

Leitfaden für den Vertragsbeitritt gemäß § 127 Abs. 2 SGB V

Die KKH hat mit Wirkung zum 01.01.2023 eine Vereinbarung gemäß § 127 Abs. 1 SGB V über die Hilfsmittelversorgung der Versicherten der KKH mit Hilfsmitteln zur kontinuierlichen intersti-tiellen Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM) geschlossen. Dieser Vertrag hat eine unbefristete Laufzeit.

Für den Beitritt verwenden Sie bitte die beigelegte Beitrittserklärung inkl. Deckblatt. Senden Sie bitte nur die vollständig ausgefüllte Beitrittserklärung inkl. Deckblatt¹ mit Ihrem Präqualifi-zierungszertifikat sowie allen geforderten Nachweisen per Post an folgende Adresse:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Referat Hilfsmittel
30125 Hannover

oder per E-Mail an folgenden Empfänger:

zhm@kkh.de

Achten Sie bitte darauf, dass, wenn der Beitritt für mehrere Unternehmen/Betriebsstätten er-klärt wird, eine unterschriebene Anlage beigelegt wird, die alle Unternehmen/Filialen/Ge-schäftsstellen unter Angabe der IK auflistet.

Sobald Ihre Beitrittserklärung vorliegt, wird geprüft, ob die Voraussetzungen zum Vertragsbei-tritt erfüllt sind. Sofern im Rahmen der Prüfung noch Fragen hinsichtlich des Beitritts zu klären sind, werden wir Sie kontaktieren. Sobald nachweislich alle Voraussetzungen zum Vertrags-beitritt erfüllt sind, erhalten Sie ein Bestätigungsschreiben. **Beachten Sie bitte, dass der Bei-tritt erst mit Zugang des Bestätigungsschreibens der KKH wirksam wird.**

Unabhängig von einer Beitrittsmöglichkeit haben Leistungserbringer, Verbände oder sonstige Zusammenschlüsse der Leistungserbringer die Möglichkeit der Vertragsverhandlung nach §127 Abs. 1 SGB V mit der KKH.

Für Fragen zu dem Vertrag wenden Sie sich bitte direkt an Herrn Sauer
(E-Mail: frank.sauer@kkh.de – Tel.: 0511 2802-3117) oder an Herrn Behre
(E-Mail: holger.behre@kkh.de – Tel.: 0511 2802-3336) aus dem Referat Hilfsmittel.

¹ Für eine zweifelsfreie Zuordnung des Vertrages ist die Verwendung des Deckblattes unbedingt erfor-derlich.

Absender:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Referat Hilfsmittel
30125 Hannover

**Beitrittserklärung der Leistungserbringer gemäß § 127 Abs. 2 SGB V
(Beitrittsvertrag C Real-Time Messgeräte)**

**Hier: Beitrittserklärung gemäß § 127 Abs. 2 SGB V zum Rahmenvertrag über die
Lieferung von Real-Time-Messgeräten (rtCGM)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei erhalten Sie die unterzeichnete Beitrittserklärung zum Rahmenvertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V über die Hilfsmittelversorgung der Versicherten der KKH mit Hilfsmitteln zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM), nebst Präqualifizierungsnachweis sowie weiterer geforderter Nachweise.

Mit freundlichen Grüßen

Beitrittserklärung der Leistungserbringer

gemäß § 127 Abs. 2 SGB V

zum

**Rahmenvertrag über die Versorgung der Versicherten der KKH mit
Hilfsmitteln zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung
mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM)**

Leistungserbringergruppenschlüssel: 19 99 XXX

Leistungserbringer

Name und ggf. Rechtsform: _____

Straße/Hausnummer: _____

Postleitzahl/Ort: _____

Telefon/Fax: _____

Ansprechpartner: _____

IK: _____

Erklärung:

1. Wir erklären hiermit den Beitritt zu dem o. g. Vertrag gem. § 127 Abs. 2 SGB V. Der Beitritt wird nach positiver Prüfung der eingereichten Unterlagen mit Zugang der Bestätigung der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH wirksam. *[Wird der Beitritt für mehrere Unternehmen/Betriebsstätten erklärt, ist dieser Erklärung eine unterschriebene Anlage beizufügen, die alle Unternehmen/Filialen/Geschäftsstellen auflistet, für die der Vertragsbeitritt erklärt wird, inkl. IK.]*
2. Wir erklären, die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel zu erfüllen. Das Präqualifizierungsverfahren wurde bei einer - nach § 126 Abs. 1 a SGB V anerkannten Präqualifizierungsstelle (PQS) - erfolgreich durchgeführt. Die Bestätigung der PQS über die erfolgreiche Durchführung der Präqualifizierung haben wir für alle Betriebsstätten, für die der Beitritt erklärt wird, erhalten und haben diese als Kopie beigelegt.

Wir verpflichten uns, der KKH sämtliche Änderungen unverzüglich mitzuteilen, welche Auswirkungen auf unsere Eignung als Vertragspartner haben (vgl. § 126 Abs. 1 SGB V).

Uns ist bekannt, dass das vertragliche Versorgungsrecht entfällt, sobald die Voraussetzungen nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V nicht mehr gegeben sind. Uns ist bekannt, dass für dennoch erfolgte Versorgungen kein Vergütungsanspruch besteht.

3. Wir erkennen die sich aus dem o. g. Vertrag einschließlich der Anlagen ergebenden Rechte und Pflichten an und lassen diese gegen uns gelten.
4. Wir bestätigen hiermit (Zutreffendes bitte ankreuzen):
- ☐ Die Sicherstellung der Belieferung des Versicherten mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln spätestens 3 Tage vor Bedarf.
 - ☐ Zur Durchführung der Einweisung können die Versicherten aus folgendem Angebot des Leistungserbringers wählen:
 - a) Einweisung vor Ort,
 - b) Einweisung in einem Live Web-Seminar (von Angesicht zu Angesicht), wenn der Versicherte von der persönlichen Einweisung absieht und dies schriftlich oder elektronisch dem Leistungserbringer bestätigt.
 - ☐ Der Leistungserbringer hat den Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung unter Berücksichtigung des § 12 Abs. 1 SGB V persönlich (analog) zu beraten. Nur wenn der Versicherte auf die analoge Beratung explizit verzichtet und dies schriftlich oder elektronisch gegenüber dem Leistungserbringer dokumentiert, kann auf die persönliche Beratung verzichtet werden.

Soll die Beratung digital erfolgen, erfolgt dies von Angesicht zu Angesicht. Benutzerhandbücher oder Web-Tutorials reichen nicht aus.
 - ☐ Das Angebot des identischen Produktportfolios, welches in der Anlage 04: „Produkte zur Versorgung“ gefordert wird. Uns ist bekannt, dass wir weitere 10-steller (im Rahmen der geforderten 6-steller) zum Gegenstand des Vertrages machen können.

Nachweis

Ausgefüllte Anlage 04: „Produkte zur Versorgung“ *[bitte als Anlage der Beitritts-erklärung beifügen]*

- ☐ Die Beschäftigung von fachkundigem Personal, welches hierzu vom jeweiligen Hersteller des Hilfsmittels nach den Bestimmungen des MPG zertifiziert ist. Das Personal beherrscht die deutsche Sprache in Wort und Schrift.

Nachweis

Anzahl: _____ Fachkräfte

Ausbildungsnachweise *[bitte als Anlage der Beitrittserklärung beifügen]*

- ☐ Die Offenlegung sämtlicher Kooperationen mit Krankenhäusern / Kliniken /

Vertragsärzten (zutreffendes bitte ankreuzen):

☐ ja, wir haben Kooperationsvereinbarungen im Bereich der Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln mit Krankenhäusern / Kliniken / Vertragsärzten geschlossen. Mit den folgenden Krankenhäusern / Kliniken / Vertragsärzten bestehen laufende Kooperationen:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

☐ nein, es bestehen keine Kooperationsvereinbarungen im Bereich der Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln mit Krankenhäusern / Kliniken / Vertragsärzten.

5. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen. Uns ist bekannt, dass ein Vergütungsanspruch für die Versorgung nicht besteht, wenn nicht alle gesetzlichen und vertraglichen Regelungen, welche die Versorgung der Versicherten steuern sollen, eingehalten werden.

6. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, eine Ausfertigung des o. g. Vertrages von der KKH ausgehändigt bekommen zu haben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel Leistungserbringer

Vertrag
nach § 127 Abs. 1 SGB V
über die Versorgung mit
Real-Time-Messsystemen zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (rtCGM)
(Stand 01.12.2024)

zwischen der

Kaufmännische Krankenkasse – KKH,
vertreten durch den Vorstand,
Karl-Wiechert-Allee 61
30625 Hannover

IK:

- im Folgenden „**Krankenkasse**“ genannt -

und der

Abbott GmbH
Abbott Diabetes Care
Max-Planck-Ring 2
65205 Wiesbaden

IK: **590 645 112**

- im Folgenden „**Leistungserbringer**“ genannt -

- Krankenkasse und Leistungserbringer zusammen im Folgenden „**Parteien**“ genannt -

Leistungserbringer-Gruppenschlüssel 19 99 J27

§ 1 **Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages**

Gegenstand des Vertrages ist die qualitätsgesicherte, aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten der Krankenkasse mit Real-Time-Messsystemen zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (nachfolgend „**rtCGM-System**“), die den in Anlage 01 „Leistungsbeschreibung“ genannten Spezifikationen entsprechen, sowie den in Anlage 01 „Leistungsbeschreibung“ genannten zur Bereitstellung dieser rtCGM-Systeme notwendigen Leistungen.

Bestandteile dieses Vertrages sind:

- Rahmenvertrag
- Anlagen

Anlage 1	Leistungsbeschreibung
Anlage 2	Preisvereinbarung
Anlage 3	nicht besetzt
Anlage 4	Produkte zur Versorgung
Anlage 5	Datenübermittlung
Anlage 6	Muster Dokumentation Beratung nach § 127 Abs. 1 und 2 SGB V
Anlage 7	Muster Dokumentation Mehrkostenerklärung nach § 127 Abs. 5 SGB V
Anlage 8	nicht besetzt
Anlage 9	Muster Bestätigung Einweisung, Funktionsprüfung, Empfang
Anlage 10	Eigenerklärung über die personellen und fachlichen (Mindest-) Anforderungen

§ 2 Voraussetzung der Leistungserbringung

- 2.1 Voraussetzung der Leistungserbringung im Rahmen dieses Vertrages ist, dass der Leistungserbringer die Eignungsvoraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Versorgung mit rtCGM-Systemen erfüllt, die sich gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V aus den jeweils gültigen Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-SV) ergeben.
- 2.2 Der Leistungserbringer hat die entsprechende Eignung nach Ziffer 2.1 gegenüber der Krankenkasse durch Vorlage eines gültigen Zertifikats einer akkreditierten Präqualifizierungsstelle vor Vertragsschluss nachgewiesen. Sofern das bestehende Zertifikat während der Vertragslaufzeit ausläuft oder geändert wird, wird der Leistungserbringer der Krankenkasse unverzüglich ein aktuelles Zertifikat vorlegen.

§ 3 Allgemeine Grundsätze der Versorgung

- 3.1 Der Leistungserbringer versorgt die Versicherten der Krankenkasse entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieses Vertrages. Die Qualität der rtCGM-Systeme und ihrer Komponenten hat dem allgemein anerkannten Stand von Wissenschaft und Technik zu entsprechen. Der Leistungserbringer liefert nur solche Produkte, die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gelistet oder in Qualität und Ausführung gleichwertig sind. Er verfügt über ein Qualitätsmanagement-System, das durch eine akkreditierte Zertifizierungsgesellschaft nach ISO 13485 zertifiziert wurde.
- 3.2 Die Einzelheiten zu den vertraglich vereinbarten Leistungen des Leistungserbringers sind der Anlage 01 „Leistungsbeschreibung“ dieses Vertrages zu entnehmen.
- 3.3 Die Versorgung eines Versicherten mit einem rtCGM-System im Rahmen der Leistungsvoraussetzungen der Krankenkasse setzt den Abschluss des § 4 in geregelten Antrags- und Genehmigungsverfahren voraus.
- 3.4 Die Krankenkasse und der Leistungserbringer gewährleisten eine aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten im Umfang der genehmigten Versorgung. Dies gilt auch für einen im Einzelfall medizinisch begründeten Mehrbedarf an Sensoren. Die Krankenkasse vergütet gesondert den Mehrbedarf gemäß der in Anlage 02 „Preisvereinbarung“ geregelten Konditionen. Wählt der Versicherte eine über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgehende Versorgung, stellt der Leistungserbringer dagegen die entstehenden Mehrkosten dem Versicherten in Rechnung. Hiervon unberührt bleibt der kostenlose Austausch im Rahmen der Gewährleistung gemäß § 5 dieses Vertrages.
- 3.5 Die KKH hat gemäß § 3 Abs. 2 Satz 1 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) die Pflichten eines Betreibers. Der Vertragspartner übernimmt gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden folgenden Aufgaben, diese umfassen:
 - a) die Einweisung in die ordnungsgemäße Handhabung des Medizinprodukts (§ 4 Abs. 3 Satz 1 MPBetreibV),
 - b) die Instandhaltung unter Berücksichtigung der Herstellerangaben (§ 7 MPBetreibV),

- c) die Dokumentation der Einweisung bei der Abgabe aktiver nicht implantierbarer Medizinprodukte (§ 4 Abs. 3 Satz 3 MPBetreibV),
- d) das Führen der Bestandsverzeichnisse (§ 13 MPBetreibV) für aktive nicht implantierbare Medizinprodukte,
- e) die Durchführung der sicherheitstechnischen Kontrollen (§ 11 MPBetreibV) für Medizinprodukte der Anlage 1 der MPBetreibV,
- f) die Durchführung der messtechnischen Kontrollen (§ 14 MPBetreibV) für Medizinprodukte der Anlage 2 der MPBetreibV,
- g) das Führen der Medizinproduktebücher (§ 12 MPBetreibV) für Medizinprodukte der Anlage 1 und 2 der MPBetreibV.

Die dafür erforderlichen Aufwendungen sind mit der in Anlage 02 „Preisvereinbarung“ vereinbarten Vergütung abgegolten. Mit der in Anlage 01 „Leistungsbeschreibung“ beschriebenen technischen Einweisung erfüllt der Leistungserbringer sowohl die nach der MPBetreibV als auch nach dem Hilfsmittelverzeichnis vorgesehene Einweisung.

- 3.6 Die Krankenkasse garantiert keine bestimmte Abnahmemenge im Rahmen der Versorgung ihrer Versicherten. Der Leistungserbringer versorgt die Versicherten der Krankenkassen nach § 4 dieses Vertrages angenommenen Einzelaufträge. Lieferunfähigkeiten sind der KKH unverzüglich anzuzeigen.

§ 4 Antrags- und Genehmigungsverfahren

- 4.1 Die Erstversorgung mit den vertragsgegenständlichen rtCGM-Systemen wird den Versicherten der Krankenkasse auf Antrag gewährt. Die Erstversorgung durch den Leistungserbringer bedarf grundsätzlich der vorherigen Genehmigung der Krankenkasse. Da es sich bei Diabetes mellitus um eine chronische Erkrankung handelt, genehmigt die Krankenkasse zur administrativen Vereinfachung in der Regel eine Versorgung für 12 Kalendermonate. Es sei denn, die vertragsärztliche Verordnung (Muster 16) beinhaltet die Erforderlichkeit eines abweichenden Versorgungszeitraums. Die KKH genehmigt in dem Fall – bei Vorliegen der weiteren leistungsrechtlichen Voraussetzungen – den Versorgungszeitraum gemäß Muster 16. Der Abbruch der Versorgung ist dem Versicherten und der Krankenkasse auch während des genehmigten Versorgungszeitraumes möglich.
- 4.2 Bei der Erstversorgung besteht ein Anspruch auf Durchführung der Versorgung durch den Leistungserbringer ab Auftragserteilung durch die Krankenkasse. Ein Auftrag gilt als erteilt, wenn dem Leistungserbringer die Genehmigung der Krankenkasse vorliegt.
- 4.3 Das Antragsverfahren und die Genehmigung erfolgen per elektronischem Kostenvoranschlag (ekv). Für die Datenlieferung im Rahmen des elektronischen Kostenvoranschlags ist die von der Krankenkasse genannte Datenannahmestelle zu verwenden. Falls die Krankenkasse für diesen Vertrag kein elektronisches Genehmigungsverfahren unterstützt, kann der Leistungserbringer für den Mehraufwand einen Aufschlag von 5 v.H. auf die Vertragspreise geltend machen.
- 4.4 Mit Genehmigung einer Versorgung durch die Krankenkasse gilt auch die zu Grunde liegende vertragsärztliche Verordnung als von der Krankenkasse formal und im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes als geprüft und akzeptiert.
- 4.5 Das Antrags- und Genehmigungsverfahren nach Ziffer 4.1 bis Ziffer 4.5 gilt auch bei Folgeversorgungen der Versicherten.

§ 5 Gewährleistung und Haftung

- 5.1 Der Leistungserbringer gewährleistet die einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit der gemäß Anlage 02 „Preisvereinbarung“ erfassten Produkte gemäß den gesetzlichen Bestimmungen, mindestens jedoch für zwei Jahre bzw. bei Verbrauchsmaterial für die Nutzungsdauer oder Mindesthaltbarkeit. Im Rahmen dieser Vorgaben ersetzt der Leistungserbringer den Versicherten kostenlos mangelhafte Ware.
- 5.2 Der Leistungserbringer haftet auf Schadensersatz nur für vorsätzliche und grob fahrlässige Vertragsverstöße. Hiervon abweichend haftet der Leistungserbringer bei einfacher Fahrlässigkeit auch für Schäden aus der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit und Schäden aus der Verletzung einer wesentlichen Vertragspflicht, wobei die Haftung auf den Ersatz des vorhersehbaren, typischerweise eintretenden Schaden begrenzt ist. Diese Haftungsbeschränkungen gelten nicht bei arglistigem Verschweigen eines Mangels sowie für Ansprüche nach dem Produkthaftungsgesetz.
- 5.3 Das Recht der Krankenkasse auf Festsetzung einer Vertragsstrafe nach § 11 dieses Vertrags bleibt hiervon unberührt. Die Geltendmachung eines Schadensersatzanspruchs schließt nicht aus, dass die Krankenkasse für den gleichen Vertragsverstoß eine Vertragsstrafe gegenüber dem Leistungserbringer festsetzt, wenn und soweit die Voraussetzungen des § 11 vorliegen. In diesem Fall wird eine festgesetzte Vertragsstrafe auf den Schadensersatzanspruch angerechnet und mindert diesen.

§ 6 Vertragscontrolling

Die Krankenkasse überwacht die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten des Leistungserbringers durch Stichprobenprüfungen.

§ 7 Vergütung

Die Vergütung der Leistungen ist in Anlage 02 „Preisvereinbarung“ zu diesem Vertrag geregelt.

§ 8 Abrechnung

- 8.1 Die Krankenkasse und der Leistungserbringer vereinbaren die Abrechnung der Leistungen gemäß § 302 SGB V, für welche die Richtlinien des GKV-SV über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V einschließlich der technischen Anlagen in der jeweils gültigen Fassung gelten. Die Hilfsmittelpositionsnummern der Anlage 02 „Preisvereinbarung“ dieses Vertrages sind zu beachten und der jeweiligen Versorgungssituation entsprechend zu verwenden. Die Abrechnung soll innerhalb von zwölf Monaten nach der Abgabe des Hilfsmittels im Wert eines Versorgungszeitraums von drei Monaten erfolgen. Teilabrechnungen über kürzere Versorgungszeiträume sind möglich. In der Regel erfolgt die Abrechnung nach Abgabe des Hilfsmittels. Hierbei wird unabhängig vom Lieferdatum der genehmigte Versorgungszeitraum zu Grunde gelegt.
- 8.2 Werden die Abrechnungsdaten von dem Leistungserbringer nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, werden diese von der Krankenkasse erstellt. Für die mit der Erstellung verbundenen Kosten erfolgt gemäß § 303 Abs. 3 SGB V eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 5 v.H. des Rechnungsbetrages.
- 8.3 Die Krankenkasse überweist den Rechnungsbetrag innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der vollständigen und prüffähigen Abrechnungsunterlagen. Die 4-Wochen-Frist gilt als gewahrt, wenn der Überweisungsauftrag am letzten Fristtag an das Geldinstitut erteilt wird. Fällt der letzte Fristtag auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag (arbeitsfreier Tag), verschiebt sich dieser auf den nachfolgenden Arbeitstag.
- 8.4 Der Rechnung ist die Empfangsbestätigung des Versicherten oder eines Vertreters, die ärztliche Verordnung (bei erstmaliger Abrechnung) und der genehmigte Kostenvoranschlag, soweit nicht auf die ärztliche Verordnung und den Kostenvoranschlag verzichtet wurde, jeweils im Original beizufügen. Sofern es sich um eine Teilabrechnung handelt, werden die notwendigen Unterlagen als Kopie angefügt. Anstelle des genehmigten Kostenvoranschlages kann auch das Genehmigungskennzeichen angeliefert werden. Anstelle der Empfangsbestätigung sind auch ein Nachweis über die Lieferung durch das übergebende Unternehmen, die Angabe der Sendungsverfolgungsnummer bzw. der Nummer des Ablieferungsnachweises oder gleichwertige Daten des mit der Übergabe beauftragten Unternehmens zulässig. Die Abrechnung im Rahmen des Datenträgeraustauschs nach § 302 SGB V ist erst vollständig, wenn neben den Ur- / Papierbelegen auch die Daten bei der Krankenkasse vorliegen.
- 8.5 Abrechnungen, welche die vorstehenden Anforderungen nicht erfüllen, begründen keine Fälligkeit und können zurückgewiesen werden.
- 8.6 Die Krankenkasse ist berechtigt, die Rechnungen rechnerisch zu prüfen. Festgestellte Unrichtigkeiten können innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Rechnungseingang gegebenenfalls gekürzt oder beanstandet werden. Dies ist dem Leistungserbringer mitzuteilen. Die daraus resultierenden Rückforderungen können stets sofort aufgerechnet werden. Widerspricht der Leistungserbringer unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von zwölf Monaten nach Bekanntgabe der Beanstandung durch die Krankenkasse, so gilt diese als anerkannt.

- 8.7 Die vorstehenden Anforderungen gelten entsprechend für eine ggf. beauftragte Abrechnungsstelle. Die Krankenkasse zahlt an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung, es sei denn, die Abrechnungsstelle hat nur die Rechnungslegung übernommen und die Zahlung soll ausweislich der Rechnung an den Leistungserbringer direkt erfolgen. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann gegenüber dem Leistungserbringer ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der Abrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist.
- 8.8 Die Versorgung mit FreeStyle Libre 3 Plus Sensoren erfolgt je Einzelauftrag auf der Basis einer monatlichen Versorgungspauschale für einen Zeitraum von 12 Monaten (Genehmigungszeitraum 1 Jahr).
- 8.9 Die Einzelaufträge der Erstversorgungen über die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel umfassen grundsätzlich einen Versorgungszeitraum von 12 Kalendermonaten. Als Zeitraum sind immer die gesamten Kalendermonate anzugeben (z.B. 01.04.2024 bis 30.09.2024). Dieses gilt sowohl für die Daten im Kostenvoranschlag als auch in der Abrechnung.
- 8.10 Die Abgabe und Abrechnung von FreeStyle Libre 3 Plus Sensoren im Rahmen der Versorgungspauschale nach diesem Vertrag bedarf der Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung und Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) durch die KKH. Kosten, die vor dem Ausstellungsdatum der medizinischen Verordnung entstehen, können nicht geltend gemacht werden.
- 8.11 Die Versorgungspauschalen (einzelne Zeiträume) sind abrechenbar, wenn der Versicherte versorgt wurde (maximal für 3 Monate) und in die Handhabung eingewiesen wurde.
- 8.12 Für die Abrechnung der Versorgungspauschale für FreeStyle Libre 3 Plus Sensoren sind folgende Unterlagen den Abrechnungsunterlagen beizufügen:
- Empfangsbestätigung des Versicherten. Als Empfangsbestätigung ist auch der Nachweis für die Lieferung durch Kurierdienste (DPD, UPS, DHL) und die Angabe einer Sendungsnummer zulässig.
- 8.13 Die Abrechnung der Vergütung erfolgt je Versicherten unter Angabe folgender Daten:
- Genehmigungsnummer
 - Hilfsmittelpositionsnummer
 - Versorgungszeitraum (von / bis)
 - Preis
 - Zuzahlung

§ 9 Datenschutz

- 9.1 Die Parteien oder die von ihnen beauftragte Abrechnungsstelle verpflichten sich, personenbezogene Daten nur nach Maßgabe der anwendbaren Datenschutzgesetze zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen. Die Datenschutzbestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Datenschutz Anpassungs- und Umsetzungsgesetzes EU, der bundeslandeseigenen Datenschutzgesetze sowie der Sozialgesetzbücher sind zu beachten und einzuhalten.
- 9.2 Die Parteien unterliegen hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber dem behandelnden Vertragsarzt, dem Medizinischen Dienst (MD) und der Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich sind. Die Parteien haben ihre Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten.
- 9.3 Soweit den Parteien durch den Vertrag und seine Umsetzung Interna der anderen Partei bekannt werden, so werden diese als Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse vertraulich behandelt.

§ 10 Zuzahlung

- 10.1 Der Leistungserbringer zieht die von den Versicherten zu leistende Zuzahlung gemäß § 33 Abs. 8 SGB V i.V.m. § 61 SGB V ein. Der Vergütungsanspruch verringert sich um den Zuzahlungsbetrag.
- 10.2 Für Versicherte, bei denen eine generelle Zuzahlungsbefreiung gemäß § 62 SGB V vorliegt, werden die in Anlage 02 „Preisvereinbarung“ genannten Beträge vollständig von der Krankenkasse vergütet. Der Versicherte zeigt die Befreiung gegenüber dem Leistungserbringer durch Vorlage einer Kopie des Befreiungsausweises an.

§ 11 Vertragsstrafe

- 11.1 Erfüllt der Leistungserbringer die sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen nicht, kann die Krankenkasse bei schwerwiegenden grob fahrlässigen oder vorsätzlichen Verstößen vom Leistungserbringer die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe fordern. Vor Geltendmachung einer Vertragsstrafe muss der Leistungserbringer angehört werden und die Möglichkeit erhalten, den vertragswidrigen Zustand innerhalb einer angemessenen Frist zu beseitigen.
- 11.2 Als schwerwiegende Vertragsverstöße im Sinne der Ziffer 11.1 gelten insbesondere:
 - die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen oder Manipulation von Abrechnungsdaten zu Lasten der Krankenkasse;

- wiederholte schwere Verstöße gegen die Qualitätsanforderungen der Leistungserbringung, die eine Gefährdung oder Schädigung des Versicherten und damit eine Beeinträchtigung des Versorgungsauftrages der Krankenkasse zur Folge haben;
 - wiederholte schwere Verstöße gegen die Datenschutzbestimmungen dieses Vertrages
- 11.3 Die Krankenkasse ist bei Vorliegen der Voraussetzungen der Ziffer 11.1 berechtigt, eine der Höhe nach für den jeweiligen Vertragsverstoß angemessene Vertragsstrafe festzusetzen, deren Angemessenheit im Streitensfalle durch die zuständigen Gerichte zu überprüfen ist. Im Falle von mehreren Vertragsverstößen wird bei einem Fortsetzungszusammenhang eine Vertragsstrafe festgesetzt, die in angemessener Weise zu erhöhen ist.
- 11.4 Die Gesamthöhe aller Vertragsstrafen innerhalb der Vertragslaufzeit ist beschränkt auf maximal 5 % des durchschnittlichen Nettogesamtauftragswertes auf der Grundlage dieses Vertrages für einen Zeitraum von zwölf Monaten. Die Berechnung des Nettogesamtauftragswertes erfolgt anhand des durchschnittlichen Auftragswertes der letzten zwölf Monate vor dem ersten Vertragsverstoß. Liegen weniger als zwölf Monate vor, so orientiert sich die Berechnung an den vergangenen Monaten. Die Gesamthöhe unterliegt einer gerichtlichen Überprüfung.
- 11.5 Weitergehende Ansprüche der Krankenkasse bleiben unberührt. Die Geltendmachung einer Vertragsstrafe nach dieser Vorschrift schließt insbesondere nicht aus, dass die Krankenkasse wegen des gleichen Vertragsverstoßes einen ihr ggf. zustehenden Schadensersatzanspruch gegenüber dem Leistungserbringer geltend macht. In diesem Fall wird eine festgesetzte Vertragsstrafe auf den Schadensersatzanspruch angerechnet und mindert diesen.

§ 12 Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und Ärzten

- 12.1 Eine gezielte Beeinflussung der Ärzte, insbesondere hinsichtlich der Verordnung bestimmter Hilfsmittel/Leistungen ist unzulässig.
- 12.2 Der Leistungserbringer verpflichtet sich, keine Hilfsmitteldepots in Arztpraxen, Krankenhäusern, Reha-Kliniken oder sonstigen Einrichtungen einzurichten.
- 12.3 Eine Vergütung von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter durch den Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Leistung ist unzulässig.
- 12.4 Unzulässig ist auch die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderer Vorteile (z.B. unentgeltliche Erbringung von nicht vertraglich vereinbarten Leistungen) für die Zuweisung von Patienten und Verordnungen.
- 12.5 Eine Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und Ärzten oder Krankenhäusern mit dem Ziel, eine Ausweitung der Verordnungen beziehungsweise die Inanspruchnahme von Hilfsmitteln zu erzielen, oder dergestalt, dass die freie Wahl der Versicherten unter den versorgungsberechtigten Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht zulässig.
- 12.6 Es gelten im Übrigen auch die im Kodex „Medizinprodukte der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen und des Bundesfachverbandes BVMed niedergelegten Verhaltensregeln.
- 12.7 Es gelten im Übrigen die Regelungen des § 128 SGB V.
- 12.8 Ein Verstoß gegen Ziffer 12.1 bis 12.5 stellt einen schweren Vertragsverstoß i.S. v § 11 Ziff. 11.2 dar.

§ 13 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam oder undurchsetzbar sein oder werden, so werden die Wirksamkeit und Durchsetzbarkeit aller übrigen Bestimmungen dieses Vertrages davon nicht berührt. Anstelle der unwirksamen oder undurchsetzbaren Bestimmung soll eine wirksame und durchsetzbare Bestimmung gelten, die dem von den Parteien mit der unwirksamen oder undurchsetzbaren Bestimmung verfolgten wirtschaftlichen Zweck und dem Parteiwillen am nächsten kommt. Dies gilt entsprechend für den Fall von Regelungslücken in diesem Vertrag.

§ 14 Inkrafttreten, Laufzeit und Kündigung

- 14.1 Der Vertrag tritt am 01.01.2023 in Kraft und wird für unbestimmte Zeit geschlossen. Er kann jederzeit mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende gekündigt werden, jedoch erstmals zum 31.12.2024.
- 14.2 Die Kündigung bedarf der Schriftform.
- 14.3 Für den Fall, dass nach Abschluss dieses Vertrages die Anforderungen an rtCGM Systeme und die Qualität der mit diesen Produkten erfolgenden Versorgung durch Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses verändert werden, verständigen sich die Parteien innerhalb angemessener Zeit darauf, ob eine Anpassung der in diesem Vertrag vereinbarten Versorgung erforderlich ist.
- 14.4 Im Falle einer ordentlichen Kündigung werden die bereits genehmigten und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Kündigung noch andauernden Versorgungen bis zum Ende des genehmigten Versorgungszeitraums zu Ende geführt.

§ 15 **Schlussbestimmungen**

Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für die Aufhebung des Schriftformerfordernisses.

Krankenkasse:

Ort, Datum

Unterzeichner 1

Unterschrift 1

Unterzeichner 2

Unterschrift 2

Leistungserbringer:

Ort, Datum

Unterzeichner 1

Unterschrift 1

Unterzeichner 2

Unterschrift 2

Anlage 01 „Leistungsbeschreibung“

1. Grundsatz

1.1. Verordnung

Die Versorgung erfolgt ausschließlich auf der Grundlage eines Arzneiverordnungsblattes (Muster 16).

Ordnungsgemäß ausgestellt ist ein Arzneiverordnungsblatt (Muster 16), wenn es neben dem Hilfsmittel und der Verordnungsmenge folgende Angaben enthält:

- Bezeichnung der Krankenkasse,
- Kassen-Nummer,
- Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten,
- Versicherten-Nummer,
- Status des Versicherten (einschließlich der Kennzeichen nach § 267 Abs. 5 Satz 1 SGB V),
- Betriebsstättennummer (BSNR) des Arztes oder des Krankenhauses,
- Arzt-Nummer (LANR),
- Ausstellungsdatum,
- Kennzeichnung der Statusgruppen 6, 7 und 9 des Verordnungsblattes, soweit zutreffend,
- Kennzeichnung für Unfall, soweit zutreffend,
- Kennzeichnung für Arbeitsunfall, soweit zutreffend,
- Kennzeichnung der Gebührenpflicht und der Gebührenbefreiung, soweit zutreffend,
- Diagnose oder Indikation,
- Versorgungszeitraum nur bei zeitlich begrenzten Versorgung
- Unterschrift des Vertragsarztes,
- Vertragsarztstempel oder entsprechender Aufdruck.

Änderungen oder Ergänzungen auf der medizinischen Bescheinigung oder Verordnung, welche aufgrund der Bedarfsfeststellung erforderlich sind, sind nur durch den ausstellenden Arzt vorzunehmen und bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.

Wird die Hilfsmittelversorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen¹ nach Ausstellung der Verordnung aufgenommen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Wenn der Leistungsantrag innerhalb dieses Zeitraums bei der Krankenkasse eingeht, gilt die Frist als gewahrt.

1.2. Medizinisch/technische Mindestanforderungen an Qualität und Ausführung der Hilfsmittel

Produkte, die noch über keine Hilfsmittelpositionsnummer verfügen, dürfen nur dann als Leistung zur Verfügung gestellt werden, wenn ein Antrag auf Erteilung einer Hilfsmittelpositionsnummer gestellt und dieser Antrag noch nicht abschließend bearbeitet wurde.

¹ Für Verordnungen von Hilfsmitteln im Rahmen des Krankenhausentlassmanagements beträgt die Frist 7 Kalendertage gemäß § 6a der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln (Hilfsmittel-Richtlinie).

Für noch nicht abschließend gelistete Hilfsmittel kann die KKH vom Leistungserbringer die Vorlage einer Konformitätserklärung gemäß des MPG/MPDG fordern. Der Hersteller muss darüber hinaus bestätigen, dass die eingesetzten Produkte die im Hilfsmittelverzeichnis veröffentlichten Qualitätskriterien erfüllen. Die Erklärungen sind inklusive Produktbeschreibung und Gebrauchsanweisung für das jeweilige Hilfsmittel nach Aufforderung der KKH innerhalb von zwei Wochen vorzulegen.

Wird ein Antrag auf Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis abschließend abgelehnt, kann dieses Hilfsmittel ab dem Zeitpunkt der Ablehnung nicht mehr abgegeben werden.

Wird ein Hilfsmittel vollständig aus dem Hilfsmittelverzeichnis entfernt, darf dies ab dem Zeitpunkt der Veröffentlichung nicht mehr abgegeben werden.

Ändert sich die Hilfsmittelpositionsnummer (Umgruppierung im Hilfsmittelverzeichnis) bleibt das Versorgungsrecht / die Versorgungspflicht für die Zukunft unter der neuen Hilfsmittelpositionsnummer bestehen.

1.3. Produktportfolio

Die in der Anlage 04: „Produkte zur Versorgung“ benannten Hilfsmittel müssen mindestens im Produktportfolio des Leistungserbringers enthalten sein und nach Maßgabe dieses Vertrages den Versicherten der KKH aufzahlungsfrei angeboten werden.

Der Leistungserbringer ist berechtigt, während der Vertragslaufzeit je vertragsgegenständlichem 7stelliger zusätzlicher 10stelliger in sein Produktportfolio aufzunehmen. Die Aufnahme weiterer 10stelliger hat der Leistungserbringer der KKH unter Einhaltung einer Frist von 14 Tagen zum Monatsersten schriftlich unter Nennung der 10stelligen Hilfsmittelpositionsnummer mitzuteilen. In diesem Fall werden die zusätzlichen 10stelliger zum jeweiligen Monatsersten Gegenstand des Rahmenvertrages und sind nach der in Anlage 02: „Preisvereinbarung“ angegebenen Vergütung abzugeben.

Leistungserbringer, die dem Vertrag beitreten, haben entweder das identische Produktportfolio vorzuhalten und den Versicherten anzubieten oder je vertraglicher Produktart (7Steller) mindestens ein Hilfsmittel in der Anlage 04: „Produkte zur Versorgung“ zu benennen.

1.4. Leistungsort

Der Leistungserbringer kann die Versorgung über einen Onlineshop organisieren, bei dem sich die Versicherten registrieren können. Für die Registrierung benötigen die Versicherten eine E-Mail-Adresse.

Bei Bedarf können die Versicherten auch außerhalb des Onlineshops durch den Leistungserbringer versorgt werden.

1.5. Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und Krankenhäusern bzw. Vertragsärzten

Es gelten die gesetzlichen Bestimmungen und insbesondere § 12 des Rahmenvertrages. Ziel des § 128 SGB V ist es, unzulässige Zuwendungen zu verhindern und die ärztliche Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten zu wahren. Der § 128 SGB V schützt das Wahlrecht des Patienten unter den versorgungsberechtigten Leistungserbringern. Patienten sollen ihre Entscheidungen zur Wahl ihres Leistungserbringers unbeeinflusst treffen können. Somit schützt die Norm auch den freien Wettbewerb, denn es soll vermieden werden, dass

sich Leistungserbringer in unzulässiger Weise Wettbewerbsvorteile verschaffen.

Nachstehend Beispiele unzulässigen Zusammenarbeiten mit Krankenhäusern bzw. Vertragsärzten:

Beispiel 1:

Der Leistungserbringer führt regelmäßig vorterminierte Sprechstunden im Krankenhaus oder in einer Arztpraxis mit der Zielstellung durch, Hilfsmittel direkt in der medizinischen Einrichtung abzugeben.

Beispiel 2:

Dem Leistungserbringer werden vom Krankenhausbetreiber exklusiv Räumlichkeiten auf dem Klinikgelände vermietet und im Rahmen des Entlassmanagements wird der Versicherte vom Krankenhaus an den Leistungserbringer verwiesen.

Nachstehend Beispiele unzulässiger Zuwendungen an medizinische Einrichtungen (z.B. Krankenhäuser) bzw. unzulässiger Beteiligungen von medizinischen Einrichtungen und Ärzten:

Beispiel 3:

Die Beteiligung von medizinischen Einrichtungen bzw. Ärzten an Leistungserbringern bzw. mit Leistungserbringern verbundenen Unternehmen mit der Möglichkeit, dass diese Ärzte (bzw. im Falle einer medizinischen Einrichtung die dort angestellte Ärzte) durch ihr Verordnungsverhalten Umsätze des Leistungserbringers oder der gemeinsamen Unternehmung selbst maßgeblich beeinflussen können.

Unzulässig sind deshalb Beteiligungen von Ärzten in Krankenhäusern oder von Krankenhäusern / Krankenhausgesellschaften an Unternehmen von Leistungserbringern, (z.B. als Gesellschafter), wenn Vertragsärzte, Ärzte in Krankenhäusern oder Krankenhäuser / Krankenhausgesellschaften dabei durch ihr Verordnungsverhalten finanziell partizipieren können.

Beispiel 4:

Der Leistungserbringer beteiligt Vertragsärzte, Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen oder Mitarbeiter dieser Einrichtungen gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der vertragsgegenständlichen Hilfsmittelversorgung.

Es wird darauf hingewiesen, dass die vorstehenden Beispiele keine abschließende Liste unzulässiger Zusammenarbeit darstellen.

1.6. Kostenvoranschlag

Soweit der Leistungserbringer gemäß Leistungsbeschreibung einen Kostenvoranschlag (KVA) zu erstellen und einzureichen hat, ist dieser grundsätzlich in elektronischer Form (eKV) gemäß der Anlage 05: „Datenübermittlung“ in der vorgegeben Form an die dort benannte Stelle zu übermitteln.

Der Kostenvoranschlag ist innerhalb von 28 Tagen nach Ausstellung der vertragsärztlichen Verordnung vom Leistungserbringer an die KKH zu übermitteln. Maßgebend für die Rechtzeitigkeit ist das Datum der Absendung durch den Leistungserbringer.

Soll die Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln über den vereinbarten/genehmigten Versorgungszeitraum fortgesetzt werden, hat der Leistungserbringer frühestens

28 Tage, spätestens 5 Tage vor Ablauf des genehmigten Versorgungszeitraumes der KKH dieses schriftlich mitzuteilen.

Hierzu übermittelt der Leistungserbringer (erneut) einen Kostenvoranschlag nach Maßgabe der Anlage 05: „Datenübermittlung“ mit den dort vorgesehenen (Mindest-) Angaben.

1.7. Versorgungszeitraum

Der Versicherte kann sein Wahlrecht unter den Vertragspartnern jederzeit ausüben. Wählt der Versicherte während eines bereits genehmigten Versorgungszeitraumes einen anderen Vertragspartner, so wirkt das Wahlrecht zum Monatsersten nach Ablauf des genehmigten Versorgungszeitraums.

Sofern der Versorgungszeitraum eines Einzelauftrages planmäßig über das Ende des Vertrages hinausgeht, ist der Leistungserbringer dennoch verpflichtet, die Leistungen gemäß Leistungsbeschreibung für die Dauer des genehmigten Versorgungszeitraumes zu erbringen.

1.8. Zuständige Stelle

a) Datenübermittlung gemäß Leistungsbeschreibung

Soweit gemäß dieser Leistungsbeschreibung im Rahmen der Vertragsdurchführung eine Datenübermittlung an die KKH zu erfolgen hat, hat diese an die in der Anlage 05: „Datenübermittlung“ genannte Stelle unter Einhaltung der dort geregelten Anforderungen an die Datenübermittlung zu erfolgen.

b) Zuständigkeit für die Anpassung des Vertrages

Nach Ziffer 1.3. der Anlage 01 „Leistungsbeschreibung“ ist der Leistungserbringer berechtigt, während der Vertragslaufzeit je vertragsgegenständlichem 7stelliger weiterer 10stelliger in sein Produktportfolio aufzunehmen. Die Aufnahme weiterer 10stelliger hat der Leistungserbringer der folgenden Stelle mitzuteilen.

Zuständige Stelle für Fragen zum Vertrag:

Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Referat Hilfsmittel
Karl-Wiechert-Allee 61
30625 Hannover

2. Anforderungen an die zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringenden Leistungen

2.1. Beratung und Auswahl des Produktes

Der Leistungserbringer hat den Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung unter Berücksichtigung des § 12 Abs. 1 SGB V persönlich (analog) zu beraten, welche Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen nach § 33 Abs. 1 Satz 1 und 4 SGB V für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet sind.

Die Beratung erfolgt persönlich (analog) durch geschulte Fachkräfte gem. Ziffer 2.8; soweit erforderlich unter Einbeziehung pflegender Angehöriger bzw. des beteiligten Pflegepersonals.

Nur wenn der Versicherte auf die analoge Beratung explizit verzichtet und dies schriftlich oder elektronisch gegenüber dem Leistungserbringer dokumentiert, kann auf die persönliche Beratung verzichtet werden.

Soll die Beratung digital erfolgen, erfolgt dies von Angesicht zu Angesicht. Benutzerhandbücher oder Web-Tutorials reichen nicht aus.

Erfolgt die Beratung persönlich vor Ort, dokumentiert der Leistungserbringer diese durch Unterschrift des Versicherten. Die Dokumentation umfasst die Inhalte des Dokumentationsbogens „Anlage 06: „Muster Dokumentation Beratung nach § 127 Abs. 5 Satz 1 und 2 SGB V““. Der Leistungserbringer hat die Dokumentation im Rahmen der geltenden Datenschutzvorschriften und gesetzlichen Aufbewahrungsfristen durchzuführen, zu archivieren und auf Anforderung der Krankenkasse zu Prüfzwecken im hierfür maßgeblichen Umfang vorzulegen. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu berücksichtigen. Eine Archivierung der Unterlagen in digitaler Form ist ausreichend.

Die gesetzlich geschuldete Beratung der Versicherten durch den Leistungserbringer nach § 127 Abs. 5 SGB V hat in jedem Fall zu erfolgen. Auf die Dokumentation der Beratung und deren Bestätigung kann bei folgenden Fallkonstellationen verzichtet werden:

- a) Der Versicherte verzichtet explizit auf die gesetzlich vorgesehene Leistung „persönliche Beratung durch den Leistungserbringer“, bestätigt und dokumentiert dies gegenüber dem Leistungserbringer
- b) Versorgung bis zu einem Antragswert von 210 € netto
- c) bei Folgeversorgungen

Wählt der Versicherte eine Versorgung mit Mehrkosten hat der Leistungserbringer die Beratung immer schriftlich zu dokumentieren und sich durch Unterschrift vom Versicherten bestätigen zu lassen. Hierfür kann er die Anlage 07: „Muster Dokumentation Mehrkostenerklärung nach § 127 Abs. 5 Satz 5 SGB V“ verwenden, ansonsten mindestens ein inhaltsgleiches Dokument.

2.2. nicht besetzt

2.3. Einweisung

Der Leistungserbringer weist den Versicherten bzw. die Betreuungsperson (pflegender Angehöriger/Pflegepersonal) persönlich in die sachgerechte Handhabung, Anwendung und den Betrieb des Hilfsmittels ein. Die technische Einweisung bezieht sich auf die vom Hersteller vorgegebene fachgerechte Nutzung des Hilfsmittels bzw. sicheren Anwendung des Systems/der Komponenten, Kalibrierung, Alarmfunktion, Datenmanagement, Wechselintervall Sensoren) zur Glukose-Selbstmessung, des Trends der gemessenen Werte unter Beachtung des festgelegten Therapieziels des Arztes und die sachgerechte Pflege und Reinigung. Hierüber ist der Versicherte zu informieren.

Ziel der Einweisung ist, dass der Versicherte in den Stand versetzt wird, das betreffende Hilfsmittel im alltäglichen Gebrauch sicher zu bedienen und zu beherrschen.

Zur Durchführung der Einweisung können die Versicherten aus folgendem Angebot des Leistungserbringers wählen:

- a) Einweisung vor Ort,
- b) Einweisung in einem Live Web-Seminar (von Angesicht zu Angesicht), wenn der Versicherte von der persönlichen Einweisung absieht und dies schriftlich oder elektronisch dem Leistungserbringer bestätigt.

Der Leistungserbringer dokumentiert die Erklärung der Versicherten, die Kenntnisse zur sicheren Handhabung des Hilfsmittels erworben zu haben, bzw. von der persönlichen Einweisung abzusehen. Dem Leistungserbringer steht es frei, hierfür die Anlage 09: „Muster Bestätigung Einweisung, Funktionsprüfung, Empfang“ oder ein inhaltlich vergleichbares Dokument zu verwenden.

2.4. Empfangsbestätigung

Für jede im Rahmen des Vertrages erbrachte Leistung ist die vom Versicherten bzw. dessen gesetzlichen Vertreter eine schriftliche, rechtsverbindlich unterzeichnete Empfangsbestätigung ggf. auf der Rückseite des Arzneiverordnungsblattes einzuholen.

Als Empfangsbestätigung für Verbrauchsmaterialien sind auch der Nachweis der Lieferung durch Kurierdienste (DPD, UPS, DHL) und die Angabe der Sendungsnummer etc. zulässig.

2.5. Lieferung und Abgabe der Hilfsmittel

Der Leistungserbringer liefert die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel im medizinisch notwendigen Umfang gemäß vertragsärztlicher Verordnung und Genehmigung der KKH (Kostenübernahmeerklärung). Der Leistungserbringer stellt auch die Versorgung mit den Verbrauchshilfsmitteln für den genehmigten Versorgungszeitraum sicher. Die Lieferungen müssen rechtzeitig erfolgen, spätestens 3 Tage vor Bedarf.

Beispiel:

Die Lieferung von Verbrauchsmaterialien für den Versorgungsmonat Februar hat bis 29.01. zu erfolgen.

2.6. nicht besetzt

2.7. nicht besetzt

2.8. Personelle Anforderungen

Der Leistungserbringer setzt für die persönliche Beratung, Einweisung und Funktionskontrolle der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel ausschließlich fachkundiges Personal ein, welches hierzu vom jeweiligen Hersteller des Hilfsmittels nach den Bestimmungen des MPG / MPDG zertifiziert ist. Das Personal beherrscht die deutsche Sprache in Wort und Schrift.

Die als Anlage 10: „Eigenerklärung über die personellen und fachlichen (Mindest-) Anforderungen“ beigefügte Erklärung ist bei Vertragsabschluss bzw. der Erklärung zum Vertragsbeitt einzureichen.

2.9. Kontaktmöglichkeiten/Kontaktdaten des Leistungserbringers

Bei Lieferung der Hilfsmittel informiert der Leistungserbringer den Versicherten bzw. dessen Pflegeperson in geeigneter Form über seine Kontaktmöglichkeiten/Kontaktdaten.

Anlage 02: „Preisvereinbarung (Stand 01.12.2024)“

1. Der Leistungserbringer führt die Versorgung aufzahlungsfrei zu den folgenden Vertragspreisen/Versorgungspauschalen durch. Berechnet wird der Bruttopreis.

Bezeichnung	Hilfsmittelkennzeichen	Hilfsmittelpositionsnummer	MwSt.	Preis (netto) in Euro	Preis (brutto) in Euro
Versorgungspauschale/Monat mit FreeStyle Libre 3 Plus Sensoren	08	30.99.01.0012	19%	113,26	134,78
rtCGM-Empfänger mg/dl	00/04	30.99.02.4002	19%	50,34	59,90
rtCGM-Empfänger mmol/l	00/04	30.99.02.4001	19%	50,34	59,90
FreeStyle Libre 3 Sensor	00/04	30.99.01.0005	19%	50,34	59,90

2. Für die Versorgung der Versicherten wird eine Sensormenge, die auf Basis der jeweils offiziellen Sensortragedauer den Genehmigungszeitraum vollständig abgedeckt, als das übliche und medizinisch notwendige Maß pro Jahr definiert und geliefert.
3. Sofern erforderlich wird ein Lesegerät bei einer Erstversorgung mitgeliefert. Die Beantragung und Genehmigung von Lesegerät und Sensoren erfolgt als zwei separate Versorgungseinheiten.

Es wird vereinbart, dass bei einer Versorgung mit den vertragsgegenständlichen rtCGM-Systemen nicht immer ein Empfangsgerät erforderlich ist und somit die Versorgung nicht immer ein Empfangsgerät beinhaltet.

Hat der Versicherte bereits auf anderem Wege ein Empfangsgerät erhalten, ist bei der Versorgung kein Empfangsgerät vom Leistungserbringer zu beantragen und auch nicht von der Kasse zu genehmigen.

4. Wenn während der Vertragslaufzeit neue Generationen von Lesegeräten oder Sensoren für die vertragsgegenständlichen rtCGM-Systeme vom Leistungserbringer auf den Markt gebracht werden, kann der Leistungserbringer diese in den Vertrag durch Änderungsanzeige der Anlage 4 einmelden bzw. ersetzen, soweit die neue Produktgeneration (Lesegerät oder Sensor) keine Auswirkungen auf die vereinbarte Leistungsbeschreibung gemäß Anlage 1 hat, die vereinbarte Versorgungsqualität von der neuen Produktgeneration gleichermaßen erfüllt wird und soweit diese nicht mit einer Erhöhung der (Tagestherapie-) Kosten der Versorgung verbunden ist.
5. Der Leistungserbringer ist innerhalb der Monatspauschale berechtigt, ein von der ärztlichen Hilfsmittelverordnung abweichendes kontinuierliches Glukosemesssystem auszuwählen, mit Erfüllungswirkung zu versorgen und gegenüber der Krankenkasse abzurechnen.

6. Der Leistungserbringer ist nach seiner Wahl berechtigt, Versicherte der Krankenkasse auf die Genehmigung eines bisherigen Vertragsprodukts bis zum Ablauf des Genehmigungszeitraums entweder weiterhin mit dem bisherigen Vertragsprodukt zu beliefern oder die Belieferung von Versicherten der Krankenkasse auf das neue Vertragsprodukt umzustellen. Die Belieferung der Versicherten der Krankenkasse mit dem neuen Vertragsprodukt berechtigt den Leistungserbringer zur Abrechnung, ohne dass es hierfür einer neuen Verordnung, eines neuen Antrags oder einer neuen Genehmigung bedarf. Sofern der Versicherte damit einverstanden ist und auf das neue Produkt bei Bedarf eingewiesen wurde.

Anlage 04: „Produkte zur Versorgung“ Stand 01.12.2024

Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Vertrages führt der Leistungserbringer die Versorgungen mittels des folgenden rtCGM-Sortiments durch.

Hilfsmittel-Nr.	Produktbezeichnung
30.99.01.0005	FreeStyle Libre 3 Sensor
30.99.01.0012	FreeStyle Libre 3 Plus Sensor
30.99.02.4002	FreeStyle Libre 3 Empfangsgerät mg/dL
30.99.02.4001	FreeStyle Libre 3 Empfangsgerät mmol/L

Anlage 05: „Datenübermittlung“

1.	Elektronischer Datenaustausch	1
1.1	Auftrag	2
1.2	Kostenvoranschlag und Entscheidungsdaten	2
1.3	Nachrichten	2
1.4	Lieferbestätigung	2
1.5	Rückholbestätigung	2
2.	Notwendige Inhalte des Kostenvoranschlags (KVA)	2
3.	Zuständige Stellen für Rückfragen	3
4.	Zuständigkeit der KKH-Hilfsmittelzentren nach Postleitzahlen	3

1. Elektronischer Datenaustausch

Die KKH nutzt für den elektronischen Datenaustausch die folgenden Dienstleister:

medicomp
Gesellschaft für neue Medien und Computer mbH
 Hoheloogstr. 14
 67065 Ludwigshafen
 Telefon: 0621.67 17 82-79
 E-Mail: support@medicomp.de
 Internet: www.medicomp.de

und

HMM Deutschland GmbH
 Eurotec-Ring 10
 47445 Moers
 Telefon: 02841 88825.0502

Die Übermittlung des elektronischen Kostenvoranschlags ist über diese Dienstleister zulässig. Der Leistungserbringer hat sich zwecks Umsetzung direkt mit einer der o.g. Firma in Verbindung zu setzen. Die Kosten für die Übermittlung trägt der Leistungserbringer. Die Modalitäten für den Datenaustausch sind mit dem Anbieter zu vereinbaren.

Die zulässigen Dateiformate für Anhänge (z. B. Verordnung, Kostenvoranschlag, Lieferschein) sind TIF, JPEG und PDF. Die maximale Größe des Anhangs darf 4 MB nicht überschreiten.

Abweichend vom elektronischen Datenaustausch kann der Leistungserbringer die notwendigen Unterlagen im Ausnahmefall auch auf dem Postweg oder per Fax an das zuständige Hilfsmittelzentrum senden. Die Zuständigkeit der Hilfsmittelzentren für die Faxübermittlung leitet sich aus dem Wohnort des Versicherten (Postleitzahl) ab. Bitte beachten Sie hierzu die beigefügte Übersicht „Zuständigkeit der KKH-Hilfsmittelzentren nach Postleitzahlen“ unter Punkt 4 dieser Anlage.

Eine Übermittlung von fallbezogenen Daten, wie Verordnungen, Kostenvoranschlägen, Liefer-scheinen, etc. per E-Mail ist grundsätzlich unzulässig. Dies mit Rücksicht darauf, dass es sich bei den gesendeten Informationen um Sozialdaten handelt und das damit verbundene Risiko/

den damit verbundenen Aufwand. Für den Fall, dass eine Übermittlung von Kostenvoranschlägen per E-Mail erfolgen soll, bedarf dies einer vorherigen gesonderten schriftlichen Vereinbarung mit der KKH. Für diesen Fall ist eine dem aktuellen Stand der Technik entsprechende gängige Verschlüsselungsmethode zu verwenden.

1.1 Auftrag

Der Leistungserbringer **kann** über den Datenaustausch durch die KKH beauftragt werden, auf Grundlage einer Verordnung einen Kostenvoranschlag/Angebot zu erstellen, eine Anpassung/Reparatur/Sicherheitstechnische Kontrolle oder Wartung vorzunehmen oder ein/mehrere vorhandene/s Hilfsmittel beim Versicherten abzuholen.

1.2 Kostenvoranschlag und Entscheidungsdaten

Der Leistungserbringer sendet den Kostenvoranschlag als elektronischen Datensatz. Gemäß der Leistungsbeschreibung kann es erforderlich sein, dass dem Kostenvoranschlag ein oder mehrere Anhänge beizufügen sind.

Die KKH wird ihre Entscheidung ((Teil-)Genehmigung/Kostenübernahmeerklärung, Ablehnung, Entscheidungsänderung) ebenfalls elektronisch übermitteln. Die KKH wird die Verordnung im Bedarfsfall als Anhang beifügen, sollte diese dem Leistungserbringer nicht bereits vorliegen.

Definition „Teilgenehmigung“

Teilweise Genehmigung der beantragten Versorgung, hinsichtlich:

- Inhalt der Versorgung
- Höhe der Leistung.

1.3 Nachrichten

Der Leistungserbringer **kann** den elektronischen Datenaustausch nutzen, um fallbezogene Nachrichten an die KKH zu übermitteln und zu empfangen. In diesen Nachrichten ist ebenfalls eine Übermittlung von Dateianhängen möglich.

1.4 Lieferbestätigung

- zur Zeit nicht belegt -

1.5 Rückholbestätigung

- zur Zeit nicht belegt -

2. Notwendige Inhalte des Kostenvoranschlags (KVA)

Der Kostenvoranschlag enthält die folgenden Inhalte:

- Name, Anschrift und IK des Leistungserbringers,
- Versichertendaten (Name, Vorname, Geburtsdatum und Versicherten-Nr., *ersatzweise*: Anschrift des Versicherten),
- der festgelegte 7-stellige Schlüssel „Leistungserbringergruppe“ (LEGS)

- Kennzeichen Hilfsmittel,
- die Hilfsmittel- bzw. Abrechnungspositionsnummer (7-/10-Steller),
- der Versorgungszeitraum (von TT.MM.JJ bis TT.MM.JJ),
- Betrag der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten je Hilfsmittelversorgung,
- gültiger ICD-Schlüssel aus dem aktuell gültigem ICD-10-Verzeichnis oder Angabe der Diagnose (im Langtext) gemäß Verordnung,
- die vertragsärztliche Verordnung in Kopie.

3. Zuständige Stellen für Rückfragen

Hilfsmittelzentrum Bremen
 Tel. 04 21.16 33 95-34 50
 Fax 04 21.16 33 95-44 99
 E-Mail: serviceteam.kh1@kkh.de

Hilfsmittelzentrum Gera
 Tel. 03 65.55 28 6-0
 Fax. 03 65.55 28 6-22 98
 E-Mail: serviceteam.kh2@kkh.de

Erreichbarkeit:

Montag - Donnerstag von 08:00 bis 18:00 Uhr
 Freitag von 08:00 bis 16:00 Uhr
 Samstage, Sonntage und gesetzliche Feiertage sind keine Arbeitstage.

Postanschrift:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
 30125 Hannover

4. Zuständigkeit der KKH-Hilfsmittelzentren nach Postleitzahlen

von	bis	HMZ
01067	06318	Gera
06333	06343	Bremen
06347	06388	Gera
06406	06408	Bremen
06420	06425	Gera
06429	06449	Bremen
06456		Gera
06458	06548	Bremen
06556	16837	Gera
16845	16949	Bremen
17033	18609	Gera
19053	23968	Bremen
23970		Gera
23972		Bremen
23974	23992	Gera
23996		Bremen
23999		Gera

von	bis	HMZ
75045		Gera
75050		Bremen
75053		Gera
75056	75059	Bremen
75172	75399	Gera
75417	75449	Bremen
76131	76726	Gera
76744	76770	Bremen
76771	76774	Gera
76776		Bremen
76777		Gera
76779	76891	Bremen
77652	89547	Gera
89551		Bremen
89555	91413	Gera
91438	91443	Bremen
91448	91459	Gera

24103	36399	Bremen
36404	36469	Gera
37073	39249	Bremen
39261	39279	Gera
39288	67319	Bremen
67346	67360	Gera
67361	67363	Bremen
67365		Gera
67366		Bremen
67368	67376	Gera
67377	68723	Bremen
68753		Gera
68766	68782	Bremen
68789	68809	Gera
69115	69123	Bremen
69124		Gera
69126	69151	Bremen
69168	69190	Gera
69198		Bremen
69207		Gera
69214	69221	Bremen
69226	69234	Gera
69239		Bremen
69242		Gera
69245	69253	Bremen
69254		Gera
69256	69518	Bremen
70173	71409	Gera
71522	71579	Bremen
71634	71642	Gera
71665	71672	Bremen
71679	71701	Gera
71706	71739	Bremen
72070	73349	Gera
73430	73579	Bremen
73614	73630	Gera
73635	73642	Bremen
73650	73666	Gera
73667		Bremen
73669	73779	Gera
74072	74939	Bremen
75015		Gera
75031	75038	Bremen

91460		Bremen
91462	91463	Gera
91465		Bremen
91466	91469	Gera
91471		Bremen
91472		Gera
91474		Bremen
91475		Gera
91477	91480	Bremen
91481		Gera
91483	91484	Bremen
91486	91489	Gera
91522	91555	Bremen
91560	91564	Gera
91567	91572	Bremen
91575		Gera
91578		Bremen
91580		Gera
91583	91589	Bremen
91590		Gera
91592	91620	Bremen
91622		Gera
91623	91628	Bremen
91629		Gera
91631	91632	Bremen
91634		Gera
91635	91637	Bremen
91639	96149	Gera
96151		Bremen
96152	96158	Gera
96160		Bremen
96161	96529	Gera
97070	97999	Bremen
98527	99752	Gera
99755		Bremen
99759		Gera
99762		Bremen
99765		Gera
99768		Bremen
99817	99819	Gera
99826	99837	Bremen
99842	99998	Gera

Anlage 06: „Muster Dokumentation Beratung nach § 127 Abs. 5 Satz 1 und 2 SGB V“**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: _____

Eine Kopie des Nachweises der Beratung habe ich auf meinen Wunsch hin erhalten.

Ja ☐ Nein ☐_____
Ort, Datum_____
Unterschrift Versicherte/r*_____
Beratende/r Mitarbeiter/in

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

Anlage 07: „Muster Dokumentation Mehrkostenerklärung nach § 127 Abs. 5 SGB V“

Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 5 SGB V Merkostenerklärung 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/der Hilfsmittel umfassend beraten.

Obwohl ich eine hinreichende Auswahl mehrkostenfreier individueller Versorgungsangebote erhalten habe, entscheide ich mich für ein anderes Produkt und übernehme hierfür die Mehrkosten.

Die Mehrkosten betragen: _____ EUR

Mir ist bekannt, dass

- eine nachträgliche Erstattung der gezahlten Mehrkosten durch meine Krankenkasse nicht erfolgen kann und
- ich dadurch bedingte höhere Folgekosten, z. B. bei Reparaturen und Wartungen, selbst trage.

Ein Exemplar der Erklärung habe ich auf meinen Wunsch hin erhalten.

Ja ☐ Nein ☐

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r*

Beratende/r Mitarbeiter/in

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

Anlage 09: „Bestätigung Einweisung, Funktionsprüfung, Empfang“

Versicherten-Nr.:

Herr/Frau:

Geburtsdatum:

Datum:

Bestätigung der Beratung, Einweisung

Der die oben genannte Versicherte, der/die gesetzliche Vertreter/in, der/die pflegende Person, der/die Angehörige/r wurde

am

zu folgendem Hilfsmittel:

beraten/eingewiesen.

Bestätigung des Empfangs, der Einweisung und der Funktionsprüfung

Der die oben genannte Versicherte, der/die gesetzliche Vertreter/in, der/die pflegende Person, der/die Angehörige/r wurde

hat am

folgendes Hilfsmittel:

Hilfsmittel-Typ:

Hilfsmittel-Bezeichnung:

Hersteller:

Hilfsmittelpositionsnummer:

Serien-Nummer:

als Sachleistung erhalten.

Für dieses Hilfsmittel sind regelmäßige sicherheitstechnische Kontrollen oder Wartungen erforderlich: ☐ ja ☐ nein

Vereinbarung:

Der die oben genannte Versicherte, der/die gesetzliche Vertreter/in, der/die pflegende Person, der/die Angehörige/r erklärt hiermit, dass er/sie das Hilfsmittel in einwandfreiem, gebrauchsfähigem Zustand erhalten hat und eine Einweisung in die sachgerechte Handhabung, Anwendung und den Betrieb des Hilfsmittels sowie eine Funktionsprüfung erfolgt ist. Der/die Versicherte verpflichtet sich:

1. für eine ordnungsgemäße und sorgfältige Behandlung des Hilfsmittels zu sorgen,
2. Beschädigungen, die vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt wurden, auf eigene Kosten zu beheben,
3. elektrisch betriebene Hilfsmittel vor unsachgemäßer Wässerung zu schützen,
4. das Hilfsmittel gegen Schaden durch Dritte, Verlust oder Diebstahl hinreichend zu sichern,
5. das Hilfsmittel nicht an andere Personen zu übereignen, zu verleihen oder zu verpfänden,
6. das Hilfsmittel dem o.g. Vertragspartner der KKH oder einem von der KKH mit der Rückholung des Hilfsmittels beauftragten Vertragspartner zurückzugeben, wenn die Gründe für die Verwendung entfallen bzw. die Versorgung endet,
7. ausschließlich den o.g. Vertragspartner zu informieren, soweit Service-/Reparaturleistungen notwendig werden,

Einen Durchschlag dieser Empfangsbestätigung erhalten zu haben.

....., den.....

.....
Unterschrift Versicherter¹

oder Unterschrift von, sofern durch den Versicherten nicht möglich:

....., den.....

.....
Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in, pflegende/r Person, Angehörige/r

Der Vertragspartner bestätigt, eine Einweisung des Versicherten und eine Funktionsprüfung des Hilfsmittels beim Versicherten vor Ort entsprechend den vertraglichen Vereinbarungen mit der KKH und analog § 5 MPBetreibV ordnungsgemäß durchgeführt zu haben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift + Stempel Leistungserbringer

¹ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Anlage 10: "Eigenerklärung über die personellen und fachlichen (Mindest-) Anforderungen"

Die persönliche Beratung, Einweisung und Funktionskontrolle der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel beim Versicherten haben ausschließlich durch qualifizierte Fachkräfte zu erfolgen, die hierzu vom jeweiligen Hersteller zertifiziert sind und die erforderliche Fachkunde besitzen.

Die KKH fordert vor diesem Hintergrund die folgende Eigenerklärung:

- ☐ Wir erklären, dass wir zur hilfsmittelbezogenen, persönlichen Beratung, Einweisung und Funktionskontrolle der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel eigenes, fachkundiges Personal einsetzen, welche hierzu vom jeweiligen Hersteller des Hilfsmittels nach den Bestimmungen des MPDG bzw. der MPBetriebV zertifiziert sind. Das Personal beherrscht die deutsche Sprache in Wort und Schrift.

Mit der vorbezeichneten Ausstattung unseres Unternehmens kann die Einhaltung der vertraglich vorgesehenen Beratungsleistungen und Lieferfristen bei jedem Einzelauftrag sichergestellt werden.

Unsere Angaben sind vollständig und richtig.