

**Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V  
zur Versorgung der Versicherten mit  
Diabetischem Fußsyndrom im Freistaat Thüringen  
(DFS Thüringen)**

---

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 Thüringen  
vertreten durch den Vorstand,  
dieser vertreten durch  
Frau Dipl.-Med. Regina Feldmann,  
- im Folgenden „**KVT**“ genannt -

**Lesefassung inkl.**

1. Protokollnotiz v. 28.03.2012, gültig ab 01.01.2012/01.04.2012, zu § 5b + Anl. 6, 8, 9
2. Protokollnotiz v. 26.03.2013, gültig ab 01.04.2013, zu Anl. 4a, 5
3. Protokollnotiz v. 01.04.2014, gültig ab 01.04.2014, zu Anl. 1, 4a, 6, 9, 12
4. Protokollnotiz v. 09.07.2014, gültig ab 01.07.2014, zu § 5a + Anl. 3a, 4a, 7b
5. Protokollnotiz v. 25.03.2015, gültig ab 01.01.2015, zu Anl. 5, 9
6. Protokollnotiz v. 24.05.2018, gültig ab 25.05.2018, zu § 21 + Anl. 1, 2, 3a, 3b, 3c, 3d

sowie

- Protokollnotiz vom 01.08.2017 zu den AOK PLUS-Verträgen: ARMIN, CARDIO PLUS, **DFS**, Homöopathie, HzV, Osteoporose, Pflege, Rheuma, gültig ab 01.04.2017, betrifft Umstellung der Abrechnung zwischen AOK PLUS und KVT (betrifft bei DFS § 16 und Anlagen 5, 7b).

## Inhaltsverzeichnis

Präambel .....	5
<b>Abschnitt I – Ziele, Gegenstand, Grundsätze und Geltungsbereich .....</b>	<b>6</b>
§ 1 Ziele des Vertrages .....	6
§ 2 Gegenstand und Grundsätze des Vertrages.....	6
§ 3 Geltungsbereich .....	7
<b>Abschnitt II – Teilnahme der ÄRZTE.....</b>	<b>8</b>
§ 4 Teilnahmeberechtigung und Teilnahmevoraussetzungen als HAUSARZT.....	8
§ 5a Teilnahmeberechtigung und Teilnahmevoraussetzungen als DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ .....	8
§ 5b Teilnahmeberechtigung und Teilnahmevoraussetzungen als ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTER FACHARZT und als WUNDCHIRURGISCH TÄTIGER FACHARZT .....	9
§ 6 Einschreibung der ÄRZTE .....	10
§ 7 Beendigung der Teilnahme der ÄRZTE, Sonderkündigung, Ausschluss.....	11
<b>Abschnitt III – Teilnahme der Versicherten .....</b>	<b>12</b>
§ 8 Teilnahmeberechtigung und Teilnahmevoraussetzungen und Verpflichtungen der Versicherten .....	12
§ 9 Einschreibung der Versicherten und Beginn der Teilnahme .....	13
§ 10 Beendigung der Teilnahme des Versicherten und Wechsel des ARZTES .....	13
<b>Abschnitt IV – Aufgaben der ÄRZTE, Qualitätssicherung.....</b>	<b>14</b>
§ 11a Versorgungsverbund .....	14
§ 11b Aufgaben des HAUSARZTES.....	14
§ 11c Aufgaben des Facharztes in der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ.....	15
§ 11d Aufgaben des ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTEN FACHARZTES und des WUNDCHIRURGISCH TÄTIGEN FACHARZTES .....	16
§ 12 Fortbildung und Qualitätssicherung .....	17
<b>Abschnitt V – Aufgaben der Vertragspartner.....</b>	<b>17</b>
§ 13 Aufgaben der KVT .....	17
§ 14 Aufgaben der AOK PLUS .....	18
<b>Abschnitt VI – Vergütung und Abrechnung .....</b>	<b>18</b>
§ 15 Vergütung und Abrechnung der ÄRZTE .....	18
§ 16 Abrechnung der KVT .....	19

<b>Abschnitt VII – Sonstige Vertragsgegenstände .....</b>	<b>19</b>
§ 17 unbesetzt.....	19
§ 18 Vertragskommission .....	20
§ 19 Gewährleistung und Haftung .....	20
§ 20 Kostentragungsabrede .....	21
§ 21 Datenschutz, Datentransparenz und -austausch .....	21
§ 22 Öffentlichkeitsarbeit .....	22
§ 23 Exklusivitätsklausel.....	22
§ 24 unbesetzt.....	22
§ 25 Vertragsänderungen und Formvorschriften.....	22
§ 26 Evaluation.....	23
§ 27 Inkrafttreten und Kündigung .....	23
§ 28 Salvatorische Klausel .....	23

## Anlagenverzeichnis

- Anlage 1 Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte
- Anlage 2 Teilnahmeerklärung „HAUSARZT“
- Anlage 3a Teilnahmeerklärung „DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ“  
Anhang zur Anlage 3a
- Anlage 3b Teilnahmeerklärung „DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ“ für Krankenhausarzt mit entsprechender Ermächtigung  
Anhang zur Anlage 3b
- Anlage 3c Teilnahmeerklärung „ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTER FACHARZT“
- Anlage 3d Teilnahmeerklärung „WUNDCHIRURGISCH TÄTIGER FACHARZT“
- Anlage 4a Praxisausstattung
- Anlage 4b Anforderungen für die Zulassung als AIS mit IT-Vertragsschnittstelle, Zulassungsverfahren und Weiterentwicklung
- Anlage 5 Technische Anlage
- Anlage 6 Vergütung
- Anlage 7a Abrechnung der ÄRZTE
- Anlage 7b Abrechnung der KVT
- Anlage 8 Arznei- und Verbandmittel  
Anhang zur Anlage 8
- Anlage 9 Strukturvoraussetzungen eines/einer auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierten Arztes/Einrichtung (DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ)  
Anhang zur Anlage 9
- Anlage 10 Hausärztliche Grunddiagnostik
- Anlage 11 Klassifizierung diabetischer Fuß – Läsionen nach Wagner/Armstrong
- Anlage 12 Fußdokumentationsbogen,
- Anlage 13 Empfehlung zur Schuhversorgung der AG „Diabetischer Fuß“
- Anlage 14 Anlage zur ärztlichen Hilfsmittelverordnung
- Anlage 15 Aufstellung der besonders spezialisierten Krankenhäuser zur Behandlung des auffälligen Fußstatus entsprechend § 11c Abs. 3 (Stand: Dezember 2010)

## **Präambel**

Die Behandlung chronischer Erkrankungen, wie Diabetes mellitus, soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) nach § 137f SGB V optimiert werden. Dazu haben die Krankenkassen mit der KVT Verträge zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2 (DMP-Verträge) geschlossen. Beide DMP-Verträge beinhalten jeweils die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) für die Behandlung des „Diabetischen Fußsyndroms“. Für Versicherte der AOK PLUS sind daher grundsätzlich die Regelungen 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 in Deutschland weiterhin 20.000 Majoramputationen - Amputationen oberhalb des Sprunggelenkes - mit erheblichen Folgekosten 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 (Majoramputation) zu vermeiden.

Um dies zu realisieren ist ein Netz von Ärzten aller Versorgungsebenen erforderlich, welches optimale qualitative und organisatorische Voraussetzungen bietet. Dementsprechend erfolgt durch diesen Vertrag die Verknüpfung von HAUSARZT, Diabetologischer Fußambulanz sowie ambulanten und stationären Einrichtungen.

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 Arznei-, Verband- und Heilmittel-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 des von den Regeln der GKV geprägten Behandlungsverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Dessen Inhalt wird durch diesen Vertrag geprägt und sein 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 ARZT. 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. 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, Fachärzte für Allgemeinmedizin).
2. DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZEN sind Fachärzte, die auf die ambulante Behandlung des diabetischen Fußes spezialisiert sind.
3. DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZEN sind auch ermächtigte, in stationären Einrichtungen tätige Fachärzte, die entsprechend des „Zulassungsausschusses Ärzte“ eine Ermächtigung haben, die berechtigt, im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung Leistungen zur Untersuchung und Behandlung diabetischer Füße durchzuführen.
4. WUNDCHIRURGISCHE TÄTIGE FACHÄRZTE sind Fachärzte für Chirurgie oder andere Fachärzte, z. B. Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten, die auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisiert sind.
5. ANGIOLOGISCHE TÄTIGE FACHÄRZTE sind Fachärzte für Innere Medizin und Teilgebiet Angiologie, Fachärzte für Innere Medizin mit dem Teilgebiet Angiologie und angiologisch besonders qualifizierte Ärzte.
6. ÄRZTE sind VERTRAGSÄRZTE und ermächtigte ÄRZTE.
7. ÄRZTE sind HAUSÄRZTE, Fachärzte der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZEN, WUNDCHIRURGISCHE TÄTIGE FACHÄRZTE und ANGIOLOGISCHE QUALIFIZIERTE 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 KVT 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 einem ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTEN FACHARZT bzw. einem WUNDCHIRURGISCHE TÄTIGEN FACHARZT als patientenbezogener Versorgungsverbund,
  2. Vermeidung/Reduzierung schwerer Stadien vom auffälligen Fußstatus,
  3. Verkürzung der Behandlungszeit des diabetischen Fußsyndroms,
  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 postulcerativen sowie ulcerativen Veränderungen klassifiziert nach dem Schweregrad durch Wagner/Armstrong.
- (2) Die ÄRZTE verpflichten sich zu einer, nach den Maßgaben dieses Vertrages qualitätsgesicherten, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten, insbesondere bei der Verordnung von Arzneimitteln sowie Verband-, Heil- 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 im Rahmen von Prüfverfahren die Prüfungsgremien der Selbstverwaltung über die Vertragsinhalte informieren und auf eine adäquate Berücksichtigung der zusätzlichen Kosten für Arznei-, und Verbandmittel im Rahmen ggf. entstehender Prüfverfahren hinwirken.
- (3) Im Rahmen dieses Vertrages ist der Einsatz einer/eines Praxisausstattung/Arztinformationssystem (AIS) mit IT-Vertragsschnittstelle für die DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZEN nach § 5a Abs. 1 Nr. 1 bis 7 vorgesehen (§ 5a Abs. 2 Nr. 5). Die Anforderungen an diese AIS mit IT-Vertragsschnittstelle ergeben sich aus den Anlagen 4a und 4b.
- (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 ARZTES betreffen.
- (5) Bei einer Teilnahme ausschließlich über angestellte Ärzte nimmt der anstellende VERTRAGSARZT bzw. die Einrichtung am Vertrag teil. Die Einrichtung kann nur einmal am Vertrag teilnehmen, auch wenn mehrere angestellte Ärzte die Voraussetzungen erfüllen. Die Teilnahme wird durch den anstellenden VERTRAGSARZT bzw. die anstellende Einrichtung gemeinsam mit dem/den angestellten Arzt/Ärzten 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 Arztes nachzuweisen sowie das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit unverzüglich mitzuteilen. Die sachlichen Voraussetzungen sind bei angestellten Ärzten, durch die Einrichtung bzw. Vertragsarztpraxis zu erfüllen bzw. bereit zu stellen.
- (6) Sofern dieser Vertrag nichts anderes regelt, gelten die gesetzlichen Vorschriften und die aktuelle Fassung der Nationalen Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes Fußkomplikationen (NVL).
- (7) Die Regelungen zum Ausstellen von Überweisungen und zur Zahlung der Praxisgebühr werden durch diesen Vertrag nicht außer Kraft gesetzt.
- (8) Die Teilnahme der ÄRZTE und Versicherten an diesem Vertrag ist freiwillig.
- (9) 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 KVT.

## **Abschnitt II – Teilnahme der ÄRZTE**

### **§ 4**

#### **Teilnahmeberechtigung und Teilnahmevoraussetzungen als HAUSARZT**

- (1) Teilnahmeberechtigt an diesem Vertrag sind gemäß § 95 SGB V:
- 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 sowie
  - die Fachärzte der SPPoF.

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 VERTRAGSARZT, 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, Anstellung oder Ermächtigung und die Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte gemäß § 24 Ärzte-ZV muss sich auf den Bezirk der KVT und die hausärztliche Versorgung beziehen,
  2. Bereitschaft zur Erfüllung der Verpflichtungen aus diesem Vertrag,
  3. Zustimmung zur Veröffentlichung von Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefonnummer und ggf. Faxnummer des HAUSARZTES in einem öffentlichen ARZT-Verzeichnis auf den Homepages der AOK PLUS und der KVT,
  4. Bereitschaft zur Teilnahme an einer Evaluation und ggf. der damit verbundenen Dokumentationen, sofern diese im Rahmen dieses Vertrages durchgeführt wird,
  5. Bildung der - für die optimierte Behandlung - erforderlichen Strukturen 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 Innere Medizin und Teilgebiet Endokrinologie und Diabetologie bzw. Fachärzte für Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung „Diabetologie“,
  2. Fachärzte für Innere Medizin mit dem Teilgebiet Endokrinologie,
  3. Fachärzte für Innere Medizin mit der Anerkennung als „Diabetologe DDG“,
  4. Fachärzte für Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung „Diabetologie“,
  5. Fachärzte für Allgemeinmedizin mit der Anerkennung als „Diabetologe DDG“ sowie
  6. Internisten gem. § 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 3 SGB V, wenn jeweilige Qualifizierung nach Nr. 1 bis 5 vorliegt,
- die die Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 9 erfüllen.
7. Ebenfalls teilnahmeberechtigt an diesem Vertrag, unter Beachtung des Abs. 2, als DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ sind ermächtigte, in stationären Einrichtungen tätige Fachärzte, die entsprechend des „Zulassungsausschusses Ärzte“ eine Ermächtigung



haben, die berechtigt, im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung Leistungen zur Untersuchung und Behandlung diabetischer FüÙe durchzuführen.

- (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, Anstellung oder Ermächtigung und die Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte gemäß § 24 Ärzte-ZV muss sich auf den Bezirk der KVT beziehen.
  2. Bereitschaft zur Erfüllung der Verpflichtungen aus diesem Vertrag,
  3. Zustimmung zur Veröffentlichung von Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefonnummer und ggf. Faxnummer der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ in einem öffentlichen ARZT-Verzeichnis auf den Homepages der AOK PLUS und der KVT,
  4. Bereitschaft zur Teilnahme an einer Evaluation und ggf. der damit verbundenen Dokumentationen, sofern diese im Rahmen dieses Vertrages durchgeführt wird,
  5. Verpflichtung, das in den Anlagen 4a und 4b benannte AIS mit S3C-Schnittstelle (in der jeweils aktuellen Version) spätestens ab dem in Anlage 4a genannten Zeitpunkt zu nutzen.
  6. Bildung der - für die optimale Behandlung - erforderlichen Strukturen und die funktionierenden Kooperationen zwischen der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ mit mindestens einem HAUSARZT oder einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis ohne Fußbehandlung (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 abdecken. Erfüllt die DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ auch die Voraussetzung nach § 5b kann der patientenbezogene Versorgungsverbund zwischen DIABETOLOGISCHER FUßAMBULANZ und ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTEM FACHARZT und/oder WUNDCHIRURGISCH TÄTIGEM FACHARZT auch in Personalunion der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ erfolgen.
  7. die enge Zusammenarbeit mit mindestens einem für die Versorgung von Diabetikern zertifizierten, abgabe- und lieferberechtigten Orthopädie- Schuhmacher/Schuhtechniker,
  8. Sollte die DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ nach Abs. 1 Nr. 1 bis 7 Aufgaben nach § 11d Abs. 1 erbringen wollen, hat sie die Genehmigung zur sonographischen Duplexuntersuchung der extremitätenver- und entsorgenden GefäÙe mittels farbkodiertem Duplexverfahren nachzuweisen.
  9. Sollte die DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ nach Abs. 1 Nr. 1 bis 7 Aufgaben 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 und
  2. Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten bzw.
  3. Fachärzte für Innere Medizin und Teilgebiet Angiologie, Fachärzte für Innere Medizin mit dem Teilgebiet Angiologie und
  4. angiologisch besonders qualifizierte Ärzte mit der Genehmigung zur sonographischen Untersuchung der extremitätenver- und entsorgenden GefäÙe mittels farbkodiertem Duplexverfahren sowie

5. ermächtigte Fachärzte für Chirurgie, die entsprechend des „Zulassungsausschusses Ärzte“ eine Ermächtigung haben, die berechtigt, im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung Leistungen zur Untersuchung und Behandlung diabetischer FüÙe durchzuführen,
  6. ermächtigte Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten, die entsprechend des „Zulassungsausschusses Ärzte“ eine Ermächtigung haben, die berechtigt, im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung Leistungen zur Untersuchung und Behandlung diabetischer FüÙe durchzuführen,
  7. ermächtigte Fachärzte für Innere Medizin und Teilgebiet Angiologie, die entsprechend des „Zulassungsausschusses Ärzte“ eine Ermächtigung haben, die berechtigt, im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung Leistungen zur Untersuchung und Behandlung diabetischer FüÙe durchzuführen bzw. der Genehmigung zur sonographischen Untersuchung der Extremitätenver- und entsorgenden GefäÙe mittels farbkodiertem Duplexverfahren.
  8. Der Facharzt der DIABETOLOGISCHEN FUÙAMBULANZ nach § 5a kann wundchirurgisch tätig werden, sofern er die im Absatz 2 Nr. 4 geforderten Voraussetzungen erfüllt.
- (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, Anstellung oder Ermächtigung und die Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte muss sich auf den Bezirk der KVT beziehen.
  2. Bereitschaft zur Erfüllung der Verpflichtungen aus diesem Vertrag,
  3. Zustimmung zur Veröffentlichung von Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefonnummer und ggf. Faxnummer des ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTEN FACHARZTES bzw. des WUNDCHIRURGISCH TÄTIGEN FACHARZTES in einem öffentlichen ARZT-Verzeichnis auf den Homepages der AOK PLUS und der KVT,
  4. Der WUNDCHIRURGISCH TÄTIGE FACHARZT hatte in den letzten vier Quartalen vor Abgabe seiner Teilnahmeerklärung durchschnittlich je Quartal mindestens 5 Abrechnungen der GOP 02311.
  5. Der ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTE FACHARZT hat die Genehmigung zur sonographischen Untersuchung der Extremitätenver- und entsorgenden GefäÙe mittels farbkodiertem Duplexverfahren, Abrechnungen der GOP 13300 und/oder 33072 in Zusammenhang mit 33075.
  6. Bildung der - für die optimale Behandlung - erforderlichen Strukturen und die funktionierenden Kooperationen zwischen ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTEN FACHARZT und WUNDCHIRURGISCH TÄTIGEN FACHARZT mit mindestens einer DIABETOLOGISCHEN FUÙAMBULANZ gemäß § 5a.

## **§ 6 Einschreibung der ÄRZTE**

- (1) Der HAUSARZT, der Facharzt in der DIABETOLOGISCHEN FUÙAMBULANZ, der ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTE FACHARZT bzw. der WUNDCHIRURGISCH TÄTIGE FACHARZT (VERTRAGSARZT) und der ermächtigte Krankenhausarzt (§5a Abs. 1 Nr. 7) haben ihre Teilnahme am Vertrag durch Abgabe der rechtsverbindlich unterzeichneten und vollständig ausgefüllten Teilnahmeerklärung gemäß Anlagen 2, 3a, 3b, 3c bzw. 3d nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen in geeigneter Form gegenüber der KVT zu erklären (Einschreibung). Mit der Teilnahmeerklärung ist jeweils der Nachweis der besonderen Anforderungen nach § 4 Abs. 2, § 5a Abs. 2 bzw. § 5b Abs. 2 zu führen.
- (2) Die KVT prüft die Teilnahmeberechtigung und die Teilnahmevoraussetzungen nach §§ 4 bis 5b i. V. m. Anlagen 2, 3a, 3b, 3c bzw. 3d sowie Anlagen 4a und 4b (unter Beachtung even-

tuell geltender und in den Anlagen 4a und 4b benannten Fristen) und teilt dem ARZT grundsätzlich innerhalb von 14 Arbeitstagen nach Eingang der Teilnahmeerklärung das Ergebnis der Prüfung mit:

1. Sind die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt, bestätigt die KVT dem ARZT die Vertragsteilnahme schriftlich (Teilnahmebestätigung). Die Teilnahme des ARZTES beginnt in diesem Fall mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung.
  2. Sind die Teilnahmevoraussetzungen nicht erfüllt, erhält der ARZT durch die KVT eine schriftliche Ablehnung mit entsprechender Begründung.
- (3) Die ÄRZTE haben gegenüber der KVT das Entfallen der Teilnahmevoraussetzungen nach den §§ 4, 5a und 5b unverzüglich nach Kenntniserlangung schriftlich anzuzeigen.

## **§ 7**

### **Beendigung der Teilnahme der ÄRZTE, Sonderkündigung, Ausschluss**

- (1) Die Teilnahme des ARZTES an diesem Vertrag endet automatisch mit der Beendigung, der Rückgabe, dem vollständigen Ruhen oder dem Entzug der vertragsärztlichen Zulassung des ARZTES, 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 4a Abschnitt II. genannten Frist zum verpflichtenden Einsatz des AIS mit S3C-Schnittstelle, deren Vorhandensein nicht gegenüber der KVT nachgewiesen wurde, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung bzw. eines Ausschlusses bedarf.
- (3) Die Teilnahme des ARZTES 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 ARZT kann seine Teilnahme an diesem Vertrag mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende schriftlich durch Erklärung gegenüber der KVT kündigen. Das Recht des ARZTES 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 KVT die ÄRZTE hierüber in geeigneter Form zu informieren. Im Falle von Änderungen des Vertrages und/oder einer Anlage kann der ARZT 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 KVT zu erfolgen. Die KVT informiert die AOK PLUS über die Kündigung des ARZTES im Rahmen des nächsten „ARZT-Verzeichnisses“. Kündigt der ARZT nicht innerhalb der 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 ARZTES an diesem Vertrag kann gegenüber dem ARZT durch die KVT mit sofortiger Wirkung gekündigt werden (Ausschluss), wenn der ARZT
  1. die Teilnahmeberechtigung und/oder die Teilnahmevoraussetzungen gemäß §§ 4, 5a bzw. 5b i. V. m. Anlagen 2, 3a, 3b, 3c bzw. 3d nicht mehr oder nicht mehr vollständig erfüllt und diesen Mangel trotz entsprechender Aufforderung durch die KVT nicht innerhalb angemessener Frist beseitigt,
  2. Fehlabrechnungen im Rahmen dieses Vertrages vornimmt,
  3. gegen eine andere ihm nach Maßgabe dieses Vertrages im Rahmen der Teilnahme auferlegte wesentliche Verpflichtung verstößt und diesen Mangel trotz entsprechender Auf-

forderung unter angemessener Fristsetzung durch die KVT 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 ARZTES bereitet die Vertragskommission gemäß § 18 vor. Dem ARZT 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 ARZTES an diesem Vertrag unterrichtet die AOK PLUS schriftlich die betroffenen Versicherten hierüber. Mit dieser Information können dem Versicherten weitere an diesem Vertrag teilnehmende ÄRZTE 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 Nummern 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 und dessen besondere Versorgung und verpflichtet sich, den vorgeschlagenen Therapieplan zu befolgen und grundsätzlich nur die von ihm gewählten ÄRZTE - als seinen Versorgungsverbund - für die Koordinierung der in §. 2 Abs. 1 genannten Erkrankung aufzusuchen. Dies gilt nicht im Vertretungsfall sowie bei der Inanspruchnahme von Notfällen.
- (4) Durch Unterzeichnung der TE/EWE des Versicherten (Anlage 1) legitimiert der Versicherte die Datenerhebung und -übermittlung gemäß § 295 SGB V seiner personenbezogenen Behandlungsdaten und Befunde hinsichtlich der Koordinierung im Rahmen dieses Vertrages durch die von ihm gewählten ÄRZTE und zwischen den ÄRZTEN.
- (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 der Versicherten und Beginn der Teilnahme**

- (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 Erklärung - 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 des Versicherten und Wechsel des ARZTES**

- (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 nach Satz 1 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 oder
  2. mit dem Ende der Teilnahme eines gewählten ARZTES an diesem Vertrag, sofern der teilnehmende Versicherte keinen anderen am Vertrag teilnehmenden ARZT wählt oder
  3. mit einem Wechsel des Versicherten zu einem ARZT, 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 ÄRZTE des Versorgungsverbundes wechseln, dann ist der Wechsel nur zu einem am Vertrag teilnehmenden ARZT möglich.

Bei einem Wechsel des HAUSARZTES 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 ARZT-Wechsel wird zum jüngsten auf der TE/EWE (Anlage 1) angegebenen Datum wirksam. Die AOK PLUS informiert die KVT über den ARZT-Wechsel im Rahmen des Versichertenverzeichnisses nach § 14 Nr. 3.

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

Ein Wechsel des ARZTES liegt nicht vor, wenn sich die Zusammensetzung einer Vertragsarztpraxis (z. B. Eintritt oder Austritt von Partnern in ein(e)/aus einer/m Gemeinschaftspraxis/MVZ) ändert und der Versicherte weiterhin in der Gemeinschaftspraxis/im MVZ von einem ARZT (verbleibender oder neu hinzukommender ARZT) betreut wird. Ein Wechsel des ARZTES liegt auch dann nicht vor, wenn ein ARZT, der

1. aus einer Gemeinschaftspraxis oder einem MVZ ausscheidet oder
  2. in eine Gemeinschaftspraxis oder ein MVZ eintritt,
- einen Versicherten weiterhin im Rahmen dieses Vertrages betreut. Ausnahmefälle werden zwischen den Vertragspartnern abgestimmt.

## **Abschnitt IV – Aufgaben der ÄRZTE, Qualitätssicherung**

### **§ 11a Versorgungsverbund**

Nach den Maßgaben dieses Strukturvertrages übernehmen der HAUSARZT und die DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ sowie ggf. der ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTE FACHARZT bzw. 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 des bürgerlichen Rechts nach §§ 705 ff. BGB, die freie und selbstständige Berufsausübung der beteiligten ÄRZTE bleibt gewahrt. In diesem Rahmen wirken die ÄRZTE insbesondere nach Maßgabe der folgenden Regelungen bei der Versorgung der Versicherten zusammen.

### **§ 11b Aufgaben 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, setzt dabei die Richtlinien der NVL um, soweit in diesem Vertrag nichts anderes bestimmt ist und schreibt den Versicherten in diesen Vertrag mit 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 ab 1/A oder postulcerativen Läsionenan eine DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ nach § 5a Abs. 1 Nr. 1 bis 7 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-Stadium ab 1/B (Anlage 11) oder einen Verdacht auf akuten Charcot-Fuß fest, hat er sofort eine Überweisung des Versicherten an die kooperierende DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ nach § 5a Abs. 1 Nr. 1 bis 7 sicher zu stellen.
- (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 zur stationären Behandlung des auffälligen Fußstatus hat eine Überweisung an die DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ nach § 5a Abs. 1 Nr. 1 bis 7 zu erfolgen. Ist dies nicht möglich, sollte der HAUSARZT mit einem Facharzt der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ die Notwendigkeit einer stationären Behandlung im Krankenhaus abklären. Im Übrigen entscheidet der HAUSARZT nach pflichtgemäßen Ermessen über eine Einweisung in ein Krankenhaus.
- (8) Der HAUSARZT erstellt den „Fuß-Dokumentationsbogen“ (Anlage 12) mit den von ihm erhobenen Befunden und stellt diesen zusammen mit den Vorbefunden 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**

#### **Aufgaben des Facharztes in der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ**

- (1) Im Rahmen der Koordinierung der Versicherten erbringt der Facharzt in der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ folgende Aufgaben:
  1. Aufbau der für die Umsetzung des Vertrages erforderlichen organisatorischen Struktur zum HAUSARZT und ggf. zum ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTEN FACHARZT und zum WUNDCHIRURGISCH TÄTIGEN FACHARZT gemäß § 5a Abs. 2 Nr. 6, Nr. 8 oder Nr. 9,
  2. Befunderhebung und Therapieempfehlung für überwiesene Versicherte nach § 11b Abs. 3,
  3. Sicherstellung eines kurzfristigen Vorstellungstermins für überwiesene Versicherte nach § 11b Abs. 4, 7 und 9 innerhalb von 5 Werktagen,
  4. Koordinierung des Versicherten mit auffälligem Fußstatus mit Verdacht auf akuten Charcot-Fuß bzw. mit Wagner/Armstrong-Klassifikation ab 1/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 mittels „Fuß-Dokumentationsbogen“ (Anlage 12) und entsprechender 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 erfolgt eine Überweisung zum ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTEN FACHARZT und/oder WUNDCHIRURGISCH TÄTIGEN FACHARZT mit „Fuß-Dokumentationsbogen“ (Anlage 12) und aktuellem Behandlungs- und Verordnungsplan (beinhaltet z. B. Arzneimittel, Wundaufgaben entsprechend wirt-

schaftlicher Verordnungsweise unter Nutzung des AIS mit IT-Vertragsschnittstelle gemäß Anlage 4a).

- (2) Der Facharzt der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ sucht mindestens einen Partner nach § 5a Abs. 2 Nr. 7, um mit ihm eine qualitätsgesicherte, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Hilfsmittelver-sorgung/Schuhversorgung - incl. der Schuhabnahme basierend auf der „Empfehlung zur Schuhversorgung“ der AG „Diabetischer 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 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 der 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 (Anlage 15) erfolgen.

Als besonders geeignet sind insbesondere Krankenhäuser anzusehen, die:

- a) über eine gültige Zertifizierung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (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 Thüringer Krankenhäuser, die diese besonderen Voraussetzungen aufweisen, sind zur Information in der Anlage 15 aufgeführt.

- (4) Zur Wiedervorstellung des Versicherten beim HAUSARZT erhält dieser den aktualisierten „Fuß-Dokumentationsbogen“ (Anlage 12) und einen aktuellen Behandlungs- und Verordnungsplan.
- (5) Kann der Facharzt der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ gemäß § 5a Abs. 1 Nr. 1 bis 6 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 gemäß § 5a Abs. 1 Nr. 7 zur weiteren Koordinierung des Versicherten erfolgen.

### **§ 11d**

#### **Aufgaben des ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTEN FACHARZTES und des WUNDCHIRURGISCH TÄTIGEN FACHARZTES**

- (1) Im Rahmen der Koordinierung des Versicherten erbringt der ANGIOLOGISCH TÄTIGE 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 inkl. Vereinbarung eines zeitnahen Termins,
  3. zur Wiedervorstellung des Versicherten erhält die DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ den aktualisierten „Fuß-Dokumentationsbogen“ (Anlage 12) und einen aktuellen Behandlungs- und Ordnungsplan.
- (2) Im Rahmen der Koordinierung des Versicherten erbringt der WUNDCHIRURGISCHE TÄTIGE FACHARZT folgende Leistungen:
1. Sicherstellung eines kurzfristigen Vorstellungstermins für überwiesene Versicherte nach § 11c Abs. 1 Nr. 6 innerhalb von 7 Werktagen,
  2. zur Wiedervorstellung des Versicherten erhält die DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ den aktualisierten „Fuß-Dokumentationsbogen“ (Anlage 12) und einen aktuellen Behandlungs- und Ordnungsplan.

## **§ 12**

### **Fortbildung und Qualitätssicherung**

- (1) Die ÄRZTE nehmen ihre Pflicht zur regelmäßigen Fortbildung nach § 95d SGB V wahr.
- (2) Die ÄRZTE führen die Behandlung und deren Koordinierung auf dem jeweils aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse und des 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 ÄRZTE durch. Über die Fortbildungsveranstaltung wird ein Protokoll geführt. Es besteht darüber Nachweispflicht.

## **Abschnitt V – Aufgaben der Vertragspartner**

### **§ 13**

#### **Aufgaben der KVT**

Neben den an anderer Stelle dieses Vertrages der KVT zugewiesenen Aufgaben werden von dieser folgende Aufgaben übernommen:

1. Die KVT publiziert das Vorhaben in ihren satzungsgemäßen Veröffentlichungsorganen unter Benennung der Vertragsziele sowie der persönlichen Anforderungen und der Aufgaben für potentielle ÄRZTE und beantwortet Anfragen zur Teilnahme am und im speziellen zum Vertrag.
2. Die KVT setzt sich mit Unterstützung der AOK PLUS dafür ein, dass eine ausreichende Zahl von ÄRZTEN an diesem Vertrag mitwirken, um eine wohnortnahe und flächendeckende Versorgung der Versicherten zu realisieren.
3. Die KVT erstellt und aktualisiert das „ARZT-Verzeichnis“ und übermittelt dieses der AOK PLUS wöchentlich. Die Einzelheiten dazu und die datenverarbeitungstechnische Umsetzung sind in Anlage 5 geregelt.
4. Die KVT veröffentlicht folgende Daten aus dem „ARZT-Verzeichnis“ auf der Homepage der KVT: Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefonnummer und ggf. Faxnummer.
5. Die KVT informiert die an diesem Vertrag teilnehmenden ÄRZTE umfassend und unverzüglich über Änderungen dieses Vertrages und/oder einer Anlage.

6. Die KVT beobachtet die vertragsgemäße Erfüllung der Aufgaben und Anforderungen der ÄRZTE und veranlasst ggf. entsprechende Maßnahmen zur Einstellung von evtl. Defiziten.

## **§ 14 Aufgaben der AOK PLUS**

Neben den an anderer Stelle dieses 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 ÄRZTE.
2. Die AOK PLUS versendet an die teilnehmenden ÄRZTE - nach Übermittlung des „ARZT-Verzeichnisses“ durch die KVT - ein Teilnahmepaket mit den notwendigen Unterlagen zur Teilnahme an diesem Vertrag sowie im Rahmen von Nachlieferungen von ÄRZTEN angeforderte Unterlagen.
3. Die AOK PLUS übermittelt einmal im Quartal bis spätestens zum Ende des – auf das Leistungsquartal – folgenden Monats ein DFS-Versichertenverzeichnis mit Zuordnung der Versicherten zu den jeweils gewählten ÄRZTEN in elektronischer Form an die KVT. Die Einzelheiten dazu und die datenverarbeitungstechnische Umsetzung sind in der Anlage 5 geregelt.
4. Für die Verordnungen bzw. Anträge von Diabetikerschutzschuhen gem. § 11c Abs. 2 sichert die AOK PLUS in der Regel eine Bearbeitung innerhalb von 10 Arbeitstagen zu.
5. Für die Verordnungen bzw. Anträge von orthopädischen Maßschuhen gem. § 11c Abs. 2 sichert die AOK PLUS in der Regel eine Bearbeitung innerhalb von 15 Arbeitstagen zu.
6. Die AOK PLUS informiert die ÄRZTE regelmäßig über ihre aktuellen Versorgungsangebote. Dies betrifft insbesondere Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V, Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V, zu strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten nach § 137f SGB V, Strukturverträgen nach § 73a SGB V sowie Verträgen zur besonderen ambulanten Versorgung nach § 73c SGB V.

## **Abschnitt VI – Vergütung und Abrechnung**

### **§ 15 Vergütung und Abrechnung der ÄRZTE**

- (1) Die Vergütung der an diesem Vertrag teilnehmenden ÄRZTE erfolgt nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen und der Anlage 6. Die Vergütung wird nur an ÄRZTE 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 morbiditätsbedingten 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. der erforderlichen Dokumentationen abgegolten.
- (3) Die an diesem Vertrag teilnehmenden ÄRZTE verpflichten sich für die im Rahmen des Vertrages teilnehmenden Versicherten der AOK PLUS, neben der nach Anlage 6 vereinbarten Vergütung für die erbrachten Leistungen gemäß §§ 11b bis 11d dieses Vertrages, keine zusätzliche Eigenbeteiligung in Rechnung zu stellen.
- (4) Der ARZT hat gemäß Anlage 6 gegenüber der KVT Anspruch auf Auszahlung der Vergütung für die von ihm vertrags- und ordnungsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen.

Sofern die KVT Zahlungen geleistet hat, auf die der ARZT keinen Anspruch nach diesem Vertrag hat, ist die KVT berechtigt, diese Beträge unter Angabe von Gründen zurückzufordern und von späteren Rechnungen bezüglich des Strukturvertrages „Diabetisches Fußsyndrom“ abzuziehen. Dies gilt auch, wenn der betreffende ARZT 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 KVT unverzüglich nach Kenntniserlangung an, 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 ARZT gezahlt werden, verrechnet werden.

- (5) Die Abrechnung der vertraglichen Leistungen durch die ÄRZTE erfolgt gemäß dem in Anlage 7a beschriebenen Verfahren.

## **§ 16 Abrechnung der KVT**

Zur Vereinheitlichung und Vereinfachung der Abrechnung von Selektivverträgen verständigen sich die AOK PLUS und die KVT darauf, dass abweichend von den bestehenden Regelungen zur Abrechnung der KVT gegenüber der AOK PLUS in den der im Rubrum aufgeführten Verträgen bzw. Vereinbarungen und der entsprechenden Anlagen die nachfolgende Verfahrensweise bei der Abrechnung in Anwendung gebracht wird:

Die AOK PLUS übermittelt das Arzt-Versichertenverzeichnis bis Ende des auf das Leistungsquartal folgenden Monats an die KVT. Die KVT prüft die Abrechnung der Vertragsärzte nach Maßgabe der ihr obliegenden Pflichten und übermittelt die einzelnen Abrechnungsdaten im Rahmen der Lieferung der Einzelfallnachweise (EFN). Die Rechnungslegung gegenüber der AOK PLUS erfolgt zusammengefasst für alle Verträge in Form eines Rechnungsbriefes inkl. der abgestimmten Anlagen. Ein Ausweis im Formblatt 3 erfolgt nicht.

In Verbindung mit dem Rechnungsbrief stellt die KVT der AOK PLUS zusätzlich alle Anlagen zu den Rechnungsbeträgen je Quartal in elektronisch verwertbarer Form (xlsx-Format) zur Verfügung.

Für die Rechnungslegung gelten die Fristen gemäß der jeweils aktuell gültigen Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen.

Alle übrigen Regelungen zur Abrechnung der KVT werden unverändert fortgeführt.

Die Umstellung auf die vorgenannte Verfahrensweise erfolgt erstmalig mit der Abrechnung des Leistungsquartals „2. Quartal 2017“ und findet solange Anwendung, bis diese widerrufen wird bzw. in den entsprechenden Verträgen bzw. Vereinbarungen neue Regelungen zur Abrechnung der KVT vereinbart werden.

## **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 KVT zusammen. Bei Bedarf können die Vertragspartner Berater (ohne Stimmrecht) hinzuziehen. Die Vertreter können, von dem 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 5 werden in einem Ergebnisprotokoll als Entscheidungsvorlage zusammengefasst, dass die Grundlage für die Entscheidungen, welche durch die Vertragspartner getroffen werden, bildet. Entscheidungen nach Abs. 4 Nr. 6 bis 8 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 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. 6 bis 8 im schriftlichen Abstimmungsverfahren möglich.
- (4) Zu den Aufgaben der Vertragskommission gehören insbesondere:
  1. die einheitliche Weiterentwicklung des Versorgungsauftrages 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 ARZTES gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 3,
  4. die Prüfung von Ausnahmetatbeständen für DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZEN nach § 5a Abs. 1 Nr. 7 zur Aussetzung des verpflichtenden Einsatzes des in den Anlagen 4a und 4b benannten AIS mit IT-Vertragsschnittstelle nach § 5a Abs. 2 Nr. 5,
  5. Regelungen zum Inhalt der Stichproben 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. die Ergänzung der Anlage 4b um weitere Module,
  8. die inhaltliche Fortschreibung und Weiterentwicklung der Anlage 4b 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. die inhaltliche Fortschreibung und Weiterentwicklung des „Fuß-Dokumentationsbogens“ (Anlage 12).
- (5) Die Aufwendungen für die Mitglieder 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 KVT und die teilnehmenden ÄRZTE 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 4a.

## **§ 20 Kostentragungsabrede**

Im Falle der Anfechtung von Entscheidungen der KVT, 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 anfallenden und von der KVT gemäß § 193 SGG zu erstattenden Kosten und Kosten im Verwaltungsverfahren. Dies gilt nicht, wenn die Erstattungspflicht allein aus dem Verantwortungsbereich der KVT resultiert oder allein von der KVT zu vertreten ist. Die gesetzliche Kostenregelung im Falle einer Antragsstellung der AOK PLUS bei Beiladung geht dieser Kostentragungsabrede vor.

## **§ 21 Datenschutz, Datentransparenz und -austausch**

- (1) Die Vertragspartner und die beteiligten ÄRZTE sind verpflichtet, die für sie einschlägigen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten bzw. der personenbezogenen Daten, insbesondere der EU-DSGVO, der Sozialgesetzbücher, des Landesdatenschutzgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes und des Behandlungsvertrages, in der jeweils geltenden Fassung einzuhalten. Sie haben den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen. Bei der Verarbeitung der personenbezogenen Daten (Patientendaten, Versichertendaten) sind insbesondere die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung, dem Behandlungsvertrag und den strafrechtlichen Bestimmungen zu beachten. Die gesetzlichen oder sonst zulässigen Übermittlungsbefugnisse bleiben unberührt. Die Vertragspartner und die beteiligten ÄRZTE stellen sicher, dass ihre Mitarbeiter zur Vertraulichkeit im Umgang mit personenbezogenen Daten schriftlich verpflichtet wurden. Die Vertraulichkeitsverpflichtung besteht auch nach Vertragsende dauerhaft fort.
- (2) Personenbezogene Daten dürfen nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben verarbeitet werden, wenn der ARZT oder der Versicherte bzw. der/die dazu berechnigte/n Vertreter durch Unterzeichnung der TE/EWE eingewilligt hat/haben. Ausgenommen hiervon sind Angaben den Versicherten betreffend gegenüber den beteiligten behandelnden Ärzten und sonstigen Leistungserbringern, dem MDK, der KVT und der AOK PLUS gemäß den einschlägigen gesetzlichen Vorschriften in der jeweils geltenden Fassung, soweit diese zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben und zur Umsetzung dieses Vertrages erforderlich sind.
- (3) Werden die Versichertendaten im Rahmen der Teilnahme an diesem Vertrag in einer gemeinsamen Dokumentation gespeichert, dürfen alle - den Versicherten im Rahmen des Vertrages - behandelnden ÄRZTE Behandlungsdaten und Befunde aus der gemeinsamen Dokumentation nur dann abrufen, wenn der Versicherte durch Unterzeichnung der TE/EWE für Versicherte seine Einwilligung erteilt hat, und soweit die Informationen für den konkret anstehenden Behandlungsfall des Versicherten genutzt werden sollen und der abrufende ARZT zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 des Strafgesetzbuches (StGB) zur Geheimhaltung verpflichtet ist.
- (4) Die Vertragspartner und die beteiligten ÄRZTE haben jeweils die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit unter Berücksichtigung des Stands der Technik gemäß Art. 32 EU-DSGVO, insbesondere i. V. m. Art. 5 Abs. 1 und 2 EU-DSGVO, herzustellen und einzuhalten. Diese Verpflichtung gilt auch für ÄRZTE gegenüber der KVT und der AOK PLUS.

- (5) Die Vertragspartner sind verpflichtet, sich gegenseitig unverzüglich über die an die Aufsichtsbehörde nach Art. 33 EU-DSGVO gemeldeten Datenschutzverstöße im Zusammenhang mit diesem Vertrag zu informieren. Diese Verpflichtung gilt auch für die ÄRZTE gegenüber der KVT und der AOK PLUS.

## **§ 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 einvernehmlich über die weitere Verfahrensweise ab.
- (2) Für den Fall, dass ein Vertragspartner mit einer Krankenkasse einen Vertrag mit annähernd gleichen Vertragsbedingungen schließen will, hat er 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 KVT sind gemeinsam berechtigt, diesen Vertrag und/oder Anlagen mit Wirkung für alle ÄRZTE und/oder Versicherten mit angemessener Vorlaufzeit nach Maßgabe der folgenden Absätze 2 und 3 zu ändern, sofern und soweit es die Umsetzung der Koordinierung von Versicherten mit Diabetischem Fußsyndrom 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. Die elektronischen Formen nach § 126a BGB bzw. § 127 Abs. 3 BGB (z. B. E-Mail) 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.

## **§ 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. Einzelheiten zum Verfahren werden gesondert geregelt.
- (2) Die Weiterverwendung bzw. Veröffentlichung der Ergebnisse der Evaluation bedürfen der vorherigen Zustimmung der Vertragspartner.

## **§ 27 Inkrafttreten und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2012 in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 31.12.2013 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 ÄRZTEN 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. Die elektronischen Formen nach § 126a BGB bzw. § 127 Abs. 3 BGB (z. B. E-Mail) 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 ihm 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.

Weimar, Dresden 22.12.2011

---

Ort, Datum

---

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Dipl.-Med. Regina Feldmann

---

gez. AOK PLUS  
Rainer Striebel