

**Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V
als Ergänzung zum Gesamtvertrag nach § 83 SGB V
zur Versorgung der Versicherten mit
Diabetischem Fußsyndrom im Freistaat Sachsen
(DFS Sachsen)
in der Fassung vom 01.01.2012**

zwischen

der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen
vertreten durch den Vorstand
hier vertreten durch den
Stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes
Herrn Rainer Striebel,
- im Folgenden „**AOK PLUS**“ genannt -

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen
vertreten durch den Vorstand,
dieser vertreten durch
Herrn Prof. Dr. med. habil. Heiner Porst,
- im Folgenden „**KVS**“ genannt -

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	4
§ 1 Ziele des Vertrages	7
§ 2 Gegenstand und Grundsätze des Vertrages.....	7
§ 3 Geltungsbereich	8
Abschnitt II – Teilnahme der VERTRAGSÄRZTE.....	8
§ 4 Teilnahmeberechtigung und Teilnahmevoraussetzungen als HAUSARZT	8
§ 5a Teilnahmeberechtigung und Teilnahmevoraussetzungen als DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ	9
§ 5b Teilnahmeberechtigung und Teilnahmevoraussetzungen als ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTER FACHARZT und als WUNDCHIRURGISCH TÄTIGER FACHARZT ..	11
§ 6 Einschreibung der VERTRAGSÄRZTE.....	12
§ 7 Beendigung der Teilnahme der VERTRAGSÄRZTE, Sonderkündigung, Ausschluss	12
Abschnitt III – Teilnahme der Versicherten	14
§ 8 Teilnahmeberechtigung und Teilnahmevoraussetzungen und Verpflichtungen der Versicherten.....	14
§ 9 Einschreibung und Beginn der Teilnahme der Versicherten	14
§ 10 Beendigung der Teilnahme der Versicherten.....	15
und Wechsel des VERTRAGSARZTES	15
§ 11a Versorgungsverbund	16
§ 11b Leistungen des HAUSARZTES	16
§ 11c Leistungen des Facharztes in der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ	17
§ 11d Leistungen des ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTEN FACHARZTES und des WUNDCHIRURGISCH TÄTIGEN FACHARZTES	19
§ 12 Fortbildung und Qualitätssicherung	19
§ 13 Aufgaben der KVS.....	20
§ 14 Aufgaben der AOK PLUS	20
Abschnitt VI – Vergütung und Abrechnung	21
§ 15 Vergütung und Abrechnung der VERTRAGSÄRZTE	21
§ 16 Abrechnung der KVS.....	22
Abschnitt VII – Sonstige Vertragsgegenstände	22
§ 17 unbesetzt	22
§ 18 Vertragskommission.....	22
§ 19 Gewährleistung und Haftung	23
§ 20 Kostentragungsabrede	23
§ 21 Datenschutz, Datentransparenz und -austausch	23
§ 22 Öffentlichkeitsarbeit.....	24
§ 23 Exklusivitätsklausel	24
§ 24.....	24
unbesetzt	24
§ 25 Vertragsänderungen und Formvorschriften	24
§ 26 Evaluation	25
§ 27 Inkrafttreten, Laufzeit und Kündigung	25
§ 28 Salvatorische Klausel	26

Anlagenverzeichnis

Anlage 1	Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten
Anlage 2	Teilnahmeerklärung „HAUSARZT“
Anlage 3a	Teilnahmeerklärung „DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ“ mit Anhang
Anlage 3b	Teilnahmeerklärung „DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ“ für ermächtigte Ärzte
Anlage 3c	Teilnahmeerklärung „ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTER FACHARZT“
Anlage 3d	Teilnahmeerklärung „WUNDCHIRURGISCH TÄTIGER FACHARZT“
Anlage 4	Praxisausstattung
Anlage 5	Technische Anlage
Anlage 6	Vergütungen
Anlage 7a	Abrechnung der Vertragsärzte
Anlage 7b	Abrechnung der KVS
Anlage 8	Arznei- und Verbandmittel Anhang zur Anlage 8 Arznei- und Verbandmittel „Produktübersicht zur wirt- schaftlichen Verbandmittelauswahl“
Anlage 9	Strukturvoraussetzung eines auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierten Arztes/Einrichtung (DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ)
Anlage 10	Hausärztliche Grunddiagnostik
Anlage 11	Wagner-/Armstrong-Klassifikation
Anlage 12	unbesetzt
Anlage 13	Empfehlung zur Schuhversorgung der AG „Diab. Fuß“
Anlage 14	Anlage zur ärztlichen Hilfsmittelverordnung
Anlage 15	unbesetzt

Abkürzungsverzeichnis

AIS:	Arztinformationssystem
AOK PLUS:	AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
DDG:	Deutsche Diabetes Gesellschaft
DFS:	Diabetisches Fußsyndrom
DMP:	Disease Management Programm
KVS:	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
LVSK:	Landesverbände der sächsischen Krankenkassen
MDK:	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MVZ:	Medizinisches Versorgungszentrum
NVL:	Nationale Versorgungs Leitlinien
RSaV:	Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
SLÄK:	Sächsische Landesärztekammer
SPPoF:	Diabetologische Schwerpunktpraxis ohne Fußbehandlung
TE:	Teilnahmeerklärung
TE/EWE:	Teilnahme-/Einwilligungserklärung

Präambel

Die Behandlung chronischer Erkrankungen, wie Diabetes mellitus, soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) nach § 137f SGB V, die auf der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) in der jeweils gültigen Fassung beruhen, optimiert werden. Dazu haben die Landesverbände der sächsischen Krankenkassen (LVSK) mit der KVS Verträge zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2 auf der Grundlage des § 73a SGB V (DMP-Verträge) geschlossen. Beide DMP-Verträge beinhalten auch Versorgungsleitlinien für die Behandlung des „Diabetischen Fußsyndroms“. Für Versicherte der AOK PLUS, die am strukturierten Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1 bzw. Typ 2 teilnehmen, sind daher grundsätzlich die Regelungen der RSAV des entsprechenden DMP-Vertrages zu beachten, soweit dieser Vertrag nicht höhere Maßstäbe an die Behandlungsleitlinien (z. B. Kooperationen der Versorgungssektoren) zur Versorgung der Versicherten mit Diabetischem Fußsyndrom als der DMP-Vertrag setzt.

Bei mehr als 10 % der Versicherten mit Diabetes mellitus kommt es im Laufe ihres Lebens zu einer Fußläsion. Diese Fußkomplikation wird insbesondere durch die Schädigungen der Gefäße (Makroangiopathie) und der Nerven (Neuropathie) verursacht. Bei verzögerter oder ineffektiver Behandlung kann eine Amputation erforderlich werden, die Lebensqualität der Versicherten ist deutlich herabgesetzt. Die Kosten für die Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms machen ca. 25 % der Gesamtkosten, die für Menschen mit Diabetes mellitus anfallen, aus. Jährlich werden weiterhin 20.000 Majoramputationen - Amputation oberhalb des Sprunggelenkes - mit erheblichen Folgekosten in Deutschland vorgenommen.

Dieser Vertrag soll dazu dienen

1. die Versicherten mit einem erhöhten Risiko für eine Fußläsion frühzeitig zu erkennen und einer speziellen Behandlung und Betreuung zuzuführen, um das Auftreten einer Fußläsion zu vermeiden
2. die Versicherten mit einer Fußläsion frühzeitig zu erkennen und einer speziellen Behandlung und Betreuung zuzuführen, um eine Amputation (Majoramputationen) zu vermeiden.

Um dies zu realisieren, ist ein Netz von Vertragsärzten aller Versorgungsebenen erforderlich, welches optimale qualitative und organisatorische Voraussetzungen bietet. Dementsprechend erfolgt durch diesen Vertrag die Verknüpfung von Hausarzt, Diabetologischer Schwerpunktpraxis sowie ambulanten und stationären Einrichtungen, die auf die Behandlung des Diabetischen Fußes spezialisiert sind. Die besonderen Strukturvoraussetzungen zur Behandlung der Versicherten mit auffälligem Fußstatus wird also durch eine enge Kooperation zwischen Hausarzt und Diabetologischer Fußambulanz gewährleistet. Der Versicherte wählt demnach bereits mit Vertragseinschreibung einen Hausarzt und eine Diabetologische Fußambulanz, welche gemeinsam die Koordinierung des Versicherten im Rahmen dieses Vertrages durchführen.

Den allgemeinen Rahmen für die gemeinsame Umsetzung bildet § 73a SGB V und die in diesem Vertrag getroffenen Regelungen. Der vorliegende Vertrag versteht sich als besondere Versorgungsform der vertragsärztlichen Versorgung. Soweit keine abweichenden Regelungen in diesem Vertrag getroffen werden, finden daher die allgemeinen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen, insbesondere das SGB V und das Vertragsarztrecht, uneingeschränkte Anwendung. Es gelten daher die Heilmittel- und Arzneimittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, das Wirtschaftlichkeitsgebot, die Qualität der Versorgung sowie die Wirtschaftlichkeitsprüfung, diese werden durch diesen Vertrag nicht außer Kraft gesetzt. Die Regelungen dieses Vertrages ergänzen die Rechte und Pflichten der vertragsärztlichen Versorgung und die von den Regeln der GKV geprägten Behandlungsverhältnisse zwischen Vertragsarzt und Patient. Deren Inhalt wird durch diesen Vertrag mit ge-

prägt und ihr Umfang nur insoweit modifiziert, wie sich dies aus diesem Vertrag ergibt und seinem Sinn und Zweck entspricht.

Die medizinische Verantwortung für die Behandlung verbleibt beim jeweils behandelnden VERTRAGSARZT. Dieser erbringt seine ärztlichen Leistungen nach Maßgabe der vertragsärztlichen Versorgung und dieses Vertrages in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen gesetzlichen Regelungen.

Im Rahmen dieses Vertrages werden die verwendeten Termini einheitlich wie folgt definiert:

1. Vertragspartner sind die AOK PLUS und die KVS.
2. HAUSÄRZTE sind die Teilnehmer an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 Nrn. 1 und 3 bis 5 SGB V und Fachärzte von Schwerpunktpraxen ohne Fußspezialisierung (SPPoF) (Fachärzte für Innere Medizin) sind also die vertragsärztlich tätigen Ärzte, die die in § 4 definierten Anforderungen erfüllen, die ihre Teilnahme am Vertrag erklärt und von der KVS eine Teilnahmebestätigung erhalten haben.
3. DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZEN sind Fachärzte als Ärzte, die auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisiert sind, sind also die Vertragsärzte, die die in § 5a definierten Anforderungen erfüllen, die ihre Teilnahme am Vertrag erklärt und von der KVS eine Teilnahmebestätigung erhalten haben.
4. DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZEN sind auch ermächtigte in stationären Einrichtungen (in der Regel am ambulanten Fußbehandlungszentrum eines klinischen Fußbehandlungszentrums – als Diabetes-Fuß-Ambulanz) tätige Fachärzte, die entsprechend des „Zulassungsausschusses Ärzte und Krankenkassen“ eine Ermächtigung haben, die berechtigt, im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung Leistungen zur Untersuchung und Behandlung diabetischer Füße durchzuführen und die die in § 5a definierten Anforderungen erfüllen, die ihre Teilnahme am Vertrag erklärt und von der KVS eine Teilnahmebestätigung erhalten haben.
5. WUNDCHIRURGISCHE TÄTIGE FACHÄRZTE sind Fachärzte für Chirurgie und / oder Dermatologen, die auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisiert sind, sind also die Vertragsärzte, die die in § 5b definierten Anforderungen erfüllen, die ihre Teilnahme am Vertrag erklärt und von der KVS eine Teilnahmebestätigung erhalten haben.
6. ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTE FACHÄRZTE sind Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie, Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie/Teilgebiet Angiologie und angiologisch besonders qualifizierte Ärzte, sind also die Vertragsärzte, die die in § 5b definierten Anforderungen erfüllen, die ihre Teilnahme am Vertrag erklärt und von der KVS eine Teilnahmebestätigung erhalten haben.
7. VERTRAGSÄRZTE sind die HAUSÄRZTE, die Fachärzte der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZEN, die WUNDCHIRURGISCHE TÄTIGEN FACHÄRZTE und die ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTEN FACHÄRZTE.
8. TE/EWE ist die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten.
9. Versicherte sind Versicherte der AOK PLUS.

Abschnitt I – Ziele, Gegenstand, Grundsätze und Geltungsbereich

§ 1

Ziele des Vertrages

- (1) Mit diesem Vertrag zwischen der KVS und der AOK PLUS sollen die bisherigen ambulanten Versorgungsstrukturen bei der Behandlungscoordination des diabetischen Fußsyndroms weiterentwickelt und somit maßgeblich verbessert werden.
- (2) Daraus ergeben sich folgende Vertragsziele im Einzelnen:
 1. Etablierung einer koordinierenden und arbeitsteiligen Zusammenarbeit zwischen HAUSARZT und DIABETOLOGISCHER FUßAMBULANZ in Zusammenarbeit mit ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTEM FACHARZT bzw. WUNDCHIRURGISCH TÄTIGEM FACHARZT als patientenbezogener Versorgungsverbund,
 2. Vermeidung/Reduzierung schwerer Stadien des auffälligen Fußstatus,
 3. Verkürzung der Behandlungszeit, insbesondere des auffälligen Fußstatus,
 4. Verringerung stationärer Aufenthalte,
 5. Vermeidung/Reduzierung von Rezidiven,
 6. Verringerung der Amputationsrate (Majoramputationen).

§ 2

Gegenstand und Grundsätze des Vertrages

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Koordination der Behandlung von Versicherten mit Diabetischem Fußsyndrom (DFS) in Form des „auffälligen Fußstatus“. Ein auffälliger Fußstatus ist gegeben bei
 - angiopathischen und/oder
 - neuropathischen und/oder
 - osteoarthropathischen Auffälligkeiten und/oder
 - prä- oder postulcerösen sowie ulcerativen Veränderungen klassifiziert nach dem Schweregrad durch Wagner/Armstrong.
- (2) Die VERTRAGSÄRZTE verpflichten sich zu einer nach den Maßgaben dieses Vertrages qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten, insbesondere bei der Verordnung von Arzneimitteln sowie Verband-, Heilmittel (z.B. podologische Leistungen) und Hilfsmitteln. Im Rahmen dieses Vertrages können die derzeit auf Landesebene für die VERTRAGSÄRZTE geltenden Richtgrößen im Einzelfall überschritten werden. Dies kann dazu führen, dass sie statistisch auffällig werden und ggf. mit einer Richtgrößenprüfung rechnen müssen. Die AOK PLUS wird in diesem Falle die Prüfungsgremien der Selbstverwaltung über die Vertragsinhalte informieren und eine adäquate Berücksichtigung der zusätzlichen Kosten für Arznei- und Verbandmittel und podologischen Leistungen im Rahmen ggf. entstehender Prüfverfahren anregen.
- (3) Im Rahmen dieses Vertrages ist der Einsatz eines AIS mit IT-Vertragsschnittstelle für die DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZEN nach § 5a Abs. 1 Nr. 1 bis 5 vorgesehen (§ 5a Abs. 3 Nr. 5). Die Anforderungen an diese AIS mit IT-Vertragsschnittstelle ergeben sich aus der Anlage 4.
- (4) Die Regelungen dieses Vertrages gelten sinngemäß für Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V, Medizinische Versorgungszentren gem. § 95 SGB V sowie für Vertragsärzte mit angestellten Ärzten gem. § 32b Abs. 1 Ärzte-ZV, soweit die entsprechenden Regelungen die Person des angestellten VERTRAGSARZTES betreffen.

- (5) Sofern dieser Vertrag nichts anderes regelt, gelten die gesetzlichen Vorschriften und die aktuelle Fassung der Nationalen Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes Fußkomplikationen (NVL).
- (6) Die Regelung zum Ausstellen von Überweisungen und zur Zahlung der Praxisgebühr werden durch diesen Vertrag nicht außer Kraft gesetzt.
- (7) Die Teilnahme der VERTRAGSÄRZTE und Versicherten an diesem Vertrag ist freiwillig.
- (8) Eine Leistungserbringung im Rahmen dieses Vertrages ist nur dann möglich, wenn die Bildung eines patientenbezogenen Versorgungsverbundes eines am Vertrag beteiligten HAUSARZTES und eines am Vertrag beteiligten Facharztes einer DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ über die unterzeichnete TE/EWE nach Anlage 1 nachgewiesen worden ist.

§ 3 Geltungsbereich

Räumlicher Geltungsbereich (Versorgungsregion) dieses Vertrages ist der Bezirk der KVS.

Abschnitt II – Teilnahme der VERTRAGSÄRZTE

§ 4 Teilnahmeberechtigung und Teilnahmevoraussetzungen als HAUSARZT

- (1) Teilnahmeberechtigt an diesem Vertrag sind gemäß § 95 SGB V
 - niedergelassene Ärzte,
 - ermächtigte Ärzte mit dem vollen Ermächtigungsumfang eines Hausarztes,
 - Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V, oder
 - Vertragsärzte gem. § 32b Abs. 1 Ärzte-ZV mit angestellten Ärzten mit Zulassung bzw. Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte für den Bezirk der KVS,die jeweils als Allgemeinärzte gem. § 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 1 SGB V, Internisten gem. § 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 3 SGB V, Praktische Ärzte gem. § 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 4 SGB V oder Ärzte gem. § 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 5 SGB V, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen bzw. die Leistungen durch solche Ärzte als angestellte Ärzte erbringen sowie Fachärzte für innere Medizin der SPPoF. Bei einer Teilnahme ausschließlich über angestellte Hausärzte nimmt der anstellende Vertragsarzt bzw. die Einrichtung am Vertrag teil. Die Einrichtung kann nur einmal am Vertrag teilnehmen, auch wenn mehrere angestellte Hausärzte die Voraussetzungen erfüllen. Die Teilnahme wird durch den anstellenden Vertragsarzt bzw. die anstellende Einrichtung gemeinsam mit dem/den angestellten Hausarzt/Hausärzten erklärt. In diesem Fall sind die persönlichen Anforderungen durch den anstellenden Vertragsarzt bzw. die anstellende Einrichtung jeweils über die Person des angestellten oder in der Praxis tätigen Hausarztes nachzuweisen sowie das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit unverzüglich mitzuteilen. Die sachlichen Voraussetzungen sind bei angestellten Hausärzten durch die Einrichtung bzw. Vertragsarztpraxis zu erfüllen bzw. bereitzustellen. Der Vertragsarzt, der neben seiner Tätigkeit als DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ gem. § 5a Abs. 1 auch hausärztlich tätig ist, ist HAUSARZT für die von ihm hausärztlich betreuten Patienten nach dieser Vereinbarung. Der Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie bzw. der Facharzt für Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung „Diabetologie“, der auch die Koordination der Versicherten im DMP Diabetes

mellitus Typ 2 bzw. Diabetes mellitus Typ 1 übernommen hat, ist HAUSARZT für die von ihm betreuten Patienten nach dieser Vereinbarung.

- (2) Als Teilnahmevoraussetzungen, die bereits bei Abgabe der Teilnahmeerklärung vorliegen müssen und während der Dauer der Teilnahme zu erfüllen sind, gelten folgende persönliche und sachliche Anforderungen:
1. die Zulassung oder Ermächtigung und Betriebsstätte oder Nebenbetriebsstätte gemäß § 24 Ärzte-ZV muss sich auf den Bezirk der KVS und die hausärztliche Versorgung beziehen,
 2. Bereitschaft zur Erfüllung der Verpflichtungen aus diesem Vertrag,
 3. Zustimmung zur Veröffentlichung von Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefon-/ Faxnummer des HAUSARZTES in einem öffentlichen VERTRAGSARZT-Verzeichnis auf der Homepage der AOK PLUS und der KVS,
 4. Bereitschaft zur Teilnahme an einer Evaluation und ggf. damit verbundenen Dokumentationen, sofern diese im Rahmen dieses Vertrages durchgeführt wird,
 5. Bildung der für die optimierte Behandlung erforderlichen Struktur und die funktionierende Kooperation zwischen HAUSARZT mit mindestens einer DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ.

§ 5a

Teilnahmeberechtigung und Teilnahmevoraussetzungen als DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ

- (1) Teilnahmeberechtigt an diesem Vertrag sind gemäß § 95 SGB V niedergelassene
1. Fachärzte für Allgemeinmedizin sowie Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin:
 - Diabetologe DDG oder
 - Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ SLÄK
 2. Fachärzte für Innere Medizin
 - Anerkennung als Diabetologe DDG oder
 - mit der Subspezialisierung Endokrinologie und Diabetologie DDG oder SLÄK
 - Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ SLÄK
 3. Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V mit Zulassung bzw. Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte für den Bezirk der KVS, wenn Qualifizierung nach Nr. 1 oder Nr. 2 vorliegt oder
 4. Vertragsärzte mit gem. § 32b Abs. 1 Ärzte-ZV angestellten Fachärzten mit Zulassung bzw. Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte für den Bezirk der KVS, wenn Qualifizierung nach Nr. 1 oder Nr. 2 vorliegt sowie
die die Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 9 erfüllen. Bei einer Teilnahme ausschließlich über angestellte Fachärzte nimmt der anstellende Vertragsarzt bzw. die Einrichtung am Vertrag teil. Die Einrichtung kann nur einmal am Vertrag teilnehmen, auch wenn mehrere angestellte Fachärzte die Voraussetzungen erfüllen. Die Teilnahme wird durch den anstellenden Vertragsarzt bzw. die anstellende Einrichtung gemeinsam mit dem/den angestellten Facharzt/Fachärzten erklärt. In diesem Fall sind die persönlichen Anforderungen durch den anstellenden Vertragsarzt bzw. die anstellende Einrichtung jeweils über die Person des angestellten oder in der Praxis tätigen Facharztes nachzuweisen sowie das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit unverzüglich mitzuteilen. Die sachlichen Voraussetzungen sind bei angestellten Fachärzten durch die Einrichtung bzw. Vertragsarztpraxis zu erfüllen bzw. bereitzustellen.
 5. Ebenfalls teilnahmeberechtigt an diesem Vertrag, unter Beachtung Abs. 2, als DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ sind ermächtigte in stationären Einrichtungen (in der Regel am ambulanten Fußbehandlungszentrum eines klinischen Fußbehandlungszentrums – als Diabetes-Fußambulanz) tätige Fachärzte, die entsprechend

des „Zulassungsausschusses Ärzte und Krankenkassen“ eine Ermächtigung haben, die berechtigt, im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung Leistungen zur Untersuchung und Behandlung diabetischer FüÙe durchzuführen. Die fachlichen Voraussetzungen dieser Ärzte entsprechen denen nach den Punkten 1. oder 2 dieses Absatzes.

- (2) Die Vertragskommission nach § 18 entscheidet über die Teilnahme eines ermächtigten Arztes entsprechend Abs. 1 Nr. 5, sofern dieser die besonderen persönlichen und sachlichen Anforderungen nach Abs. 3 erfüllt.
- (3) Als Teilnahmevoraussetzungen, die bereits bei Abgabe der Teilnahmeerklärung vorliegen müssen und während der Dauer der Teilnahme zu erfüllen sind, gelten folgende persönliche und sachliche Anforderungen:
 1. die Zulassung oder Ermächtigung und Betriebsstätte oder Nebenbetriebsstätte gemäß § 24 Ärzte-ZV muss sich auf den Bezirk der KVS beziehen,
 2. Bereitschaft zur Erfüllung der Verpflichtungen aus diesem Vertrag,
 3. Zustimmung zur Veröffentlichung von Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefon-/ Faxnummer der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ in einem öffentlichen VERTRAGSARZTverzeichnis auf der Homepage der AOK PLUS und der KVS,
 4. Bereitschaft zur Teilnahme an einer Evaluation und ggf. damit verbundenen Dokumentationen, sofern diese im Rahmen dieses Vertrages durchgeführt wird,
 5. Die Verpflichtung, das in der Anlage 4 benannte AIS mit IT-Vertragsschnittstelle (stets in der aktuellen Version) sowie eine Anbindung an das KV-SafeNet spätestens ab den in der Anlage 4 genannten Zeitpunkten zu nutzen.
 6. Für DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZEN in Person von ermächtigten Krankenhausärzten an Diabetes-Fuß-Ambulanzen nach Abs. 1 Nr. 5 besteht keine Verpflichtung zum Einsatz des AIS mit IT-Vertragsschnittstelle. Der ermächtigte Facharzt an einer Diabetes-Fuß-Ambulanz als DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ berücksichtigt bei der Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln die Anlage 8. Die Nichteinhaltung kann zum Ausschluss vom Vertrag führen.
 7. Bildung der für die optimale Behandlung erforderlichen Strukturen und die funktionierenden Kooperationen zwischen der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ mit mindestens einem HAUSARZT oder einer SPPoF und ggf. mindestens einem ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTEN FACHARZT sowie ggf. mindestens einem WUNDCHIRURGISCH TÄTIGEN FACHARZT. Der patientenbezogene Versorgungsverbund kann die DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ für ihre hausärztlich betreuten Patienten auch in Personalunion als HAUSARZT nach § 4 betreuen. Erfüllt die DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ auch die Voraussetzungen nach § 5b kann der patientenbezogene Versorgungsverbund zwischen DIABETOLOGISCHER FUßAMBULANZ und ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTEM FACHARZT sowie WUNDCHIRURGISCH TÄTIGEM FACHARZT auch in Personalunion der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ erfolgen.
 8. die enge Zusammenarbeit mit mindestens einem für die Versorgung von Diabetikern zertifizierten, abgabe- und lieferberechtigtem Orthopädie-Schuhmacher/ Schuhtechniker.
 9. Sollte die DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ nach Abs.1 Nr. 1 bis 6 Leistungen nach § 11d Abs. 1 erbringen wollen, hat sie die Genehmigung zur sonografischen Untersuchung der extremitätenver- und entsorgenden GefäÙe mittels farbkodiertem Duplexverfahren nachzuweisen.
 10. Sollte die Diabetologische Fußambulanz nach Abs.1 Nr. 1 bis 6 Leistungen nach § 11d Abs. 2 erbringen wollen, sind die Teilnahmevoraussetzungen nach § 5b Abs. 2 Nr. 4 nachzuweisen.

§ 5b**Teilnahmeberechtigung und Teilnahmevoraussetzungen als ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTER FACHARZT und als WUNDCHIRURGISCH TÄTIGER FACHARZT**

- (1) Teilnahmeberechtigt an diesem Vertrag sind gemäß § 95 SGB V niedergelassene
1. Fachärzte für Chirurgie (WUNDCHIRURGISCH TÄTIGER FACHARZT) und
 2. Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten (WUNDCHIRURGISCH TÄTIGER FACHARZT)bzw.
 3. Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie (ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTER FACHARZT),
 4. Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie/Teilgebiet Angiologie (ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTER FACHARZT) und
 5. angiologisch besonders qualifizierte Fachärzte für Innere Medizin mit der Genehmigung zur sonographischen Untersuchung der Extremitätenver- und entsorgenden Gefäße mittels farbkodiertem Duplexverfahren (ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTER FACHARZT),
 6. Medizinische Versorgungszentren und Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V, wenn Qualifizierung jeweils nach Nr. 1 bis 5 vorliegt sowie
 7. Vertragsärzte mit angestellten Ärzten gem. § 32b Abs. 1 Ärzte-ZV mit der Zulassung bzw. Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte für den Bezirk der KVS wenn Qualifizierung jeweils nach Nr. 1 bis 5 vorliegt.
 8. ermächtigte tätige Fachärzte für Chirurgie, die entsprechend des „Zulassungsausschusses Ärzte und Krankenkassen“ eine Ermächtigung haben, die sie berechtigen, im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung Leistungen zur Untersuchung und Behandlung diabetischer Füße durchzuführen, wenn Qualifizierung nach Nr. 1 vorliegt,
 9. ermächtigte Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie, ermächtigte Fachärzte für Innere Medizin mit dem Teilgebiet Angiologie und angiologisch besonders qualifizierte Fachärzte für Innere Medizin, die berechtigt sind im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung Leistungen zur Untersuchung und Behandlung diabetischer Füße durchzuführen bzw. mit Genehmigung zur sonographischen Untersuchung der Extremitätenver- und entsorgenden Gefäße mittels farbkodiertem Duplexverfahren, wenn Qualifizierung jeweils nach Nr. 3 bis 5 vorliegt

Bei einer Teilnahme ausschließlich über angestellte Fachärzte nimmt der anstellende Vertragsarzt bzw. die Einrichtung am Vertrag teil. Die Einrichtung kann nur einmal am Vertrag teilnehmen, auch wenn mehrere angestellte Fachärzte die Voraussetzungen erfüllen. Die Teilnahme wird durch den anstellenden Vertragsarzt bzw. die anstellende Einrichtung gemeinsam mit dem/den angestellten Facharzt/Fachärzten erklärt. In diesem Fall sind die persönlichen Anforderungen durch den anstellenden Vertragsarzt bzw. die anstellende Einrichtung jeweils über die Person des angestellten oder in der Praxis tätigen Facharztes nachzuweisen sowie das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit unverzüglich mitzuteilen. Die sachlichen Voraussetzungen sind bei angestellten Fachärzten durch die Einrichtung bzw. Vertragsarztpraxis zu erfüllen bzw. bereitzustellen.

- (2) Als Teilnahmevoraussetzungen, die bereits bei Abgabe der Teilnahmeerklärung vorliegen müssen und während der Dauer der Teilnahme zu erfüllen sind, gelten folgende persönliche und sachliche Anforderungen:
1. die Zulassung oder Ermächtigung und Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte muss sich auf den Bezirk der KVS beziehen,
 2. Bereitschaft zur Erfüllung der Verpflichtungen aus diesem Vertrag,
 3. Zustimmung zur Veröffentlichung von Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefon-/ Faxnummer des ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTEN FACHARZTES bzw. des

- WUNDCHIRURGISCH TÄTIGEN FACHARZTES in einem öffentlichen VERTRAGSARZT-Verzeichnis auf der Homepage der AOK PLUS und der KVS,
4. der WUNDCHIRURGISCH TÄTIGE FACHARZT hat im letzten Jahr vor der Vertragsteilnahme mindestens 30 Patienten mit DFS behandelt,
 5. der ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTE FACHARZT hat die Genehmigung zur sonographischen Untersuchung der extremitätenver- und entsorgenden Gefäße mittels farbkodiertem Duplexverfahren (Abrechnungen der GOP 13300 und 33072) nachzuweisen.
 6. Bildung der für optimale Behandlung erforderlichen Strukturen und die funktionierenden Kooperationen zwischen ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTEM FACHARZT bzw. WUNDCHIRURGISCH TÄTIGEM FACHARZT mit mindestens einer DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ gemäß § 5a.

§ 6

Einschreibung der VERTRAGSÄRZTE

- (1) Der HAUSARZT, der Facharzt in der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ, der ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTE FACHARZT bzw. der WUNDCHIRURGISCH TÄTIGE FACHARZT (Vertragsärzte) und der ermächtigte Facharzt an einer Diabetes-Fuß-Ambulanz (§ 5a Abs. 1 Nr. 5) haben ihre Teilnahme am Vertrag durch Abgabe der rechtsverbindlichen und vollständigen TE gemäß Anlage 2, 3a, 3c, 3d bzw. 3b nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen in geeigneter Form gegenüber der KVS zu erklären (Einschreibung). Mit der TE ist jeweils der Nachweis der besonderen Anforderungen nach § 4 Abs. 2, § 5a Abs. 3 bzw. § 5b Abs. 2 zu führen.
- (2) Die KVS prüft die TE und die Teilnahmevoraussetzung nach §§ 4 bis 5b i. V. m. Anlage 2 bzw. Anlage 3a bzw. Anlage 3c bzw. Anlage 3d bzw. Anlage 4 (unter Beachtung eventuell geltender und in der Anlage 4 benannten Übergangsfristen) und teilt dem VERTRAGSARZT grundsätzlich innerhalb von 14 Arbeitstagen nach Eingang der vollständigen TE das Ergebnis der Prüfung mit:
 1. Sind die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt, bestätigt die KVS dem VERTRAGSARZT die Vertragsteilnahme schriftlich (Teilnahmebestätigung). Die Teilnahme des VERTRAGSARZTES beginnt in diesem Fall mit dem Tag der Unterschrift auf der TE
 2. Sind die Teilnahmevoraussetzungen nicht erfüllt, erhält der VERTRAGSARZT durch die KVS eine schriftliche Ablehnung mit entsprechender Begründung.
- (3) Die VERTRAGSÄRZTE haben gegenüber der KVS das Entfallen der Teilnahmevoraussetzungen nach §§ 4, 5a und 5b unverzüglich nach Kenntniserlangung schriftlich anzuzeigen.
- (4) Die KVS prüft die Vollständigkeit der TE des ermächtigten Facharztes an einer Diabetes-Fuß-Ambulanz (§ 5a Abs. 1 Nr. 5). Ist die TE unvollständig, erfolgt durch die KVS eine Information an den ermächtigten Arzt. Ansonsten beginnt die Teilnahme des ermächtigten Krankenhausarztes der Diabetes-Fuß-Ambulanz mit Tag der Unterschrift auf der TE.

§ 7

Beendigung der Teilnahme der VERTRAGSÄRZTE, Sonderkündigung, Ausschluss

- (1) Die Teilnahme des VERTRAGSARZTES an diesem Vertrag endet automatisch mit der Beendigung, der Rückgabe, dem vollständigen Ruhen oder dem Entzug der vertragsärztlichen Zulassung des Vertragsarztes, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung oder eines Ausschlusses bedarf.

- (2) Die Teilnahme der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ nach § 5a an diesem Vertrag, endet automatisch mit Ablauf der in der Anlage 4, Abschnitt II genannten Fristen zum verpflichtenden Einsatz des AIS mit IT-Vertragsschnittstelle bzw. mit der verpflichtenden Anbindung an das KV-SafeNet, sofern deren Vorhandensein nicht gegenüber der KVS nachgewiesen worden ist. In diesem Fall bedarf es keiner schriftlichen Kündigung oder Ausschlusses.
- (3) Die Teilnahme der VERTRAGSÄRZTE an diesem Vertrag ist auf die Laufzeit dieses Vertrages begrenzt und endet automatisch zu dem Zeitpunkt, zu dem dieser – gleich aus welchem Grund – zwischen den Vertragspartnern endet.
- (4) Der VERTRAGSARZT kann seine Teilnahme an diesem Vertrag mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende schriftlich durch Erklärung gegenüber der KVS kündigen. Das Recht des VERTRAGSARZTES zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt im Übrigen unberührt.
- (5) Sollten die Vertragspartner Änderungen bzw. Ergänzungen dieses Vertrages und/oder einer Anlage vornehmen, hat die KVS die VERTRAGSÄRZTE hierüber in geeigneter Form zu informieren. Im Falle von Änderungen des Vertrages und/oder einer Anlage kann der VERTRAGSARZT seine Teilnahme innerhalb von 4 Wochen ab Bekanntgabe der Änderungen zum Quartalsende kündigen, wenn er von der Änderung oder Ergänzung betroffen ist und er die Teilnahme an dem Vertrag aus diesem Grund beenden will (Sonderkündigungsrecht). Die Kündigung hat schriftlich gegenüber der KVS zu erfolgen. Die KVS informiert die AOK PLUS über die Kündigung des VERTRAGSARZTES im Rahmen des nächsten „DFS-VERTRAGSARZTVERZEICHNISSES“. Kündigt der VERTRAGSARZT nicht innerhalb dieser Frist gemäß Satz 2 und führt er den Vertrag fort, gelten die Änderungen des Vertrages bzw. seiner Anlagen für ihn als akzeptiert.
- (6) Die Teilnahme des VERTRAGSARZTES an diesem Vertrag kann gegenüber dem VERTRAGSARZT durch die KVS mit sofortiger Wirkung gekündigt werden (Ausschluss), wenn der VERTRAGSARZT
 1. die Teilnahmeberechtigung und/oder die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 4 bzw. § 5a bzw. § 5b nicht mehr oder nicht mehr vollständig erfüllt und diesen Mangel trotz entsprechender Aufforderung durch die KVS nicht innerhalb angemessener Frist beseitigt,
 2. Fehlabrechnungen im Rahmen des Vertrages vornimmt,
 3. gegen eine andere ihm nach Maßgabe dieses Vertrages im Rahmen der Teilnahme auferlegte wesentliche Verpflichtung verstößt und diesen Mangel trotz entsprechender Aufforderung unter angemessener Fristsetzung durch die KVS nicht innerhalb der Frist beseitigt oder wenn er in erheblichem Umfang gegen sonstige wesentliche Verpflichtungen (z. B. des Vertragsarztrechts oder der Berufsordnung) verstößt.

Die Entscheidung über den Ausschluss eines VERTRAGSARZTES bereitet die Vertragskommission gemäß § 18 vor. Dem VERTRAGSARZT ist vor dem Ausschluss die Gelegenheit zu geben, sich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen schriftlich zu äußern.

- (7) Im Falle der Beendigung der Teilnahme eines VERTRAGSARZTES an diesem Vertrag unterrichtet die AOK PLUS schriftlich die betroffenen Versicherten hierüber. Mit dieser Information können dem Versicherten weitere an diesem Vertrag teilnehmende VERTRAGSÄRZTE in räumlicher Nähe benannt werden.

Abschnitt III – Teilnahme der Versicherten

§ 8

Teilnahmeberechtigung und Teilnahmevoraussetzungen und Verpflichtungen der Versicherten

- (1) Die Teilnahme an dieser Versorgung schränkt weder die freie Arztwahl nach § 76 SGB V noch die für das Behandlungsverhältnis geltenden Regelungen ein.
- (2) Versicherte der AOK PLUS können an dieser Versorgung teilnehmen, sofern
 1. bei ihnen ein auffälliger Fußstatus entsprechend § 2 Abs. 1 besteht und
 2. sie durch Unterzeichnung der TE/EWE (Anlage 1) die Bedingungen dieses Vertrages akzeptieren und
 3. ein an diesem Vertrag teilnehmender HAUSARZT sowie eine an diesem Vertrag teilnehmende DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ als patientenbezogener Versorgungsverbund gewählt wurden und
 4. der HAUSARZT nach Prüfung der in Nummer 1 – 3 normierten Voraussetzungen diese durch Unterzeichnung der TE/EWE bestätigt hat.
- (3) Mit Unterzeichnung der TE/EWE nach Anlage 1 akzeptiert der Versicherte die Bedingungen dieses Vertrages, dessen besondere Versorgungsform und verpflichtet sich, den von den gewählten VERTRAGSÄRZTEN vorgeschlagenen Therapieplan zu befolgen und grundsätzlich nur diese VERTRAGSÄRZTE als seinen Versorgungsverbund für die Koordinierung der in Abs. 2 Nr. 1 genannten Erkrankung aufzusuchen. Dies gilt nicht im Vertretungsfall sowie bei der Inanspruchnahme in Notfällen.
- (4) Durch Unterzeichnung der TE/EWE des Versicherten (Anlage 1) legitimiert der Versicherte die Datenerhebung und die Datenübermittlung gemäß § 295 SGB V seiner personenbezogenen Behandlungsdaten und Befunde hinsichtlich der Koordinierung im Rahmen dieses Vertrages durch die von ihm gewählten VERTRAGSÄRZTE und zwischen ihnen.
- (5) Sofern im Rahmen dieser Versorgung eine Zufriedenheitsanalyse durchgeführt wird, erfolgt diese in pseudonymisierter Form (d. h. ohne Personenbezug). Der Versicherte verpflichtet sich, an dieser teilzunehmen.
- (6) Mit der Teilnahme an diesem Vertrag soll die Eigenverantwortung des Patienten durch die Einbeziehung in die Behandlungsabläufe gestärkt werden.

§ 9

Einschreibung und Beginn der Teilnahme der Versicherten

- (1) Die Einschreibung des Versicherten in diese Versorgung erfolgt beim HAUSARZT nach § 4 ausschließlich auf der von der AOK PLUS zur Verfügung gestellten TE/EWE (Anlage 1).
- (2) Vor der Unterzeichnung durch den Versicherten erfolgt durch den HAUSARZT eine persönliche, umfassende und patientenbezogene Beratung über die Inhalte und Ziele dieses Vertrages.
- (3) Die TE/EWE des Versicherten erfolgt in 4-facher Ausfertigung und ist wie folgt aufzuteilen:

- | | |
|----------------|---|
| Original | Ausfertigung für die AOK PLUS, |
| 1. Durchschlag | Ausfertigung für den HAUSARZT, |
| 2. Durchschlag | Ausfertigung für den Facharzt der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ, |
| 3. Durchschlag | Ausfertigung für den Versicherten. |
- (4) Der HAUSARZT ist verpflichtet, in der Regel innerhalb von 10 Arbeitstagen nach der Einschreibung des Versicherten das Original der TE/EWE an die auf dieser angegebene Adresse der AOK PLUS zu senden.
- (5) Die AOK PLUS prüft nach Eingang der TE/EWE (Anlage 1) diese in der Regel innerhalb von 10 Arbeitstagen auf Vollständigkeit und Plausibilität. Sollte die TE/EWE des Versicherten unvollständig oder fehlerhaft sein, fordert die AOK PLUS den Versicherten und/oder den HAUSARZT schriftlich zur Korrektur oder Vervollständigung auf. Erfüllt die TE/EWE die in Satz 1 genannten Bedingungen, beginnt die Teilnahme des Versicherten mit dem jüngsten Unterschriftsdatum.

§ 10

Beendigung der Teilnahme der Versicherten und Wechsel des VERTRAGSARZTES

- (1) Die Teilnahme an dieser Versorgung kann ohne Angabe von Gründen erstmalig zum Ablauf eines Jahres ab Beginn der Teilnahme gekündigt werden. Danach ist eine Kündigung jeweils zum Quartalsende möglich. Die Kündigung hat spätestens 2 Monate vor Ablauf des Jahres bzw. vor Quartalsende schriftlich gegenüber der AOK PLUS zu erfolgen.
- (2) Die Teilnahme des Versicherten endet weiterhin
1. mit dem Tag des Wegfalls der Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 8 Abs. 2 Nr. 3 oder
 2. mit dem Ende der Teilnahme eines gewählten VERTRAGSARZTES an diesem Vertrag, sofern der teilnehmende Versicherte keinen anderen am Vertrag teilnehmenden VERTRAGSARZT wählt oder
 3. mit einem Wechsel des Versicherten zu einem Vertragsarzt, der nicht am Vertrag teilnimmt oder
 4. mit Zugang des schriftlichen Widerrufs der Einwilligungserklärung bei der AOK PLUS oder
 5. mit dem Ende dieses Vertrages.

Die AOK PLUS unterrichtet die betreffenden Versicherten über das Ende der Teilnahme.

- (3) Will der Versicherte im Rahmen dieses Vertrages einen der gewählten VERTRAGSÄRZTE des Versorgungsverbundes wechseln, dann ist der Wechsel nur zu einem am Vertrag teilnehmenden VERTRAGSARZT möglich.

Bei einem Wechsel des HAUSARZTES und/oder der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ füllt der Versicherte die TE/EWE (Anlage 1) beim (neu) gewählten HAUSARZT aus und informiert diesen ggf. über seinen bisherigen behandelnden HAUSARZT.

Der VERTRAGSARZT-Wechsel wird zum jüngsten auf der TE/EWE (Anlage 1) angegebenen Unterschriftsdatum wirksam. Die AOK PLUS informiert die KVS über den VERTRAGSARZT-Wechsel im Rahmen des Versichertenverzeichnis nach § 14 Nr. 4.

Ein VERTRAGSARZT-Wechsel verlängert die Bindefrist nach Abs. 1 gemäß dieses Vertrages nicht.

Wechselt innerhalb der Praxis der zuständige VERTRAGSARZT für den Versicherten, dann liegt im Sinne des Vertrages kein Arztwechsel vor.

Ein Wechsel des VERTRAGSARZTES liegt auch dann nicht vor, wenn ein VERTRAGSARZT, der

1. aus einer Praxis ausscheidet oder
2. in eine andere Praxis eintritt,

einen Versicherten weiterhin im Rahmen dieses Vertrages betreut. Ausnahmefälle werden zwischen den Vertragspartnern abgestimmt.

Bei den vorgenannten Konstellationen erfolgt die Klärung der weiteren Betreuung der Versicherten durch die AOK PLUS nach Kontaktaufnahme mit den betroffenen Arztpraxen und Versicherten.

Abschnitt IV – Leistungen der Vertragsärzte und Qualitätssicherung

§ 11a

Versorgungsverbund

Nach den Maßgaben dieses Strukturvertrages und unter Beachtung der Fachbereichsgrenzen übernehmen der HAUSARZT und die DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ sowie ggf. der ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTE FACHARZT bzw. ggf. der WUNDCHIRURGISCH TÄTIGE FACHARZT als der vom Versicherten gewählte Versorgungsverbund die gemeinsame Verantwortung für die Versorgung der Versicherten nach diesem Strukturvertrag. Der Versorgungsverbund bildet keine Gesellschaft bürgerlichen Rechts nach §§ 705 ff. BGB und die selbstständige Berufsausübung der beteiligten VERTRAGSÄRZTE bleibt gewahrt. In diesem Rahmen wirken die VERTRAGSÄRZTE insbesondere nach Maßgabe der folgenden Regelungen bei der Versorgung der Versicherten zusammen.

§ 11b

Leistungen des HAUSARZTES

- (1) Der HAUSARZT wirkt darauf hin, dass alle Versicherten die von einer Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2 bzw. Diabetes mellitus Typ 1 profitieren können, in dieses eingeschrieben sind bzw. werden.
- (2) Stellt der HAUSARZT beim Versicherten entsprechend der hausärztlichen Grunddiagnostik nach Anlage 10 einen auffälligen Fußstatus entsprechend § 2 Abs. 1 fest, koordiniert er die Behandlung des Versicherten und setzt dabei die Richtlinien der NVL, soweit in diesem Vertrag nicht anders bestimmt ist, um und schreibt den Versicherten in diesen Vertrag mit der TE/EWE gemäß § 9 ein.
- (3) Einmal jährlich hat eine Überweisung für Versicherte mit
 - angiopathischen Auffälligkeiten und/oder
 - neuropathischen Auffälligkeiten und/oder
 - osteoarthropathischen Auffälligkeiten und/oder
 - Wagner-/Armstrong-Stadium bis 0/A oder postulcerativen Läsionen

an eine DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ nach § 5a Abs. 1 Nr. 1 bis 6 zu erfolgen. Bei erstmaliger Feststellung o. g. Auffälligkeiten sollte dies innerhalb von 2 Wochen umgesetzt werden.

- (4) Stellt der HAUSARZT beim Versicherten einen auffälligen Fußstatus entsprechend § 2 Abs. 1 mit Wagner-/Armstrong-Klassifizierung ab 0/B (Anlage 11) oder einen Verdacht auf akuten Charcot-Fuß fest, hat er in Abstimmung mit der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ, ggf. sofort, eine Überweisung des Versicherten an die kooperierende DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ nach § 5a Abs. 1 Nr. 1 bis 6 sicherzustellen.
- (5) Die Therapieempfehlungen der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ gem. § 11c Abs. 1 Nr. 2 und 4 bzw. Abs. 4 werden vom HAUSARZT bei der weiteren Behandlung des Versicherten umgesetzt.
- (6) Der Hausarzt verordnet Podologische Therapie bei medizinischer Notwendigkeit, unter Beachtung der Heilmittel-Richtlinie; III. B Heilmittel-Katalog, 1B, 1 Diabetisches Fußsyndrom.
- (7) Vor Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung des auffälligen Fußstatus hat eine Überweisung an die DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ nach § 5a Abs. 1 Nr. 1 bis 6 zu erfolgen. Ist dies nicht zu ermöglichen, sollte der HAUSARZT mit einem Facharzt der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ die Notwendigkeit einer stationären Behandlung im Krankenhaus abklären. Im Übrigen entscheidet der HAUSARZT nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung in ein Krankenhaus.
- (8) Der HAUSARZT stellt die zwischen ihm und der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ nach § 5a Abs. 1 Nr. 1 bis 6 abgestimmten Befund- und Patientendaten (Diagnose, Medikamente, Labor, usw.) in geeigneter Form der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ für die überwiesenen Versicherten nach Abs. 3, 4 und 7 zur Verfügung.
- (9) Die Sicherstellung einer Hilfsmittelversorgung – Schuhversorgung – erfolgt alleinig über die DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZEN gem. § 11c Abs. 2.

§ 11c

Leistungen des Facharztes in der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ

- (1) Im Rahmen der Koordinierung der Versicherten erbringt der Facharzt in der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ folgende Leistungen:
 1. Aufbau der für die Umsetzung des Vertrages erforderlichen organisatorischen Strukturen zum HAUSARZT, ggf. zum ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTEN FACHARZT und ggf. zum WUNDCHIRURGISCH TÄTIGEN FACHARZT gemäß § 5a Abs. 3 Nr. 7 bzw. Nr. 8 und Nr. 9,
 2. Befunderhebung und Therapieempfehlung für überwiesene Versicherte nach § 11b Abs. 3,
 3. in Abstimmung mit dem HAUSARZT Sicherstellung eines kurzfristigen Vorstellungstermins für überwiesene Versicherte nach § 11b Abs. 4, 7 und 9, ggf. innerhalb von 2 Werktagen,
 4. Koordinierung der Behandlung des Versicherten mit auffälligem Fußstatus mit Verdacht auf akuten Charcot-Fuß bzw. mit Wagner-/Armstrong-Klassifikation ab 0/B bis ein chronisch stabiler Charcot-Fuß bzw. bis ein Wagner-/Armstrong-Stadium 0/A erreicht und eine ausreichende Schuhversorgung realisiert ist, entsprechend der Richtlinien der NVL und Wiedervorstellung beim HAUSARZT mit zwischen ihm und dem HAUSARZT abgestimmten Befund- und Patientendaten sowie Therapieempfehlung,

5. Der Facharzt in der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ verordnet Podologische Therapie bei medizinischer Notwendigkeit, unter Beachtung der Heilmittel-Richtlinie; III. B und Heilmittel-Katalog, 1B, 1 Diabetisches Fußsyndrom.
 6. Bei gegebener medizinischer Notwendigkeit Überweisung zum ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTEN FACHARZT mit zwischen ihm und dem ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTEN FACHARZT abgestimmten Befund- und Patientendaten sowie aktuellem Behandlungs- und Verordnungsplan (beinhaltet z. B. Arzneimittel, Wundaufgaben entsprechend wirtschaftlicher Verordnungsweise unter Nutzung der Vertragssoftware gemäß Anlage 4).
 7. Bei gegebener medizinischer Notwendigkeit Überweisung zum WUNDCHIRURGISCH TÄTIGEN FACHARZT, mit zwischen ihm und dem WUNDCHIRURGISCH TÄTIGEN FACHARZT abgestimmten Befund- und Patientendaten sowie aktuellem Behandlungs- und Verordnungsplan (beinhaltet z. B. Arzneimittel, Wundaufgaben entsprechend wirtschaftlicher Verordnungsweise unter Nutzung der Vertragssoftware gemäß Anlage 4).
- (2) Der Facharzt der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ hat mindestens einen Partner nach § 5a Abs. 2 Nr. 8, um mit ihm eine qualitätsgesicherte, wirksame, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Hilfsmittelversorgung - Schuhversorgung - incl. der Schuhabnahme basierend auf der „Empfehlung zur Schuhversorgung“ der AG „Diab. Fuß“ (Anlage 13) mittels „Anlage zur ärztlichen Hilfsmittelverordnung“ (Anlage 14) zu sichern. Die entsprechende Verordnung, nach Anlage 14 enthält den Vermerk „ACHTUNG DFS-Vertrag“.
- Der für die Versorgung von Diabetikern zertifizierte, abgabe- und lieferberechtigte Orthopädie-Schuhmacher/Schuhtechniker hat folgende Aufgaben zu erbringen:
- schnelle/unverzögliche Ausführung des Auftrages/Umsetzung der ärztlichen Verordnung nach erteilter Genehmigung,
 - vor und nach der Versorgung, Erhebung von Druckspitzen und Überprüfung des gefertigten Hilfsmittels bezüglich der erzielten lokalen Druckentlastung sowie Passgenauigkeit mittels dynamischer Pedographie,
 - Qualitätssicherung seiner Arbeit/Nachkontrolle seiner hergestellten Schuhversorgung mit Dokumentation.
- (3) Zur Sicherung der besonderen Qualität und Wirtschaftlichkeit im Rahmen dieser Vereinbarung prüft die teilnehmende DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ bei Notwendigkeit einer stationären Behandlung die Einweisung in ein auf die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms spezialisiertes Krankenhaus. Bei medizinischer Notwendigkeit einer stationären Behandlung des diabetischen Fußsyndroms von Versicherten gemäß § 39 SGB V und § 26 BMV-Ä soll die Einweisung in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus erfolgen. Als besonders geeignet sind insbesondere Krankenhäuser anzusehen, die:
- a. über eine gültige Zertifizierung der DDG als „Stationäre Fußbehandlungseinrichtung“
 - oder
 - b. am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmen und darüber hinaus über eine gültige Zertifizierung der DDG als Behandlungseinrichtung mit Basisanerkennung (Stufe 1) oder als Behandlungseinrichtung mit erweiterter Anerkennung (Stufe 2)
- verfügen. Die AOK PLUS versendet eine Aufstellung der betreffenden Krankenhäuser jeweils aktualisiert einmal im Quartal an die KVS zur Veröffentlichung auf der Homepage der KVS.
- (4) Zur Wiedervorstellung des Versicherten beim HAUSARZT erhält dieser die zwischen ihm und dem HAUSARZT abgestimmte Befund- und Patientendaten sowie einen aktuellen Behandlungs- und Verordnungsplan.

- (5) Kann der Facharzt der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ gemäß § 5a Abs. 1 Nr. 1 bis 4 die Behandlung des auffälligen Fußstatus entsprechend Abs. 1 Nr. 4 nicht mehr sicherstellen, da tiefgründige spezialisierte Diagnostiken oder Behandlungen erforderlich sind, kann eine Überweisung des Versicherten an eine DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ in Form des ermächtigten Facharztes (an einer Diabetes-Fuß-Ambulanz) gemäß § 5a Abs. 1 Nr. 5 zur weiteren Koordinierung des Versicherten erfolgen.
- (6) Erfolgt die Betreuung alleinig durch eine DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ gemäß § 5a Abs. 1 Nr. 5 weist diese den Versicherten und den überweisenden HAUSARZT nach § 4 auf die Möglichkeit der Mitbehandlung des Versicherten durch eine Diabetologische Schwerpunktpraxis hin.

§ 11d

Leistungen des ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTEN FACHARZTES und des WUNDCHIRURGISCH TÄTIGEN FACHARZTES

- (1) Im Rahmen der Koordinierung des Versicherten erbringt der ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTE FACHARZT folgende Leistungen:
 1. Sicherstellung eines kurzfristigen Vorstellungstermins für überwiesene Versicherte nach § 11c Abs. 1 Nr. 6 innerhalb von 7 Werktagen,
 2. bei Notwendigkeit Einleitung von revaskularisierenden Maßnahmen, incl. Vereinbarung eines zeitnahen Termins,
 3. zur Wiedervorstellung des Versicherten erhält die DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ die zwischen ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTEN FACHARZT und DIABETOLOGISCHER FUßAMBULANZ abgestimmten Befund- und Patientendaten sowie einen aktualisierten Behandlungs- und Verordnungsplan.
- (2) Im Rahmen der Koordinierung des Versicherten erbringt der WUNDCHIRURGISCH TÄTIGE FACHARZT folgende Leistungen:
 1. Sicherstellung eines kurzfristigen Vorstellungstermins für überwiesene Versicherte nach § 11c Abs. 1 Nr. 7 innerhalb von 7 Werktagen,
 2. zur Wiedervorstellung des Versicherten erhält die DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ die zwischen WUNDCHIRURGISCH TÄTIGEN FACHARZT und DIABETOLOGISCHER FUßAMBULANZ abgestimmte Befund- und Patientendaten und DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ abgestimmten Befund- und Patientendaten sowie einen aktualisierten Behandlungs- und Verordnungsplan.

§ 12

Fortbildung und Qualitätssicherung

- (1) Die VERTRAGSÄRZTE nehmen ihre Pflicht zur regelmäßigen Fortbildung nach § 95d SGB V wahr.
- (2) Die VERTRAGSÄRZTE führen die Behandlung bzw. dessen Koordinierung und Beratung auf dem jeweils aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts (z. B. NVL) durch.
- (3) Der Facharzt der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ erfüllt die Maßnahmen zur Qualitätssicherung entsprechend Anlage 9.
- (4) Der Facharzt der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ führt in regelmäßigen Abständen, mindestens jedoch einmal jährlich, Fortbildungsveranstaltungen zum „Diabetischen

Fußsyndrom“ für das gesamte Personal der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ und ggf. aller im Versorgungsverbund kooperierenden VERTRAGSÄRZTE durch. Über die Fortbildungsveranstaltung wird ein Protokoll geführt. Es besteht darüber Nachweispflicht.

Abschnitt V – Aufgaben der Vertragspartner

§ 13 Aufgaben der KVS

Neben den an anderer Stelle des Vertrages der KVS zugewiesenen Aufgaben werden von dieser folgende Aufgaben übernommen:

1. Die KVS publiziert das Vorhaben in ihren satzungsmäßigen Veröffentlichungsorganen unter Benennung der Vertragsziele sowie der persönlichen Anforderungen und der Aufgaben für potenzielle Vertragsärzte und beantwortet Anfragen zur Teilnahme am und zum Vertrag.
2. Die KVS setzt sich mit Unterstützung der AOK PLUS dafür ein, dass eine ausreichende Zahl von VERTRAGSÄRZTEN an diesem Vertrag mitwirken, um eine wohnortnahe und flächendeckende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten.
3. Die KVS erstellt und aktualisiert das „DFS-VERTRAGSÄRZTEverzeichnis“ und übermittelt dieses der AOK PLUS wöchentlich und auf Anfrage. Die Einzelheiten dazu und die datenverarbeitungstechnische Umsetzung sind in Anlage 5 geregelt.
4. Die KVS veröffentlicht folgende Daten aus dem „DFS-VERTRAGSÄRZTEverzeichnis“ auf der Homepage der KVS: Name, Vorname, Bezeichnung der Fachgruppe, Praxisanschrift, Telefon-/Faxnummer.
5. Die KVS informiert die an diesem Vertrag teilnehmenden VERTRAGSÄRZTE umfassend und unverzüglich über Änderungen dieses Vertrages und/oder einer Anlage.
6. Die KVS beobachtet die vertragsgemäße Erfüllung der Aufgaben und Anforderungen der VERTRAGSÄRZTE und veranlasst ggf. entsprechende Maßnahmen zur Einstellung der Defizite.

§ 14 Aufgaben der AOK PLUS

Neben den an anderer Stelle des Vertrages der AOK PLUS zugewiesenen Aufgaben werden von dieser folgende Aufgaben übernommen:

1. Die AOK PLUS informiert ihre Versicherten über diesen Vertrag, insbesondere über dessen Ziele, Teilnahmebedingungen und die teilnehmenden VERTRAGSÄRZTE.
2. Die AOK PLUS versendet an die VERTRAGSÄRZTE nach Übermittlung des „DFS-VERTRAGSÄRZTEverzeichnisses“ durch die KVS ein Teilnahmepaket mit den notwendigen Unterlagen zur Umsetzung dieses Vertrages sowie die im Rahmen von Nachlieferungen von den VERTRAGSÄRZTEN angeforderten Unterlagen.
3. Die AOK PLUS informiert die Vertragsärzte regelmäßig über ihre aktuellen Versorgungsangebote. Dies betrifft insbesondere Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V, Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V, strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach § 137f SGB V, Strukturverträge nach § 73a SGB V sowie Verträge zur besonderen ambulanten Versorgung nach § 73c SGB V.
4. Die AOK PLUS übermittelt einmal im Quartal bis spätestens zum Ende des auf das Leistungsquartal folgenden Monats ein DFS-Versichertenverzeichnis mit Zu-

- ordnung der Versicherten zu den jeweils gewählten VERTRAGSÄRZTEN in elektronischer Form an die KVS. Die Einzelheiten dazu und die datenverarbeitungstechnische Umsetzung sind in der Anlage 5 geregelt.
5. Der KVS in Zusammenarbeit mit der AOK PLUS bleibt es überlassen, durch Praxisbegehungen die Einhaltung der Strukturqualität der VERTRAGSÄRZTE zu überprüfen.
 6. Für die Verordnung bzw. Anträge von Diabetikerschutzschuhen gem. § 11c Abs. 2 sichert die AOK PLUS eine Bearbeitung innerhalb von 10 Arbeitstagen zu.
 7. Für die Verordnung bzw. Anträge von orthopädischen Maßschuhen gem. § 11c Abs. 2 sichert die AOK PLUS in der Regel eine Bearbeitung innerhalb von 15 Arbeitstagen zu.

Abschnitt VI – Vergütung und Abrechnung

§ 15

Vergütung und Abrechnung der VERTRAGSÄRZTE

- (1) Die Vergütung der an diesem Vertrag teilnehmenden VERTRAGSÄRZTE erfolgt nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen und gemäß der Anlage 6. Die Vergütung wird nur an VERTRAGSÄRZTE gezahlt, die zum Zeitpunkt der Leistungserbringung an diesem Vertrag teilnehmen.
- (2) Die für die Vergütung notwendigen finanziellen Mittel stellt die AOK PLUS außerhalb der vereinbarten morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zur Verfügung. Die Vergütungen gemäß Anlage 6 werden zusätzlich zu den regulären vertragsärztlichen Leistungen (gemäß EBM) durch die AOK PLUS gezahlt. Mit der Vergütung sind alle vertraglich aufgeführten Leistungen inkl. erforderlicher Dokumentationen abgegolten.
- (3) Die an diesem Vertrag teilnehmenden VERTRAGSÄRZTE verpflichten sich, für die im Rahmen des Vertrages koordinierten Versicherten der AOK PLUS neben der nach Anlage 6 vereinbarten Vergütung für die erbrachten Leistungen gemäß § 11b bzw. § 11c bzw. § 11d keine zusätzliche Eigenbeteiligung in Rechnung zu stellen.
- (4) Der VERTRAGSARZT hat nach Maßgabe der Anlage 6 gegenüber der KVS Anspruch auf Auszahlung der Vergütung für die von ihm vertrags- und ordnungsgemäß nach Maßgabe dieses Vertrages erbrachten und abgerechneten Leistungen. Sofern die KVS Zahlungen geleistet hat, auf die die VERTRAGSÄRZTE keinen Anspruch nach diesem Vertrag haben, ist die KVS berechtigt, diese Beträge unter Angabe von Gründen zurückzufordern und von späteren Abrechnungen abzuziehen. Dies gilt auch, wenn der betreffende VERTRAGSARZT seine Teilnahme an diesem Vertrag zum Zeitpunkt der Rückforderung bereits beendet hat. Der Rückforderungsanspruch wird durch die Beendigung des Vertrages nicht beeinträchtigt. Zur Sicherung der Durchsetzung und Rückforderung meldet die AOK PLUS ihre Rückforderungen der KVS unverzüglich nach Kenntniserlangung, spätestens jedoch ein Jahr nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Anspruch entstanden ist. Rückforderungen nach diesem Vertrag können im Übrigen nur gemäß den allgemeinen Aufrechnungsregelungen mit Vergütungen, die nach § 85 SGB V an den VERTRAGSARZT gezahlt werden, verrechnet werden.
- (5) Die Abrechnung der vertraglichen Leistungen durch die VERTRAGSÄRZTE erfolgt gemäß dem in Anlage 7a beschriebenen Verfahren.

§ 16 Abrechnung der KVS

Die Abrechnung der vertraglichen Leistungen gegenüber der AOK PLUS erfolgt durch die KVS ausschließlich nach den in den Anlagen 5 und 7b beschriebenen Verfahren.

Abschnitt VII – Sonstige Vertragsgegenstände

§ 17 unbesetzt

§ 18 Vertragskommission

- (1) Im Zuge der gemeinsamen Weiterentwicklung der Versorgung bilden die Vertragspartner eine Vertragskommission. Die Vertragskommission setzt sich aus jeweils 3 Vertretern der AOK PLUS und der KVS zusammen. Bei Bedarf können die Vertragspartner Berater (ohne Stimmrecht) hinzuziehen. Die Vertreter können von den sie Entsendenden jederzeit abberufen und durch andere Personen ersetzt werden. Sämtliche Vertreter haben gleiches Stimmrecht. Die Entscheidungen der Vertragskommission werden mit einfacher Mehrheit getroffen. Bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.
- (2) Die Ergebnisse der Vertragskommission nach Abs. 4 Nr. 1 bis 6 werden in einem Ergebnisprotokoll als Entscheidungsvorlage zusammengefasst, das die Grundlage für die Entscheidungen, welche durch die Vertragspartner getroffen werden, bildet. Entscheidungen nach Abs. 4 Nr. 7, 8 und 9 werden in einem Ergebnisprotokoll zusammengefasst und gelten mit dem Ergebnis der Abstimmung der Vertragskommission als beschlossen, wenn keiner der Vertragspartner des Vertrages der Entscheidung innerhalb von vier Wochen nach Übermittlung des Ergebnisprotokolls schriftlich widersprochen hat.
- (3) Die Vertragskommission tritt bei Bedarf zeitnah auf Einberufung eines Vertragspartners zusammen. Eine Entscheidung der Vertragskommission ist auch im Falle von Abs. 4 Nr. 7, 8 und 9 im schriftlichen Abstimmverfahren möglich.
- (4) Zu den Aufgaben der Vertragskommission gehören insbesondere
 1. die einheitliche Weiterentwicklung der Versorgungsaufträge im Rahmen dieses Vertrages, ggf. unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Qualitätsberichtes,
 2. die Prüfung der Anwendbarkeit vorliegender Leitlinien,
 3. die Vorbereitung der Entscheidung über den Ausschluss eines VERTRAGSARZTES gemäß § 7 Abs. 6,
 4. die Vorbereitung der Entscheidung über die Teilnahme eines ermächtigten Arztes gemäß § 5a Abs. 2,
 5. Festlegungen von Regelungen zur Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen und der Art und Weise der Überprüfungen gemäß § 4 Abs. 2, § 5a Abs. 2 i. V. m. Anlage 9, § 5b Abs. 2
 6. die Erstellung des Qualitätsberichtes,
 7. Ergänzung der Anlage 4b um weitere Module,
 8. die inhaltliche Fortschreibung und Weiterentwicklung der Anlage 4 in bestehenden Modulen und der Anlage 5.
 9. Die inhaltliche Fortschreibung und Weiterentwicklung der Anlage „Arznei- und Verbandmittel“ (Anlage 8) entsprechend der aktuellen Marktlage.

10. Sobald über die Schnittstelle zum AIS die Möglichkeit gegeben ist auch Formulare zu integrieren und somit diese maschinell zu erstellen und weiterzuleiten, ist ein „Fuß-Dokumentationsbogen“ für die Befundübermittlung zwischen den VERTRAGSÄRZTEN zu konzipieren. Dieser ist ggf. während der Vertragslaufzeit inhaltlich fortzuschreiben und weiterzuentwickeln.
- (5) Die Aufwendungen für die Mitglieder in der Vertragskommission trägt der Entsendende selbst.

§ 19 Gewährleistung und Haftung

- (1) Es gelten die gesetzlichen und vertraglichen Bedingungen des SGB V und des Vertragsarztrechts.
- (2) Die KVS und die teilnehmenden VERTRAGSÄRZTE haften gegenüber der AOK PLUS nicht für den wirtschaftlichen Erfolg des AIS mit IT-Vertragsschnittstelle in Form von Einsparungen der AOK PLUS als Folge der Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln mithilfe des AIS mit IT-Vertragsschnittstelle nach Anlage 4.

§ 20 Kostentragungsabrede

Im Falle der Anfechtung von Entscheidungen der KVS, die hinsichtlich der Ablehnung der Teilnahme (§ 6 Abs. 2 Nr. 2), dem Ausschluss (§ 7 Abs. 6) oder der Zahlung der Vergütung auf Grund dieser Vereinbarung ergehen, beteiligt sich die AOK PLUS hälftig an den evtl. anfallenden und von der KVS gemäß § 193 SGG zu erstattenden Kosten. Dies gilt nicht, wenn die Erstattungspflicht allein aus dem Verantwortungsbereich der KVS resultiert oder allein von der KVS zu vertreten ist. Die gesetzliche Kostenregelung im Falle einer Antragstellung der AOK PLUS bei Beiladung geht dieser Kostentragungsabrede vor.

§ 21 Datenschutz, Datentransparenz und -austausch

- (1) Es gelten die datenschutzrechtlichen Regelungen der Gesetzlichen Krankenversicherung.
- (2) Die VERTRAGSÄRZTE und die Vertragspartner sind verpflichtet, die einschlägigen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten bzw. der personenbezogenen Daten in den jeweils geltenden Fassungen einzuhalten. Sie haben den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen. Bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten (Patientendaten, Versichertendaten) sind insbesondere die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den strafrechtlichen Bestimmungen sowie die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Sozialgesetzbücher zu beachten.
- (3) Personenbezogene Daten dürfen nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben erhoben, verarbeitet und genutzt werden, soweit der Versicherte gemäß § 8 Abs. 2 i. V. m. Anlage 1 eingewilligt hat. Ausgenommen hiervon sind nach den einschlägigen gesetzlichen Vorschriften in der jeweils geltenden Fassung Angaben gegenüber den beteiligten koordinierenden VERTRAGSÄRZTEN und sonstigen Leis-

tungserbringern, dem MDK und der AOK PLUS, soweit diese zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben und zur Umsetzung dieses Vertrages erforderlich sind.

- (4) Die Datenverarbeitung und Datennutzung der KVS als Körperschaft des öffentlichen Rechts (§ 77 Abs. 5 SGB V) und als eine dem Sozialgeheimnis (§ 35 Abs. 1 SGB I) unterliegende öffentlich-rechtliche Vereinigung richtet sich im Rahmen der Umsetzung dieses Vertrages nach den Regelungen des SGB V zur Datenverarbeitung und Datennutzung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie nach den Regelungen des 2. Kapitels des SGB X.

§ 22 Öffentlichkeitsarbeit

Der Start dieses Vertrages wird von den Vertragspartnern gemeinsam öffentlichkeitswirksam kommuniziert. Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit, die sich an Versicherte der AOK PLUS richten, obliegen der AOK PLUS. Die Vertragspartner informieren sich gegenseitig über Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit, die sie während der Laufzeit des Vertrages durchführen.

§ 23 Exklusivitätsklausel

- (1) Nach Inkrafttreten des Vertrages gilt dieser exklusiv 2 Jahre für Versicherte der AOK PLUS. Nach Ablauf dieser Zeit stimmen sich die Vertragspartner über die Fortführung dieser Klausel ab.
- (2) Für den Fall, dass die KVS mit einer Krankenkasse einen gleichgelagerten Vertrag schließen will, hat sie sicherzustellen, dass die Krankenkasse sich verpflichtet, sich an den Entwicklungskosten für diesen Vertrag mit einem angemessenen Verwaltungsaufwand zu beteiligen. Als angemessen wird ein Betrag von 5 TEUR angesehen.

§ 24 unbesetzt

§ 25 Vertragsänderungen und Formvorschriften

- (1) Die AOK PLUS und die KVS sind gemeinsam berechtigt, diesen Vertrag und/oder Anlagen mit Wirkung für alle VERTRAGSÄRZTE und/oder Versicherten mit angemessener Vorlauffrist nach Maßgabe der folgenden Absätze 2 und 3 zu ändern, sofern und soweit es die Umsetzung der Koordinierung von Versicherten mit DFS nach diesem Vertrag zwingend erfordert. Für Änderungen im Vertrag und/oder Anlagen kann eine Abstimmung auf schriftlichem Wege erfolgen.
- (2) Nebenabreden, Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages einschließlich der Anlagen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform und können nur einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern vorgenommen werden. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. E-Mail sowie die elektronische Form nach § 126a BGB bzw. § 127 Abs. 3 BGB wahren die Schriftform nicht.

- (3) Die Anpassung, Änderung oder Ergänzung der Anlagen erfordert keine vorherige Vertragskündigung. Der Vertrag bleibt durch die Änderungen der Anlagen unberührt.
- (4) Bei Abschluss eines Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung der AOK PLUS in Sachsen nach § 73b SGB V (Hausärztevertrag) nehmen die Vertragspartner Verhandlungen auf, um über die Teilnahme am HzV-Vertrag als Voraussetzung für die Teilnahme an diesem Vertrag zu beraten.

§ 26 Evaluation

- (1) Die AOK PLUS behält sich vor, eine Evaluation des Vertrages im Hinblick auf die Ziele gemäß § 1 zu veranlassen. Die Inhalte der Evaluation werden von den Vertragspartnern erarbeitet und einvernehmlich verabschiedet.
- (2) Die Weiterverwendung bzw. Veröffentlichung der Ergebnisse der Evaluation bedürfen der vorherigen Zustimmung der Vertragspartner.
- (3) Für Zwecke der Evaluation erheben die HAUSÄRZTE und die DIABETOLOGISCHEN FUß-AMBULANZEN ab Vertragsbeginn die dafür notwendigen Daten und leiten diese zusammen mit der Abrechnung gemäß Anlage 7a an die KVS weiter. Die zu erhebenden Daten sowie die Häufigkeit der Übermittlung an die KVS sind in Anlage 6 geregelt.
- (4) Die gemäß Anlage 6 i. V. m. Anlage 7a erhobenen und an die KVS weitergeleiteten Daten sind ausschließlich für die Durchführung der Evaluation bestimmt und werden von der KVS ausschließlich zu diesem Zweck zu einem späteren Zeitpunkt an das die Evaluation durchführende Institut in pseudonymisierter Form weitergeleitet. Der KVS ist in diesem Zusammenhang jegliche personenbezogene Auswertung und Nutzung der Daten sowie das Erstellen von Kopien der Datensätze untersagt. Sobald die KVS die Daten an das die Evaluation durchführende Institut in pseudonymisierter Form übermittelt hat und eine Bestätigung der erfolgreichen Datenübermittlung erhalten hat, hat sie diese Daten zu löschen.
- (5) Eine Evaluation ist ohne zusätzlichen Vergütungsanspruch der VERTRAGSÄRZTE Bestandteil des Vertrages. Einzelheiten zum Verfahren werden gesondert geregelt.

§ 27 Inkrafttreten, Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2012 in Kraft und ersetzt alle bisherigen vertraglichen Regelungen.
- (2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 30.06.2013 schriftlich gekündigt werden.
- (3) Eine außerordentliche Kündigung dieses Vertrages ist jederzeit, jedoch nur aus wichtigem Grund möglich. Ein wichtiger Grund, der zur Kündigung berechtigt, liegt insbesondere dann vor:
 1. wenn die Leistungen, die Gegenstand dieses Vertrages sind, in erheblichem Umfang und nicht nur von einzelnen VERTRAGSÄRZTEN mangelhaft, unwirtschaftlich oder unvollständig erbracht werden und hierdurch der Vertragszweck vereitelt, gefährdet oder beeinträchtigt wird,
 2. wenn zum wiederholten Male gegen Inhalte dieses Vertrages verstoßen wird,

3. wenn aufsichtsrechtliche, gerichtliche oder gesetzliche Maßnahmen dem Vertrag die Grundlage entziehen.
- (4) Die Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages und können unabhängig von diesem Vertrag mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Die Kündigung einzelner Anlagen berührt die Wirksamkeit des Vertrages nicht. Die Anlagen gelten bis zur Vereinbarung einer neuen Fassung fort.
- (5) Jede Kündigung bedarf der Schriftform. E-Mail sowie die elektronische Form nach § 126a BGB bzw. § 127 Abs. 3 BGB wahren die Schriftform nicht.
- (6) Die Vertragspartner verpflichten sich, spätestens 3 Monate vor Ablauf der Vertragslaufzeit in Verhandlungen über eine Fortführung des Vertrages einzutreten. Der Vertrag kann im Falle von schwebenden Verhandlungen längstens für 3 Monate nach Ablauf der Vertragslaufzeit unverändert, d. h. unter Fortgeltung der Rechte und Pflichten, weitergeführt werden.

§ 28 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit des Vertrages hiervon unberührt, es sei denn, dass die unwirksame Bestimmung für einen Vertragspartner derart wesentlich war, dass ihr ein Festhalten an diesem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragspartner die unwirksamen Bestimmungen durch Regelungen ersetzen, die dem mit der unwirksamen Bestimmung Gewollten am nächsten kommen. Dies gilt auch für den Fall, dass die vorstehende Vereinbarung Lücken enthält, die der Ergänzung bedürfen. Die Vertragspartner werden sich gemeinsam bemühen, Unstimmigkeiten, die sich in Verbindung mit diesem Vertrag ergeben sollten, gütlich beizulegen.

Dresden,

gez.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

gez.

AOK PLUS