

**Vertrag über die  
besondere Versorgung  
„Diabetisches Fußsyndrom“  
gemäß § 140 a SGB V**

zwischen

der **AOK NORDWEST -  
Die Gesundheitskasse**  
Kopenhagener Straße 1  
44269 Dortmund

vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden, Tom Ackermann,  
(nachfolgend Krankenkasse / AOK genannt)

und

der **Arbeitsgemeinschaft der Diabetes Schwerpunktpraxen Schleswig-Holsteins e.V.**  
(nachfolgend AG DSP genannt)

und

der **Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein**

Bismarckallee 1-6  
23795 Bad Segeberg

vertreten durch die Vorstandsvorsitzende, Dr. med. Monika Schliffke,  
(nachfolgend KVSH genannt)

## Inhaltsverzeichnis

Übersicht Anlagen .....	3
§ 1 Qualitätsziele der Vereinbarung.....	4
§ 2 Geltungsbereich .....	5
§ 3 Bildung und Aufgaben der regionalen Fußnetze (RFN) .....	5
§ 4 Teilnahme der Versicherten.....	5
§ 5 Teilnahme der Ärzte .....	7
§ 6 Aufgaben und Pflichten der teilnehmenden Ärzte .....	8
§ 7 Fußambulanzen .....	9
§ 8 Casemanagement .....	9
§ 9 Dokumentation .....	10
§ 10 Hygiene und MRE .....	10
§ 11 Vergütung und Abrechnung der Leistungen.....	10
§ 12 Aufgaben der KVSH .....	10
§ 13 Aufgaben der Krankenkasse .....	11
§ 14 Aufgaben der AG DSP SH.....	11
§ 15 Evaluation und Qualitätssicherung .....	12
§ 16 Wirtschaftlichkeit .....	12
§ 17 Vertragsausschuss .....	12
§ 18 Öffentlichkeitsarbeit .....	13
§ 19 Datenschutz .....	13
§ 20 Beitritt weiterer Krankenkassen .....	14
§ 21 Inkrafttreten und Kündigung .....	14
§ 22 Schlussbestimmungen .....	14

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher, weiblicher und diverser Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle.

### Glossar

DFS: Diabetisches Fußsyndrom

DSP: Diabetes Schwerpunktpraxis

DF: Diabetes Fußambulanz

RFN: Regionales Fußnetz

orthopädietechnische Versorgung: Leistungen von Orthopädietechnikern oder Orthopädie-schuhmachern

## Übersicht Anlagen

- Anlage 1 Schematische Übersichten
- Pathogenese Diabetisches Fußsyndrom
  - Wagner/Armstrong Klassifikation
  - DNOAP (nach Levin); Verdachtsmomente, Verlaufsstadien, Befallmuster
  - Klassifikation von Wundinfektionen
  - Gefäßdiagnostik
  - Stadiengerechte Verordnung therapeutischen Schuhwerks
- Anlage 2 Behandlungspfad
- Zusammenarbeit der Versorgungsebenen incl. Leistungsabgrenzung
  - Algorithmus
- Anlage 3 Dokumentation Webplattform
- Dokumentationsitems
  - Anleitung zum Umgang mit der Webplattform
- Anlage 4 Muster Stammdatenblatt RFN
- Anlage 5 Teilnahmeerklärung Ärzte
- Anlage 6 Teilnahme- und Einwilligungserklärung und Datenschutzinformation Versicherte
- Anlage 7 Versicherteninformation
- Anlage 8 Musterkooperationsverträge
- Ärztliche Kooperationspartner
  - Orthopädienschuhmacher
  - Ambulante Pflege/Podologie
- Anlage 9 Vergütung
- Anlage 10 Evaluation
- Anlage 11 Orthopädienschuhtechnische Verordnung
- Anlage 12 Vergütungsvereinbarung EDV-Dokumentation und Evaluation

## Präambel

Die Partner dieser Vereinbarung sind davon überzeugt, dass die Qualität der Versorgung von Versicherten mit Diabetischem Fußsyndrom durch verbindlich festgelegte Behandlungspfade und die Förderung einer intensiveren Kooperation zwischen Hausärzten und zertifizierten ambulanten Fußbehandlungseinrichtungen, aufsetzend auf bestehende Strukturen der Disease-Management-Programme, weiter gesteigert werden kann. Durch eine zielgerichtete und qualifizierte Behandlung dieser Versicherten lassen sich ungünstige Krankheitsverläufe bis zu Amputationen vermeiden oder zumindest deutlich zeitlich verzögern. Die Steigerung der Lebensqualität der Betroffenen geht einher mit der Vermeidung von Folgekosten, die bei unzureichender Koordination und Fehlen verpflichtender qualitätsgesicherter Behandlungspfade entstehen.

Die Prävalenz des Diabetischen Fußsyndroms liegt gemäß Deutschem Gesundheitsbericht Diabetes 2019 unverändert bei 2-10 Prozent aller Diabetiker, die jährliche Inzidenz bei 2-6%. Ca. 8.500 hohe Amputationen erfolgen jährlich allein bei Diabetikern.

Die Kosten einer Primärheilung eines Fußulcus liegen nach Untersuchungen aus Schweden, den Niederlanden und den USA bei einem Sechstel einer Majoramputation. Wobei 75 % der Kosten erst nach der Amputation anfallen. Veröffentlichte Daten aus spezialisierten Zentren benennen, dass etwa die Hälfte aller Amputationen der unteren Extremität bei Diabetikern auf Grund der heutigen Therapieoptionen vermeidbar wäre. Auch benötigt eine Heilung bei moderner stadiengerechter Wundbehandlung im Schnitt weniger als die Hälfte der Zeit gegenüber konventionellem Vorgehen.

## § 1 Qualitätsziele der Vereinbarung

Ziel des Vertrages ist die qualitative Verbesserung der Behandlung, die Verkürzung der Behandlungsdauer des Diabetischen Fußsyndroms (DFS) sowie die Vermeidung von Minor- und Majoramputationen auf der Basis kalkulierbarer Kosten unter Nutzung bereits bestehender bzw. noch aufzubauender Strukturen. Die teilnehmenden Versicherten sollen zudem aktiv in das Wundmanagement einbezogen werden. Die Leistungserbringer beabsichtigen im Einzelnen:

1. Flächendeckende Sicherung der leitliniengerechten Diagnostik und Therapie des diabetischen Fußsyndroms durch koordinierte Behandlung in Regionalen Fußnetzen
2. Frühzeitiges Erkennen von Risikopatienten unter Einbeziehung der hausärztlichen Versorgungsebene
3. Absprache von Überweisungsabläufen und rechtzeitige Überweisung von Versicherten mit DFS bzw. Verdacht auf diabetisches Fußsyndrom in die Diabetologische Schwerpunktpraxis (DSP) resp. in die Fußambulanz (DF)
4. Verhinderung der Wundprogression sowie Verkürzung der Wundheilungszeit und Behandlungsdauer durch zielgerichtete Diagnostik sowie stadiengerechte Wundbehandlung
5. Schulung der Patienten als Individualberatung bis zu 4 mal
6. Adäquate zeitnahe orthopädiotechnische Schuhversorgung in direkter Koordination mit DSP resp. Fußambulanz
7. Einbindung eines in der Wundversorgung qualifizierten Pflegedienstes sowie ggf. Einbindung einer Podologie
8. Vermeidung von Krankenhauseinweisungen und Verkürzung von stationärer Behandlung
9. Gewährleistung eines minimal invasiven oder resezierenden Vorgehens bei notwendiger stationärer Behandlung durch interdisziplinäre vorwiegend angiologisch-chirurgisch-diabetologische Zusammenarbeit

10. Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen; Sicherstellung der Teilhabe am öffentlichen Leben, Erhaltung der Mobilität und Sicherung der Compliance durch regelmäßige Kontrolle der Schuh- und Einlagenverordnung, spezielle „Fußschulung“ für Patienten, Überwachung der Stoffwechseleinstellung, Angebot weiterführender podologischer Behandlung und Unterstützung und Anleitung der Versicherten im Verständnis des eigenen Verhaltens
11. Optimierung der Verband- und Hilfsmittelversorgung
12. Messbare Verringerung der jährlichen Inzidenz des Diabetischen Fußsyndroms durch verbesserte Vorsorge sowie Abnahme der Raten der Majoramputationen im Vertragsverlauf.

## **§ 2 Geltungsbereich**

1. Dieser Vertrag gilt für teilnehmende Versicherte der am Vertrag beteiligten Krankenkassen im Bezirk der KVSH, die von einem diabetischen Fußsyndrom (Wagnerstadium 1 bis 3D, *Charcot-Fuß*,) betroffen sind oder bei denen der Verdacht auf ein diabetisches Fußsyndrom besteht.
2. Dieser Vertrag gilt außerdem für zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene und angestellte Ärzte sowie Ärzte in MVZ und kommunalen Eigeneinrichtungen, deren Praxissitz (Hauptsitz) im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein liegt.
3. Die Bestimmungen der Verträge zur Durchführung der DMP-Programme Diabetes mellitus Typ 1 und 2 werden durch diesen Vertrag nicht berührt. Entstehen Widersprüche, haben die Verträge zu den in Satz 1 genannten DMPs Vorrang.

## **§ 3 Bildung und Aufgaben der regionalen Fußnetze (RFN)**

1. Zum Zweck der Organisation der Kooperation der Leistungserbringer in Rahmen dieses Vertrages bilden Vertragsärzte, ärztliche Kooperationspartner sowie medizinische Leistungserbringer in einer Versorgungsregion ein RFN.
2. Ein RFN zentriert sich um eine DF als zentral verantwortliche Struktur. Diese nennt der KVSH ihre kooperierenden DSP, Haus- und Facharztpraxen sowie die kooperierenden medizinischen Leistungserbringer. Der Fußambulanz ist ein Casemanagement (z.B. MFA, NäPa, Diabetesberater, Wundmanager) zugeordnet.
3. Kooperationsverträge nach Anlage 8 sind zwischen der DF und ärztlichen Kooperationspartnern sowie medizinischen Leistungserbringern wie Orthopädieschuhmachern qualifizierten Pflegediensten und Podologen abzuschließen. Die KVSH stellt entsprechende Musterverträge zur Verfügung.
4. Die DF hat ein Stammdatenblatt mit Namen und Fachrichtung aller Kooperationspartner zu führen und der KVSH und der Krankenkasse in elektronischer Form und auf gesichertem Datenweg zu übermitteln. Ein komplettes Stammdatenblatt ist Voraussetzung zum Erhalt einer Anerkennung als RFN durch die KVSH. Änderungen der Stammlattaufstellung sind unverzüglich der KVSH sowie der Krankenkasse mitzuteilen.
5. Den Leitungen der RFN obliegt ein regelmäßiges Monitoring der Behandlungsabläufe auf Basis der Daten der Webanwendung der KVSH.

## **§ 4 Teilnahme der Versicherten**

1. Die Teilnahme von Versicherten an diesem Vertrag zur besonderen Versorgung ist freiwillig. Sie schränkt das Recht auf freie Arztwahl nicht ein.

2. An diesem Vertrag zur besonderen Versorgung können alle Versicherten der am Vertrag beteiligten Krankenkassen teilnehmen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:
  - a. bei dem Versicherten wurde bei einer Routine-Fußuntersuchung im Rahmen des DMP Diabetes oder anlassbezogen ein berechtigter Verdacht auf ein DFS festgestellt  
und
  - b. der Versicherte nimmt am DMP Diabetes mellitus Typ 1 oder 2 seiner Krankenkasse teil.
3. Mit der Unterzeichnung der Teilnahme-/Einwilligungserklärung (TE/EWE) nach Anlage 6 willigt der Versicherte in die Teilnahme an der besonderen Versorgung ein. Der Versicherte bestätigt mit der Unterzeichnung, dass er zu den Zielen des Vertrages und dem besonderen Nutzen verständlich und umfassend aufgeklärt wurde. Der Versicherte kann die Teilnahme-/Einwilligungserklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahme-/Einwilligungserklärung.
4. Der Versicherte verpflichtet sich im Behandlungszeitraum zu einer regelmäßigen Wahrnehmung aller erforderlichen Behandlungs- und Kontrolltermine, zur konsequenten Fußentlastung und Nutzung der ggf. erforderlichen Schuh- oder Einlagenverordnung, zu einer umgehenden Benachrichtigung des Arztes im Falle einer Beschwerdezunahme sowie zur Teilnahme an den angebotenen Versichertenschulungen. Pflichtverstöße seitens des Versicherten sind seitens der Leistungserbringer der Krankenkasse mitzuteilen und können einen Ausschluss von der besonderen Versorgung nach sich ziehen. Über einen Ausschluss entscheidet die Krankenkasse nach Anhörung der Behandler des Versicherten.
5. Mit der Unterzeichnung der TE/EWE nach Anlage 6 willigt der Versicherte in die optionale Durchführung des Arzt-Patienten-Kontaktes in Form einer Video-Sprechstunde gemäß § 291g SGB V ein.
6. Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit dem Datum der Unterschrift des Versicherten und dauert bis zum Abschluss der besonderen Behandlung nach diesem Vertrag, mindestens ein Jahr. Die Teilnahme verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, sofern der Versicherte nicht ein außerordentliches Kündigungsrecht nach Abs. 7 wahrnimmt.
7. Die Teilnahme des Versicherten endet (sofern nicht ein Widerruf der Teilnahme gemäß Abs. 3 innerhalb der ersten zwei Wochen nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung erfolgt)
  - a. mit dem Ende der Versicherung bei der jeweiligen Krankenkasse,
  - b. durch außerordentliche Kündigung des Versicherten schriftlich gegenüber seiner Krankenkasse mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende. Gründe für eine außerordentliche Kündigung können sein
    - i. Wohnortwechsel
    - ii. Gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis
    - iii. Praxisschließung und keine erreichbare Weiterbehandlungsmöglichkeit in der Region
  - c. wenn in der Dokumentationsplattform der Fall durch die behandelnde DSP resp. DF abgeschlossen und die Krankenkasse dazu benachrichtigt ist.

Die Krankenkasse wird über das Casemanagement des RFN den behandelnden Arzt sowie die KVSH über die Beendigung der Teilnahme informieren. Eine erneute Teilnah-

me ist bei Vorliegen der Voraussetzungen möglich. Das Recht des Versicherten auf Widerruf seiner Teilnahme ist hiervon unberührt.

8. Der Versicherte hat das Recht auf Arztwechsel innerhalb der am Vertrag beteiligten Vertragsärzte. Der Vorbehandler ist in diesem Fall verpflichtet, die Patientenunterlagen dem weiterbehandelnden Arzt auszuhändigen.
9. Die Teilnahme eines Versicherten kann in der Dokumentationsplattform des Vertrages durch die für den Versicherten zuständige DSP resp. DF ruhend gestellt werden, sofern Rezidive innerhalb eines Jahres wahrscheinlich sind. Die ruhende Teilnahme schließt Ansprüche aus Leistungen dieses Vertrages aus. (Ausnahme: mögliche Änderungserfordernisse in der orthopädiotechnischen Versorgung). Der Rezidivfall wird durch eine neue Erstdokumentation dokumentiert.
10. Die Krankenkasse erhält von der KVSH quartalsweise eine Liste der teilnehmenden Versicherten in elektronischer Form (Excel). Die Übermittlung erfolgt auf gesicherten Datenwegen. Die Original-Teilnahmeerklärung der Versicherten verbleibt in der einschreibenden Praxis und ist der Krankenkasse auf Verlangen zu Prüfzwecken auszuhändigen.

### **§ 5 Teilnahme der Ärzte**

Zur Teilnahme an diesem Vertrag berechtigt sind im Bereich der KVSH zugelassene Ärzte und MVZ, die folgende Teilnahmevoraussetzungen persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen:

1. Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs, sofern sie im Besitz einer Genehmigung der KVSH zur Teilnahme am DMP Diabetes Typ 1 oder Typ 2 sind.
2. Ärzte mit Genehmigung der KVSH zur Führung einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis gemäß DMP Diabetes mellitus Typ 2.

Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig und schriftlich mittels Teilnahmeerklärung (Anlage 5) bei der KVSH zu beantragen. Die Teilnahme der Ärzte beginnt – vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme – mit dem Tag des Eingangs des Antrags bei der KVSH.

Die Teilnahme an diesem Vertrag endet:

1. Wenn der Arzt seine Teilnahme an diesem Vertrag schriftlich gegenüber der KVSH kündigt. Die Kündigungsfrist beträgt 6 Wochen zum Ende eines Quartals.
2. Mit dem Ruhen und der Beendigung der Zulassung bzw. Anstellung
3. Mit Beendigung dieses Vertrages.
4. Wenn der Arzt die Aufgaben aus diesem Vertrag wiederholt nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllt. Über den Ausschluss entscheidet der Vertragsausschuss einvernehmlich. Der von diesem Vertrag ausgeschlossene Arzt erhält einen schriftlichen Bescheid über den Ausschluss.

Der ausscheidende Vertragsarzt ist verpflichtet, dem Versicherten andere an der besonderen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer zu benennen und ihm die relevanten Befundunterlagen auszuhändigen.

Kooperierende Fachärzte sind Fachärzte der Fachrichtungen Chirurgie, Radiologie, Neurologie, Angiologie, Gefäßchirurgie, Orthopädie und Dermatologie. Sie können im Rahmen eines Kooperationsvertrages (Anlage 8) am Vertrag teilnehmen.

## § 6 Aufgaben und Pflichten der teilnehmenden Ärzte

Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich zur Information und Einschreibung der Versicherten, zur regelmäßigen Dokumentation sowie zur koordinierten Diagnostik und Behandlung entsprechend den in der Prozessqualität festgelegten Auslösealgorithmen (Anlage 2). Sie verpflichten sich gleichfalls zur Teilnahme an Qualitätszirkeln resp. interdisziplinären Fallkonferenzen sowie zur Beachtung einer wirtschaftlichen Wundversorgungstherapie.

Bei Überweisung an andere Leistungserbringer sind alle therapierelevanten Daten weiterzuleiten.

Die besondere ambulante ärztliche Versorgung durch die teilnehmenden Ärzte umfasst bei Neupatienten folgende Erstaufgaben:

1. Identifizierung eines Versicherten mit Diabetischem Fußsyndrom oder Verdacht auf Diabetisches Fußsyndrom
2. Information des Versicherten und Einschreibung in den Vertrag
3. Feststellung der Schwere der Läsion gemäß Wagner/Armstrong Klassifikation

Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs verpflichten sich zusätzlich bei Vorliegen einer Wunde ab Stadium 1b und höher zur zeitgerechten Überweisung an eine DSP resp. DF.

Ärzte in diabetologischen Schwerpunktpraxen

1. sichern die Diagnose, ggf. unter Hinzuziehung kooperierender Fachärzte und behandeln stadiengerecht gemäß DDG-Leitlinie,
2. legen einen neuen Fall auf der KVSH-Webanwendung incl. Versichertendaten und Eingabe des Erstbefundes an,
3. dokumentieren den Fall durchgehend auf der KVSH-Webanwendung, incl. Bilddokumentation,
4. beurteilen eine ggf. erforderliche Stoffwechseleoptimierung,
5. bestimmen, koordinieren und überwachen die Einschaltung medizinischer Leistungserbringer wie Orthopädieschuhmacher, Pflege, Podologie unter Beteiligung eines Case-managements,
6. unterrichten regelmäßig die hausärztlichen Versorgungsebene des Versicherten incl. eines Kontroll- und Behandlungsplanes bei hausärztlicher Fortführung der Behandlung und
7. nehmen mit jedem Fall ab Stadium 2c an Fallkonferenzen teil.

Vor der Indikationsstellung zu einer Amputationsmaßnahme ist eine interdisziplinäre Fallkonferenz einzuberufen.

Bei Verstößen gegen die Erfüllung der Teilnahmepflichten durch einzelne Ärzte erfolgt eine Kontaktaufnahme durch die KVSH und ggf. im fortgesetzten Fall der Ausschluss von der Teilnahme an der besonderen Versorgung durch Widerruf der Genehmigung durch die KVSH.

Jeder Leistungserbringer ist verpflichtet, die vereinbarte Dokumentation, die allen an der besonderen Versorgung Beteiligten unter Berücksichtigung des Datenschutzes im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss, zu erstellen.



## **§ 7 Fußambulanzen**

Pro Region wird eine Diabetologische Schwerpunktpraxis als Fußambulanz definiert. Diese übernimmt zusätzlich spezielle organisatorische Aufgaben:

1. Leitung des Regionalen Fußnetzes
2. Vertragliche Einbindung der kooperierenden Facharztpraxen, ggf. einzelner klinisch tätiger Fachärzte sowie der orthopädiotechnischen Versorgung und der Pflegediens-te/Podologie
3. Inhaltliche Vorbereitung und Durchführung von Fallkonferenzen
4. Beteiligung an landesweiten Treffen der Fußambulanzen zur medizinisch-inhaltlichen Weiterentwicklung des Vertrages
5. Gestellung eines Casemanagers
6. Förderung der Schulung und Qualifikation von Pflegefachkräften und Podologen
7. Inhaltliche und statistische Begleitung des Vertrages entsprechend der Evaluationsvor-gaben

## **§ 8 Casemanagement**

Zur Sicherstellung der an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierten Zusammenar-beit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten wird in jedem RFN mindestens eine Person als Casemanagement benannt. Dieses wird entsprechend der regionalen Fußambulanz zuge-ordnet. Die Fußambulanz ist weisungsbefugt gegenüber dem Casemanagement.

Das Casemanagement übernimmt folgende Aufgaben:

1. Erstellung und Aktualisierung der Liste aller Partner des RFN incl. der Datenübermittlung an KVSH und Krankenkasse
2. Vorbereitung und Pflege der Kooperationsverträge des jeweiligen RFN
3. Unterstützung der dem RFN zugehörigen Praxen und medizinischen Leistungserbringer in Fragen zum Behandlungspfad
4. Ansprechpartner zur Koordination der Versicherten zwischen den Versorgungsebenen, ggf. incl. zeitnaher Terminvermittlung
5. Organisation interdisziplinärer Fallkonferenzen und Qualitätszirkel
6. Erstellung und Aktualisierung von Materiallisten zur Wundversorgung
7. Koordination der Zusammenarbeit mit orthopädiotechnischen Versorgung, Pflege und Podologie, ggf. Koordination psychosozialer Maßnahmen
8. Implementierung und Schulung in das Programm „Elektronische Visite“ zur Nutzung bei Hausbesuchen durch NÄPa, MFA, Wundmanager
9. Organisation und Durchführung von Versichertenbefragungen auf Anweisung des Ver-tragsausschusses

Das Casemanagement erhält Zugangsdaten zur Dokumentationsplattform zur Befundeinsicht zur Übersicht zu aktiven und ruhenden Behandlungen. Es ist gleichzeitig die regionale Kon-taktstelle zu den Vertragspartnern. Im Falle von Patientenkontaktaufnahme mit dem Casema-nagement ist eine Patientenidentifikation abzufragen.

## **§ 9 Dokumentation**

Die am Vertrag teilnehmenden Ärzte der Diabetologischen Schwerpunktpraxen und Fußambulanzen dokumentieren die in Anlage 3 aufgeführten Items mittels einer Webanwendung der KVSH in elektronischer Form. Dazu erhalten sie Zugangsdaten seitens der KVSH sobald eine Teilnahmegenehmigung ausgesprochen ist.

Der Krankheitsverlauf ist anhand der in Anlage 3 festgelegten Dokumentations-Items mindestens bei Einschluss eines Versicherten sowie einmal pro Quartal zu dokumentieren.

Die digitale Dokumentation in der KVSH-Webanwendung ersetzt nicht die berufsrechtlichen Dokumentationspflichten des einzelnen Arztes und dient allein der Umsetzung dieses Vertrages. Die Dokumentation erfolgt insbesondere zur Gewährleistung einer jeweils aktuellen Befundübersicht sowie zum Zweck der Evaluation des Vertrages.

## **§ 10 Hygiene und MRE**

Für Wundbehandlungen bei Versicherten, zu denen eine MRE-Besiedlung nachgewiesen ist, gelten die speziellen RKI- (Behandlungs-)Strategien, die eine weitere Übertragung vermeiden. Diese sind in einem allgemeinen, für jede teilnehmende Praxis gültigen Hygieneplan zu regeln. Alle an der Behandlung und pflegerischen Versorgung des Versicherten Beteiligten (z.B. Angehörige, Hausarzt, Pflegedienst, Transportdienste, Krankenhaus, Casemanagement) sind über den MRE-Status zu informieren.

Zur effizienten Behandlung von Versicherten mit MRE-Besiedelung ist eine Kooperation außerhalb dieses Vertrages mit Fachärzten für Laboratoriumsmedizin bzw. Mikrobiologie anzustreben (s.a. die Empfehlungen des RKI zum Umgang mit MRE).

## **§ 11 Vergütung und Abrechnung der Leistungen**

1. Die Vergütung für ärztliche Leistungen im Rahmen der besonderen Versorgung nach diesem Vertrag setzt sich zusammen aus Dokumentations-, Behandlungs-, Sachkosten und Schulungspauschalen (Anlage 9). Sie wird extrabudgetär bezahlt.
2. Die Leistungen des Casemanagements werden unabhängig von der ärztlichen Leistungsabrechnung vergütet.
3. Die Abrechnung der Leistungen gemäß Anlage 9 erfolgt im Rahmen der Quartalsabrechnung über die KVSH.
4. Die KVSH rechnet die Leistungen gegenüber der Krankenkasse im Formblatt 3 (unter dem Konto 570 bis zur Ebene 6) ab.
5. Die KVSH ist berechtigt, die üblichen satzungsgemäßen Verwaltungskosten zu erheben.
6. Nichtärztliche Leistungserbringer rechnen direkt mit der Krankenkasse ab.

## **§ 12 Aufgaben der KVSH**

1. Die KVSH informiert alle teilnahmeberechtigten Ärzte über die Inhalte und Teilnahmevoraussetzungen dieses Vertrages.
2. Die KVSH nimmt die Teilnahmeerklärungen der Ärzte entgegen, prüft diese und erteilt bei Vorliegen der Voraussetzungen die Genehmigung zur Teilnahme am Vertrag.

3. Die KVSH pflegt ein Leistungserbringerverzeichnis an Hand des Stammdatensatzes jedes regionalen Fußnetzes (Anlage 4) über die an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte. Sie übermittelt dieses Verzeichnis quartalsweise bis zum 10. des ersten Monats des Folgequartals in elektronischer Form auf gesicherten Datenwegen an die Krankenkasse. Sie veröffentlicht das Verzeichnis jedes regionalen Fußnetzes (Anlage 4) auf ihrer Website.
4. Die KVSH stellt den teilnehmenden Ärzten die Teilnahme-/Einwilligungserklärungen für Versicherte zur Verfügung sowie die Patienteninformation und die Datenschutzerklärung.
5. Die KVSH stellt den teilnehmenden Ärzten (DSP, DF) zum Zweck der Datenerfassung eine Web-Anwendung (KVSH-Webanwendung) zur Dokumentation der Daten gemäß Anlage 3 zur Verfügung. Die KVSH-Webanwendung ermöglicht zudem die Evaluation der Daten gemäß Anlage 10.
6. Die KVSH ermöglicht aus der Webanwendung pro RFN eine zufallsgesteuerte Auswahl von Versicherten zum Zwecke von Versichertenbefragungen.
7. Die KVSH führt die artzseitige Abrechnung der in Anlage 9 vereinbarten Leistungen im Rahmen der Quartalsabrechnung durch.
8. Die KVSH führt die kassenseitige Abrechnung mit der teilnehmenden Krankenkasse durch.

### **§ 13 Aufgaben der Krankenkasse**

1. Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten über die Inhalte und Ziele dieses Vertrages sowie über die mögliche Teilnahme und gibt Auskunft, welche Ärzte an diesem Vertrag teilnehmen. Dazu kann auch auf die Website der KVSH verwiesen werden, um die Versicherten einem regionalen Fußnetz ihrer Region zuzuleiten.
2. Die Krankenkasse erstellt die Teilnahme-/Einwilligungserklärung für Versicherte in elektronischer Form (Anlage 6) und stellt sie der KVSH zur Weitergabe an die Ärzte zur Verfügung.
3. Die Krankenkasse trägt die im Rahmen dieses Vertrags vereinbarten Kosten für die Leistungen gemäß Anlage 9 einschließlich der Material- und Strukturkosten.
4. Die Krankenkasse stellt Daten gemäß Anlage 10 zur Umsetzung der Vertragsziele zur Verfügung.
5. Die Krankenkasse stellt einmal jährlich zum Vertragsausschusstermin die Verbandstoffverordnungen der teilnehmenden Ärzte dar, um die Ärzte bei der Optimierung der Wirtschaftlichkeit der Verbandsstoffauswahl zu unterstützen.
6. Die Krankenkasse erkennt die Verordnungen von DSP und DF als vertragsgerecht an. Dies gilt insbesondere für die Versorgung mit Schaumstoffweichbettungen, Diabetes adaptierten Einlagen, Verbandsschuhen, Entlastungsschuhen, Prophylaxeschuhen, Orthesen und orthopädischen Maßschuhen. In Zweifelsfällen ist die Krankenkasse zur Einschaltung des MDK berechtigt.

Die Krankenkasse ist berechtigt, Versicherten geeignete Screeningmaßnahmen anzubieten, die zu einer besseren Risikoerkennung des diabetischen Fußsyndroms beitragen.

### **§ 14 Aufgaben der AG DSP SH**

1. Die AG DSP SH fungiert als Repräsentanzvertretung der Diabetologischen Schwerpunktpraxen und Fußambulanzen.
2. Die AG DSP SH nimmt an den Vertragsausschusssitzungen teil und übermittelt vertragsrelevante Ergebnisse der Zusammenkünfte der Leitungen der RFN.

## § 15 Evaluation und Qualitätssicherung

1. Die im Rahmen dieses Vertrages erhobenen Daten werden gemäß Anlage 10 evaluiert.
  - a. Benchmarking Ergebnisqualität sowie Verordnung Verbands- und Hilfsmittel,
  - b. Versichertenbefragung: Pro Jahr sind 3 teilnehmende Versicherte pro RFN über die Behandlungszufriedenheit zu befragen. Die Befragungen sind 6 Monate nach Behandlungsbeginn sowie nach Abschluss der Behandlung durchzuführen.
2. Die Behandlung der Versicherten mit diabetischem Fußsyndrom orientiert sich an den aktuellen medizinischen Leitlinien sowie einem darauf aufbauenden Behandlungspfad (Anlage 2). Als Grundlage dienen die jeweils aktuelle Fassung der nationalen Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes: Präventions- und Behandlungsstrategien für Fußkomplikationen sowie die Abschnitte 1.7.3.2 und 1.8. der DMP-Anforderungen- Richtlinie Anlage 1 des G-BA (Inkrafttreten 1.1.2019).

## § 16 Wirtschaftlichkeit

1. Die an diesem Vertrag Beteiligten verpflichten sich zu einer qualitätsgesicherten, notwendigen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten.
2. Kostenersparnis erfolgt durch einheitliche Strategien in Diagnostik und Wundversorgung inkl. des wirtschaftlichen Einkaufs von Wundverbandsmaterialien.
3. Sollten durch die Umsetzung dieses Vertrages zusätzliche ärztliche Leistungen und Verordnungen durch die teilnehmenden Ärzte erforderlich werden und dies zu einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106, § 106a oder § 106d SGB V führen, empfehlen die Vertragspartner, die nach diesem Versorgungsauftrag erbrachten Leistungen und die veranlassten Leistungen als Praxisbesonderheit anzuerkennen. Der erhöhte ärztliche Aufwand ist durch die Einhaltung der besonderen Qualitätsvorgaben incl. digitaler Dokumentation des Vertrages dokumentiert.

## § 17 Vertragsausschuss

Die Vertragspartner bilden einen Vertragsausschuss zum Zwecke des Controlling der Einhaltung der Vertrags- und Qualitätssicherungsvorgaben.

Der Vertragsausschuss wird gebildet aus Vertretern der Vertragspartner in gleicher Zahl. Die Vertragspartner sind berechtigt, kompetente Dritte hinzuzuziehen.

Der Vertragsausschuss hat möglichst halbjährlich zusammenzutreten. Vertragsausschusstreffen auf Verlangen eines Vertragspartners sind möglich. Entscheidungen sind einvernehmlich zu treffen.

Dem Vertragsausschuss obliegen neben den in §§ 5 und 8 geregelten Aufgaben die folgenden weiteren Aufgaben:

- Empfehlung von Weiterentwicklungen des Vertragsinhaltes, insbesondere der Ziele der Vereinbarung, des Leistungsumfangs und der Vergütung sowie der Dokumentation,
- Weiterentwicklung der ökonomischen und medizinischen Aspekte des Versorgungsnetzes,
- Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Effektivität,
- Beurteilung der Effektivität des Casemanagements,

- Jährliche Erstellung eines Qualitätsberichtes, erstmalig nach Ablauf des ersten Vertragsjahres und Vorliegen auswertbarer Daten,
- Veranlassung, Festlegung der Items und Auswertung von Versichertenbefragungen,
- ggf. Nachricht an die KVSH zum Ausschluss teilnehmender Ärzte,
- Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit.

Die Ergebnisse der Sitzungen des Vertragsausschusses werden in einem Ergebnisprotokoll festgehalten.

Die Mitglieder des Vertragsausschusses sind an die Vorgaben des § 19 gebunden. Die Information der Vertragspartner erfolgt ausschließlich auf der Basis anonymisierter Daten. Gleiches gilt für Veröffentlichungen gewonnener Ergebnisse, die grundsätzlich einvernehmlich zu beschließen sind.

### **§ 18 Öffentlichkeitsarbeit**

Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit sind zwischen den Vertragspartnern abzustimmen.

Die Vertragspartner berücksichtigen in ihrer jeweiligen Öffentlichkeitsarbeit die Belange des jeweils anderen Vertragspartners.

Gezielte Öffentlichkeitsarbeit etwa durch Herausgabe von Versicherteninformationen, Broschüren, Werbeplakaten o.ä. ist nur im Einvernehmen zwischen den Vertragspartnern zulässig. Die Verwendung von Marken oder einem Logo der anderen Vertragspartner bedarf deren Zustimmung. Die Kosten einvernehmlich abgestimmter gezielter Öffentlichkeitsarbeit tragen die am Vertrag teilnehmenden Krankenkassen.

### **§ 19 Datenschutz**

1. Die Vertragsparteien sowie die an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte sind verpflichtet, die Bestimmungen nach der EU-DSGVO, dem Bundesdatenschutzgesetz und über den Schutz der Sozialdaten nach dem Sozialgesetzbuch einzuhalten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, verarbeiten und zu nutzen. Die Vertragsparteien unterliegen hinsichtlich der Daten der Versicherten (Patienten) sowie deren Krankheiten der Schweigepflicht. Die Verpflichtung zur Einhaltung des Daten- bzw. Sozialgeheimnisses und der Schweigepflicht bleibt für alle Parteien auch über das Ende des Vertragsverhältnisses bestehen.
2. Die Vertragsparteien sind für die Einhaltung der sie betreffenden datenschutzrechtlichen Regelungen allein verantwortlich und verpflichten sich, die Einhaltung dieser Anforderungen durch technische und organisatorische Maßnahmen sicherzustellen. Insbesondere verpflichten sich die Vertragspartner dazu, ihre Mitarbeiter oder beauftragte Dritte entsprechend dieses Paragraphen zu verpflichten.
3. Die Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung personenbezogener Daten bedarf der vorherigen Einwilligung des Versicherten (Patienten). Im Rahmen der Information des Versicherten (Patienten) über die besondere Versorgung durch die Vertragspartner wird dieser umfassend über die Reichweite der ihn betreffenden Datenerhebung und -verarbeitung unter Hinweis auf die Verwendung seiner medizinischen Daten aufgeklärt. Hierzu dient die Patienteninformation (Anlage 7).
4. Bei Vertragsende, Widerruf der Teilnahme- bzw. Einwilligungserklärung oder außerordentlicher Kündigung durch einen Versicherten (Patienten) werden die betroffenen personenbezogenen Daten der/des Versicherten (Patienten) nach Maßgabe der gesetzlichen Bestim-

mungen auf der Dokumentationsplattform gelöscht bzw. gegen Zugriffsrechte Dritter gesperrt. Medizinische Dokumentationspflichten bleiben hiervon unberührt.

5. Eine etwaige statistische Auswertung dieses Vertrages zur besonderen Versorgung erfolgt ausschließlich mit anonymisierten Daten, die einen Rückschluss auf die betroffenen Versicherten (Patienten) nicht zulassen.

## **§ 20 Beitritt weiterer Krankenkassen**

Der Beitritt weiterer Krankenkassen ist möglich.

Über den Beitritt weiterer Krankenkassen entscheiden die Vertragspartner einvernehmlich.

Über die Sitzverteilung auf Seiten der Krankenkassen im Vertragsausschuss verständigen sich die beteiligten Krankenkassen untereinander unter Berücksichtigung regionaler Marktanteile. Einer der Sitze steht der AOK als geborenem Vertragspartner grundsätzlich zu.

Mit dem Beitritt werden die Inhalte des Vertrags durch die beitretende Krankenkasse anerkannt und sind für diese verbindlich.

## **§ 21 Inkrafttreten und Kündigung**

1. Dieser Vertrag tritt am 01.07.2010 in Kraft. Die vorliegende Neufassung tritt zum 01.01.2020 in Kraft.
2. Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 6 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden, frühestens zum 31.12.2020. Eines Kündigungsgrundes bedarf es nicht.
3. Eine außerordentliche Kündigung des Vertrages ist nur aus wichtigem Grund möglich. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn
  - a. die Voraussetzungen dieser besonderen Versorgung aus wesentlichen medizinisch-wissenschaftlichen oder tatsächlichen Gründen entfallen,
  - b. die Leistungen, die von den Vertragspartnern oder den beteiligten Leistungserbringern erbracht werden und Gegenstand dieser besonderen Versorgung sind, in erheblichem Umfang mangelhaft, unwirtschaftlich oder unvollständig erbracht werden und hierdurch der Vorhabenszweck vereitelt, gefährdet oder beeinträchtigt wird, soweit geeignete Maßnahmen, die der Vertragsausschuss eingeleitet hat, ergebnislos geblieben sind,
  - c. die für die Krankenkasse zuständige Aufsichtsbehörde diesen Vertrag beanstandet oder der Krankenkasse die Durchführung dieses Vertrages gerichtlich untersagt wird.
4. Die Kündigung bedarf der Schriftform.

## **§ 22 Schlussbestimmungen**

1. Mündliche Nebenabreden wurden nicht getroffen. Änderungen und/oder Ergänzungen dieses Vertrages einschließlich seiner Anlagen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Diese Klausel hat nicht nur deklaratorische Bedeutung. Sie gilt auch für jede Vereinbarung, durch welche die Schriftformklausel abgeändert oder aufgehoben wird. Das Schriftformerfordernis kann auch nicht durch wiederholten Verstoß außer Kraft gesetzt werden.

2. Die Anlagen 1 bis 12 sind verbindlicher Teil des Vertrages.
3. Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrags unwirksam sein oder werden, wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hierdurch nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmungen tritt eine Ersatzregelung, die dem mit der unwirksamen Bestimmung angestrebten Zweck möglichst nahekommt. Dies gilt entsprechend für etwaige Vertragslücken.

Dortmund, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse  
vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden  
Tom Ackermann

Neumünster, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Arbeitsgemeinschaft der Diabetes Schwerpunkt-  
praxen Schleswig-Holsteins e.V.  
vertreten durch

Bad Segeberg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein  
vertreten durch die Vorstandsvorsitzende  
Dr. med. Monika Schliffke