben Verstößen kann die AOKN den Vertrag fristlos kündigen und den Leistungserbringer bis zu einer Dauer von zwei Jahren von der Belieferung mit Hilfsmitteln bestimmter Produktgruppen ausschließen.
- (3) Die Vertragsmaßnahmen nach den Abs. (1) und (2) können auch nebeneinander verhängt werden.
- (4) Als Vertragsverstöße sind zum Beispiel anzusehen:
 - Abrechnungsmanipulationen, die schuldhaft im Zusammenhang mit Falschabrechnungen getätigt werden. Dies betrifft insbesondere die Berechnung von Hilfsmitteln, die nicht geliefert oder von Leistungen, die nicht erbracht wurden sowie die Abrechnung von Hilfsmitteln, die nicht der ärztlichen Verordnung entsprechen.
 - Die Abrechnung einer ordnungsgemäßen Leistung, die aber auf einer bewussten Fehlinformation des verordnenden Arztes durch den Leistungserbringer über den Versicherten beruht. Dies ist insbesondere der Fall, wenn der Leistungserbringer falsche Angaben über den Versicherten übermittelt, die eine ärztliche Verordnung zur Folge haben, die eine nicht notwendige Leistung betrifft.
 - Die Nichterfüllung der fachlichen, personellen und/oder räumlichen Voraussetzungen nach § 3.
 - Qualitätsmängel des Hilfsmittels, die eine Gefährdung des Versicherten zur Folge haben können. Die Bewertung, ob ein Qualitätsmangel vorliegt, erfolgt grundsätzlich durch einen öffentlich vereidigten Sachverständigen.
 - Die Forderung bzw. Annahme von Zahlungen zu Vertragsleistungen durch die Versicherten, die nicht den gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen entsprechen.
 - Annahme von Aufträgen und deren Weitergabe (Vermittlung) an Dritte gegen Entgelt oder das Erlangen anderer geldwerter Vorteile.
 - Verstöße gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen oder die Vertraulichkeit.
 - Wiederholte Beanstandungen bei nicht vertragskonform erstellten Kostenvoranschlägen nach § 5 Abs. (3).
 - Verstöße gegen die ordnungsgemäße Erbringung der Aufgaben aus der MPBetreibV nach Anlage 1 Nr. 1 des Vertrages.
- (5) Als Gesetzesverstöße sind zum Beispiel anzusehen:

- die Abgabe von Hilfsmitteln aus Depots bei Vertragsärzten, in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen gemäß § 128 Abs. 1 SGB V,
 - wenn Leistungserbringer entgegen § 128 Abs. 2 SGB V Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren,
 - wenn Leistungserbringer entgegen § 128 Abs. 2 SGB V für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, eine Vergütung zahlen.
- (6) Unabhängig von den Maßnahmen nach den Abs. (1) und (2) ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden zu ersetzen. Das Recht der AOKN zur Nachprüfung und Berichtigung nach § 9 Abs. (13) bleibt von Vertragsmaßnahmen unberührt.
- (7) Die AOKN kann den Verzicht auf die Genehmigung nach Anlage 2 ändern, sofern ein Vertragsverstoß nach § 12 vorliegt.
- (8) Schwerwiegende Verstöße gegen die vertraglichen und gesetzlichen Pflichten nach dem SGB V werden der Stelle, die das Zertifikat nach § 126 Abs. 1a S. 2 SGB V erteilt hat (Präqualifizierungsstelle), mitgeteilt.

§ 13

Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.09.2020 in Kraft und gilt für alle ab diesem Zeitpunkt ausgestellten ärztlichen Verordnungen. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 30.09.2021, schriftlich gekündigt werden.
- (2) Laufende Versorgungen sind von einer Kündigung nicht betroffen. Sie werden bis zum Ablauf des Versorgungszeitraums nach dieser Vereinbarung zu Ende geführt.
- (3) Für die separate Kündigung der Anlage 2 und Anlage 3 gelten die dort vereinbarten Fristen.
- (4) Kündigungen und Änderungen bedürfen der Schriftform.
- (5) Sollten niedrigere Festbeträge gem. § 36 Abs. 2 SGB V als die vereinbarten Höchstpreise festgesetzt werden, gelten die vereinbarten Höchstpreise als aufgehoben, ohne dass es einer schriftlichen Kündigung bedarf.
- (6) Alle übrigen Verträge oder Teile von Verträgen der AOKN, die die Versorgung mit Hilfsmitteln der Anlage 3 betreffen, werden mit Abschluss dieses Vertrages gegenstandslos, sofern in Anlage 2 keine abweichenden Regelungen getroffen worden sind.

§ 14

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam oder undurchführbar sein oder werden oder sollte sich in dieser Vereinbarung eine Lücke befinden, so wird hierdurch die Gültigkeit der übrigen Regelungen dieser Vereinbarung nicht berührt. Anstelle der unwirksamen oder undurchführbaren Regelung gilt diejenige Bestimmung als vereinbart, die dem Zweck der unwirksamen oder undurchführbaren Regelung am nächsten kommt. Im Falle einer Lücke gilt diejenige Bestimmung als vereinbart, die dem

entspricht, was nach dem Zweck dieses Vertrages vereinbart worden wäre, hätten die Vereinbarungspartner die Angelegenheit von vornherein bedacht. Die Festlegung der vereinbarten Regelung nach Satz 2 und/oder 3 sowie Änderungen der Vereinbarung erfolgen durch einstimmigen Beschluss der Vereinbarungspartner und bedürfen der Schriftform.

Hannover,

Ort,

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

Name des Verbands

Anlage 1 Qualitäts- und Versorgungsstandards

1 Grundsätze

- 1.1 Der Leistungserbringer muss für die erbrachten Leistungen (z.B. Abgabe) vom Hersteller oder seinem autorisierten inländischen Vertreiber durch Schulung und Ausstattung berechtigt sein, diese zu erbringen. Die notwendigen Zertifikate und Bescheinigungen sind – soweit nicht im Rahmen des Präqualifizierungsverfahrens zu erbringen – der AOKN auf Verlangen vorzulegen.
- 1.2 Der Leistungserbringer ist verpflichtet, während der Versorgungsdauer Überprüfungen nach Herstellervorgaben und der MPBetreibV sowie dem MPG mit entsprechendem Fachpersonal nach den geltenden Bestimmungen durchzuführen und zu dokumentieren. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, über seinen Sicherheitsbeauftragten etwaige Vorkommnisse an das BfArM zu melden.
- 1.3 Die AOKN hat gemäß § 3 Abs. 2 Satz 1 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) die Pflichten eines Betreibers. Der Leistungserbringer übernimmt gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden Aufgaben. Diese umfassen insbesondere die Einweisung in die ordnungsgemäße Handhabung des Medizinproduktes (§ 4 Abs. 3 Satz 1 MPBetreibV) und Instandhaltung unter Berücksichtigung der Herstellerangaben (§ 7 MPBetreibV) sowie die Dokumentation der Einweisung bei der Abgabe aktiver nichtimplantierbarer Medizinprodukte (§ 4 Abs. 3 Satz 3 MPBetreibV), das Führen der Bestandsverzeichnisse (§ 13 MPBetreibV) für aktive nichtimplantierbare Medizinprodukte, die Durchführung der Sicherheitstechnischen Kontrollen (§ 11 MPBetreibV) für Medizinprodukte der Anlage 1 der MPBetreibV, die Durchführung der Messtechnischen Kontrollen (§ 14 MPBetreibV) für Medizinprodukte der Anlage 2 der MPBetreibV und das Führen der Medizinproduktebücher (§ 12 MPBetreibV) für Medizinprodukte der Anlagen 1 und 2 der MPBetreibV.
- 1.4 Die Einhaltung der vorgenannten Aufgaben (z.B. die Dokumentation der Einweisung) ist zu dokumentieren. Die entsprechende Dokumentation ist der AOKN auf Verlangen vorzulegen.
- 1.5 Die AOKN ist verpflichtet, die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer nach dem SGB V zu überwachen. Gem. § 127 Abs. 7 SGB V führt die AOKN zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch.
Die Leistungserbringer sind verpflichtet, der AOKN auf Verlangen die für die Prüfungen nach Satz 1 erforderlichen einrichtungsbezogenen Informationen und Auskünfte zu erteilen und die von den Versicherten unterzeichnete Bestätigung über die Durchführung der Beratung nach § 127 Absatz 5 Satz 1 SGB V (Anlage 1, 3.3) vorzulegen. Soweit es für Prüfungen nach Satz 1 erforderlich ist und der Versicherte nach vorheriger Information schriftlich eingewilligt hat, kann die AOKN von den Leistungserbringern auch die personenbezogene Dokumentation über den Verlauf der Versorgung einzelner Versicherter anfordern. Die Leistungserbringer sind insoweit zur Datenübermittlung verpflichtet.

2 Personelle Anforderungen

- 2.1 Der Leistungserbringer erfüllt die in den Präqualifizierungskriterien genannten personellen Anforderungen.

- 2.2 Der Leistungserbringer stellt sicher, dass für Leistungen nach diesem Vertrag, wie z. B. die hilfsmittelbezogene Einweisung, Beratung und Versorgung ausschließlich qualifiziertes Personal eingesetzt wird, welches über die erforderliche Fachkunde, Sachkenntnis und Erfahrung verfügt.
- 2.3 Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Mitarbeiter durch regelmäßige fachliche Information und Einweisung z. B. durch den Hersteller des Hilfsmittels für die Leistungserbringung nach diesem Vertrag weitergebildet sind.
- 2.4 Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich und seine Mitarbeiter durch regelmäßige fachspezifische Weiterbildung stets auf dem neuesten Stand der Erkenntnisse seines Arbeitsgebietes zu halten. Die Schulungen der Mitarbeiter sind vom Leistungserbringer zu dokumentieren.

3 Hilfsmittelbezogene Einweisung, Beratung, Schulung und Versorgung

- 3.1 Der Leistungserbringer führt zu Beginn der Versorgung mit dem Versicherten und/oder den in § 4 Abs. (3) genannten Personen ein Beratungs- und Informationsgespräch zur individuellen Bedarfsermittlung sowie über die Auswahl und Anwendung des sonstigen Diabetesbedarfs.
- 3.1.1 Die Beratung und Einweisung erfolgt insbesondere mit dem Ziel, den Versicherten und/oder die in § 4 Abs. (3) genannten Personen in die Lage zu versetzen, den sonstigen Diabetesbedarf im alltäglichen Gebrauch in ihrer Funktion zu bedienen und zu beherrschen. Sie erfolgt insbesondere in folgenden Gebieten:
- Beratung bei der Auswahl¹ und Anpassung der Erstversorgung, Erprobung ggf. verschiedener Produkte zur Auswahl der geeigneten Versorgung
 - Beratung zur Erkennung und Vermeidung von Komplikationen
 - Umfassende Einweisung in den Gebrauch und Anleitung zur eigenständigen Hilfsmittelversorgung
 - Schulung im Handling der zum Einsatz kommenden Produkte mit Pflege- und Hygienemaßnahmen sowie Versorgungswechsel
 - Art und Menge der zum Einsatz kommenden Produkte unter Berücksichtigung des Maßes des medizinisch Notwendigen
 - Information über die Eigentumsverhältnisse einschließlich Beratung zur Vermeidung von Schäden am Hilfsmittel und möglicher Folgen
 - Name, Anschrift und Telefonnummer des Leistungserbringers sind dem Versicherten bei der Erstversorgung bekannt zu geben
- 3.1.2 Auf Wunsch des Versicherten oder bei Komplikationen erfolgt die Beratung vor Ort, sofern im Rahmen einer telefonischen Beratung keine Abhilfe geschaffen werden kann (z. B. mehrere erfolglose Bemusterungen).
- 3.1.3 Der Leistungserbringer verfügt für die in Nr. 3.1 genannten Zwecke über ein ausreichendes Produktsortiment verschiedener Hersteller für die Auswahl der geeigneten und wirtschaftlichen Versorgung. Der Leistungserbringer verfügt über eine hinreichende Anzahl an aufzahlungsfrei zu versorgenden Produkten. Vom Leistungserbringer werden Vorführ- und Testmuster verschiedener Hersteller in ausreichender Anzahl vorgehalten.

¹Die Beratung bzgl. der Auswahl des Hilfsmittels entfällt, sofern der verordnende Arzt auf dem Muster 16 ein konkretes Produkt benannt hat.

- 3.1.4 Der Leistungserbringer stellt dem Versicherten eine Gebrauchsanweisung für die Handhabung und Anwendung der einzelnen Hilfsmittel zur Verfügung.
- 3.2 Weitere telefonische und/oder persönliche Beratungsgespräche werden vom Leistungserbringer nach Bedarf oder nach Anforderung des Versicherten sichergestellt.
- 3.3 Die Beratungsgespräche nach Nr. 3.1 sind vom Leistungserbringer unter Beachtung der Vorgaben des § 10 grundsätzlich schriftlich zu dokumentieren und durch Unterschrift des Anspruchsberechtigten bestätigen zu lassen (Anlage 5). Die Dokumentation in elektronischer Form ist unter Beachtung der Anforderungen gem. § 126a BGB möglich. Die Dokumentationspflicht entfällt, soweit Hilfsmittel im Rahmen des Sachleistungssystems aufzahlungsfrei an den Versicherten abgegeben werden. Auf Verlangen der AOK ist die Dokumentation gemäß Anlage 5 unverzüglich vorzulegen. Weitere Beratungsgespräche nach Nr. 3.2 sind vom Leistungserbringer unter Beachtung der Vorgaben des § 10 zu dokumentieren. Der Leistungserbringer hat den Nachweis über die Durchführung der Beratungsgespräche gegenüber der AOKN auf Anforderung zu erbringen, indem er der AOKN das Datum der Beratung sowie deren wesentlichen Inhalte entsprechend Nr. 3.1.1 übermittelt.
- 3.4 Der medizinisch notwendige Bedarf an Hilfsmitteln ist vom Leistungserbringer individuell zu ermitteln. Die Lieferung der Hilfsmittel erfolgt frei Haus und in neutraler Verpackung bis hinter die Wohnungstür. Auf Wunsch des Versicherten hat der Leistungserbringer hierzu mit dem Versicherten einen verbindlichen Liefertermin zu vereinbaren, der eine durchgehende Verfügbarkeit der medizinisch notwendigen Hilfsmittel gewährleistet.
- 3.5 Den Lieferungen ist ein Lieferschein beizufügen, der Angaben über Art und Anzahl der abgegebenen Leistungen sowie den Versorgungszeitraum enthält.
- 3.6 Die Versorgung im Rahmen der Nachlieferung ist grundsätzlich spätestens innerhalb von 48 Stunden nach Auftragserteilung sicherzustellen. Die Auslieferung kann nur in Abstimmung mit dem Versicherten innerhalb einer anderen Frist erfolgen.
- 3.7 Der Leistungserbringer gewährleistet die Bereitstellung einer Service-Nummer für telefonische Anfragen von Versicherten bzw. betreuenden Personen, Ärzten und der AOKN mindestens von Montag bis Freitag (außer an niedersächsischen Feiertagen) in der Zeit von 9.00 Uhr bis 17.00 Uhr. Die Nutzung darf im Vergleich zu normalen Ortsgesprächen keine Mehrkosten verursachen.

4 Organisatorische, räumliche und sachliche Anforderungen

Der Leistungserbringer erfüllt die in den Präqualifizierungskriterien genannten organisatorischen, räumlichen und sachlichen Anforderungen.

Anlage 2 Leistungsbeschreibung

1 Umfang der Leistung

Mit der Vergütung sind insbesondere folgende Leistungen des Leistungserbringers abgegolten:

1.1 Hilfsmittelbezogene Versorgung

- Versorgung durch qualifiziertes Personal (Anlage 1) während des gesamten Versorgungszeitraums mit allen Hilfsmitteln, einschließlich Zubehör, Verbrauchsmaterial und Ersatzteilen, die zur Sicherstellung einer lückenlosen, bedarfsgerechten, ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung im Einzelfall medizinisch notwendig sind. Hierzu zählen insbesondere:
 - Lieferung der im Einzelfall erforderlichen Hilfsmittel frei Haus und in neutraler Verpackung bis hinter die Wohnungstür
 - Übernahme aller mit der Lieferung des Hilfsmittels verbundenen Kosten, z. B. für den Versand, die Verpackung, Arbeitszeiten und Versicherungen
 - Der Vertrag umfasst nicht die Versorgung von Versicherten mit sonstige Diabetesbedarf, die über andere Vereinbarungen (z. B. Sprechstundenbedarf, ärztliche Sachkosten) durch die AOKN zu vergüten sind.
 - Die Bereitstellung des Hilfsmittels während des gesamten Versorgungszeitraums umfasst auch:
 - Medizinisch notwendige Um- bzw. Nachrüstungen sowie Umversorgungen mit einem anderen Produkttyp
 - Ersatzbeschaffungen/Einsatz von ggf. erforderlichen Ersatz- und Notfallprodukten
 - Versorgung bei einem Wohnortwechsel nach § 18 4 Abs. (13)

1.2 Einweisung, Beratung und Schulung

- Einweisung und Schulung durch qualifiziertes Personal (Anlage 1) einschließlich individueller Bedarfsermittlung, Anpassung und Erprobung gemäß § 4 Abs. (2) und (3) sowie Anlage 1
- Überlassung einer Gebrauchsanweisung
- Beratung gemäß Anlage 1

1.3 Weitere Dienst- und Serviceleistungen

- Erbringung aller mit der Versorgung im Einzelfall zusammenhängenden Dienst- und Serviceleistungen, wie z. B.
 - Sicherstellung und Einhaltung der Qualitäts- und Versorgungsstandards nach Anlage 1
 - Sach- und fachgerechte Durchführung notwendiger technischer Kontrollen, Wartungen gemäß MPG/MPBetreibV und Reparaturen einschließlich Dokumentation (Anlage 1)
 - Erstellung von Kostenvoranschlägen

- Sicherstellung der Dokumentation nach diesem Vertrag
- Rückholung, Einlagerung, Aussonderung und Verschrottung
- Versicherungen gemäß § 6
- Sicherstellung der Aufgaben aus der MPBetreibV nach Anlage 1 Nr. 1 des Vertrages

2 Genehmigung- und Abrechnungsverfahren

Der Anhang 1 zur Anlage 2 beinhaltet Hinweise zu notwendigen Anlagen zum Kostenvoranschlag bzw. zur Abrechnung.

3 Genehmigungsverzicht nach § 4 Abs. (8)

Die AOKN verzichtet bei Versorgungen abweichend von § 4 Abs. (8) bis auf Widerruf auf eine Genehmigung.

Diese Anlage kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, erstmals zum 30.09.2021, schriftlich gekündigt werden.

Anhang 1 zur Anlage 2: Hinweise zur Genehmigung und Abrechnung

Abrechnungs- positions- nummer	Hilfsmittel- kennzeichen	Bezeichnung	Genehmigungs- pflicht nach § 4 Abs. (8)	Der Abrechnung sind beizufügen:	
				Fach-/Ärztliche Verordnung nach § 4 Abs. (6) ²	Empfangsbestäti- gung nach § 9 Abs. (9)
03.29.01.0xxx	00	Insulin Kunststoffspritzen	Nein ³	Ärztliche VO	Ja
03.29.01.1xxx	00	Kunststoffspritzen	Nein ³	Ärztliche VO	Ja
03.29.02.0xxx	00	Insulin-Pens	Nein ³	Ärztliche VO	Ja
03.29.02.1xxx	00	Sonstige-Pens	Nein ³	Ärztliche VO	Ja
03.29.03.0xxx	00	Einstich-/Injektionshilfen	Nein ³	Ärztliche VO	Ja
03.99.99.1001	00	Abrechnungsposition für PEN-Kanülen	Nein ³	Ärztliche VO	Ja
03.99.99.1034	00	Sicherheits-PEN-Kanülen mit einseitiger Abschirmung (Injektionsseite)	Nein ³	Ärztliche VO ⁴	Ja
03.99.99.1035	00	Sicherheits-PEN-Kanülen mit doppelter Abschirmung (Injektionsseite und Ge- windeseite)	Nein ³	Ärztliche VO ⁴	Ja
21.34.02.1xxx	00	Blutzuckermessgeräte	Nein ³	Ärztliche VO	Ja
21.34.02.2xxx	00	Blutzuckermessgeräte mit Sprachaus- gabe	Nein ³	Ärztliche VO	Ja
21.99.99.0001	00	Stechhilfen	Nein ³	Ärztliche VO	Ja
21.99.99.1001	00	Lanzetten	Nein ³	Ärztliche VO	Ja
21.99.99.1008	00	Sicherheitslanzetten	Nein ³	Ärztliche VO ⁴	Ja
21.99.99.1002	00	Kontrolllösungen für Blutzuckermessge- räte	Nein ³	Ärztliche VO	Ja

²Eine Kopie der ärztlichen Verordnung ist für den Genehmigungsprozess ausreichend, für die Abrechnung ist das Original einzureichen.

³Ab 150€ zzgl. MwSt. pro Stück besteht Genehmigungspflicht.

⁴Die medizinische Notwendigkeit ist grundsätzlich gegeben, sofern ein Hilfsmittel mit entsprechenden Sicherheitsmechanismus vom Arzt verordnet wurde.

Anlage 3 Vergütung

AC/TK: 19 07 D45

Abrechnungs- positions- nummer	HKZ	Bezeichnung	Höchstpreis in EUR (zzgl. MwSt.)
03.29.01		Spritzen	
03.29.01.0xxx	00	Insulin Kunststoffspritzen	AEP+0%
03.29.01.1xxx	00	Kunststoffspritzen	AEP+0%
03.29.02		Pens	
03.29.02.0xxx	00	Insulin-Pens	AEP+15%
03.29.02.1xxx	00	Sonstige-Pens	AEP+15%
03.29.03		Zubehör zu Spritzen	
03.29.03.0xxx	00	Einstich-/Injektionshilfen	AEP+0%
03.99.99		Verbrauchsmaterialien	
03.99.99.1001	00	Abrechnungsposition für PEN-Kanülen	AEP+5%
03.99.99.1034	00	Sicherheits-PEN-Kanülen mit einseitiger Ab- schirmung (Injektionsseite)	AEP+5%
03.99.99.1035	00	Sicherheits-PEN-Kanülen mit doppelter Ab- schirmung (Injektionsseite und Gewindeseite)	AEP+5%
21.34.02		Blutzuckermessgeräte	
21.34.02.1xxx	00	Blutzuckermessgeräte	20,00 EUR
21.34.02.2xxx	00	Blutzuckermessgeräte mit Sprachausgabe	20,00 EUR
21.99.99.0		Zubehör	
21.99.99.0001	00	Stechhilfen	AEP+12%
21.99.99.1		Verbrauchsmaterialien	
21.99.99.1001	00	Lanzetten	AEP+12%
21.99.99.1008	00	Sicherheitslanzetten	AEP+8%
21.99.99.1002	00	Kontrolllösungen für Blutzuckermessgeräte	AEP+10%

Diese Anlage kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, erstmals zum 30.09.2021, schriftlich gekündigt werden.

Anlage 4 Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 5 SGB V Mehrkosten- erklärung des Versicherten zur Versorgung mit Hilfsmitteln

Versorgender Leistungserbringer:	_____
	Firmenstempel und IK
Beratende/r Mitarbeiter/in:	_____
Versicherte/r:	_____
	Name, Vorname

	Versichertennummer oder Geburtsdatum

	Ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/gesetzlicher Vertreter

Der o.g. Leistungserbringer hat

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

vor der Übergabe des Hilfsmittels umfassend beraten.

Obwohl ich eine hinreichende Auswahl mehrkostenfreier individueller Versorgungsangebote erhalten habe, entscheide ich mich für folgendes Produkt und übernehme die Mehrkosten:

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Die Mehrkosten betragen: _____ EUR

Mir ist bekannt, dass

- sich die Eigentumsverhältnisse am Hilfsmittel aus dem zwischen mir und dem Leistungserbringer abgeschlossenen Vertrag ergeben,
- eine nachträgliche Erstattung der gezahlten Mehrkosten durch meine Krankenkasse nicht erfolgen kann und
- ich dadurch bedingt höhere Folgekosten, z.B. bei Reparaturen und Wartung, selbst trage.

Ein Exemplar der Erklärung habe ich auf meinen Wunsch erhalten. Ja ☐ Nein ☐

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten*

Beratende/r Mitarbeiter/in

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

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8, 9 und 16a SGB V zum Zwecke der Hilfsmittelversorgung gemäß § 33 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlen die Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nds/datenschutzrechte.

Anlage 5 Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V Beratung des Versicherten vor Versorgung mit Hilfsmitteln

Versorgender Leistungserbringer:	_____
	Firmenstempel und IK
Beratende/r Mitarbeiter/in:	_____
Versicherte/r:	_____
	Name, Vorname

	Versichertennummer oder Geburtsdatum

	Ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/gesetzlicher Vertreter

	Datum der Beratung

Form des Beratungsgesprächs:

- ☐ persönliche Beratung in den Geschäftsräumen
- ☐ telefonische Beratung
- ☐ vor Ort Beratung (z. B. Hausbesuch, Krankenhaus, Pflegeheim)

Der o. g. Leistungserbringer hat

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

vor der Übergabe des Hilfsmittels/der Hilfsmittel umfassend beraten, insbesondere darüber

- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und medizinisch notwendig sind,
- die ich ohne Mehrkosten erhalten kann und
- welche zusätzliche/n Leistung/en (die mit Versorgung im Zusammenhang stehenden Leistungen) wie z. B. notwendige Änderungen, Reparaturen des Hilfsmittels, Hinweise zum Gebrauch, für mich geeignet und notwendig sind.

Konkret für mich notwendig ist/sind folgende Hilfsmittel:

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Ein Exemplar der Erklärung habe ich auf meinen Wunsch erhalten. Ja ☐ Nein ☐

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten*

Beratende/r Mitarbeiter/in

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

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 und 9 SGB V zum Zwecke der Hilfsmittelversorgung gemäß § 33 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nds/datenschutzrechte.

Anlage 6 Erklärung nach § 9 Abs. (2)

Hiermit erkläre/n ich/wir i. S. d. § 9 Abs. (2), dass eine Abrechnung nach dem Vertrag über die Versorgung mit sonstigem Diabetesbedarf nach § 127 Abs. 1 SGB V ausschließlich für die nachfolgend aufgeführten Institutionskennzeichen erfolgt:

Institutionskennzeichen	Name, Firmenbezeichnung
PLZ, Ort	Straße, Hausnummer
Institutionskennzeichen	Name, Firmenbezeichnung
PLZ, Ort	Straße, Hausnummer
Institutionskennzeichen	Name, Firmenbezeichnung
PLZ, Ort	Straße, Hausnummer
Institutionskennzeichen	Name, Firmenbezeichnung
PLZ, Ort	Straße, Hausnummer

Für weitere Institutionskennzeichen oder ergänzende Angaben verwenden Sie bitte eine Anlage.

Ich/wir erkläre/n, dass ich/wir die in diesem Vertrag geregelten Voraussetzungen für jede Betriebsstätte, die nach diesem Vertrag Leistungen erbringt, erfülle/n und den Nachweis gegenüber der AOKN jederzeit erbringen kann/können, soweit dieser nicht im Rahmen des Präqualifizierungsverfahrens zu erbringen ist. Mir/uns ist bekannt, dass das vertragliche Versorgungsrecht entfällt, sofern die vertraglichen Voraussetzungen bzw. Präqualifizierungskriterien nicht oder nicht mehr vorliegen und dass für dennoch erfolgte Versorgungen kein Vergütungsanspruch besteht.

Alle tatsächlichen Umstände und Veränderungen, welche meine/unsere Eignungsvoraussetzungen nach diesem Vertrag oder die Präqualifizierung betreffen, sind von mir/uns unverzüglich, spätestens innerhalb von 14 Tagen, der AOKN schriftlich mitzuteilen.

Eine Abrechnung mit einem anderen als den genannten Institutionskennzeichen ist nur möglich, sofern ich/wir die AOKN hierüber im Vorfeld schriftlich informiert habe(n), die Voraussetzungen nach § 3 erfüllt sind und mir/uns eine schriftliche Zustimmung der AOKN für die Verwendung dieses Institutionskennzeichens vorliegt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers