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

---

zwischen

der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen
vertreten durch den Vorstand,
hier vertreten durch
Herrn Wolfgang Karger,
- im Folgenden **„AOK PLUS“** genannt -

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen
vertreten durch den Vorstand,
dieser vertreten durch
Herrn Dr. med. Klaus Heckemann ,
- im Folgenden **„KVS“** genannt -

Inhaltsverzeichnis

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

Anlagenverzeichnis

Anlage 1	Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit Patienteninformation
Anlage 2	Teilnahmeerklärung „HAUSARZT“
Anlage 3	Teilnahmeerklärung „DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ“
Anlage 4	Praxisausstattung
Anlage 5	Technische Anlage
Anlage 6	Vergütungen
Anlage 7a	Abrechnung der Vertragsärzte
Anlage 7b	Abrechnung der KVS
Anlage 8	Arznei- und Verbandmittel
Anlage 9	Strukturvoraussetzung eines auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierten Arztes/Einrichtung (DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ)
Anlage 10	Hausärztliche Grunddiagnostik
Anlage 11	Wagner-/Armstrong-Klassifikation
Anlage 12	Fuß-Untersuchungsbogen
Anlage 13	Fuß-Pass
Anlage 14	Anlage zur ärztlichen Hilfsmittelverordnung (laut HiMi-RL Muster 16 der Vordruckvereinbarung)
Anlage 15	Curriculum: Strukturierte ambulante Schulung zur Prävention von Fußulcera als Bestandteil der Behandlung von Patienten mit schwerster schmerzloser Neuropathie/risikoadaptierte Prävention ("ohne Füße läuft nichts - Anleitung zur Selbstfürsorge")
Anlage 16	Beitrittserklärung

Abkürzungsverzeichnis

AIS:	Arztinformationssystem
AOK PLUS:	AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
Ärzte-ZV:	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
BGB:	Bürgerliches Gesetzbuch
DDG:	Deutsche Diabetes Gesellschaft
DFS:	Diabetisches Fußsyndrom
DMP:	Disease Management Programm (strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2 auf der Grundlage des § 73a SGB V (DMP-Verträge)
DMP-Dokumentationen:	Dokumentationsdaten, entsprechend Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-Anforderungen-Richtlinie aufgeführten Daten
EU-DSGVO:	Europäische Datenschutzgrundverordnung
KVS:	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
LVSK:	Landesverbände der sächsischen Krankenkassen
MD:	Medizinischer Dienst
MVZ:	Medizinisches Versorgungszentrum
pAVK:	periphere arterielle Verschlusskrankheit
RV-Digitalisierung	Rahmenvertrag zur Umsetzung von digital gestützten Versorgungsanwendungen nach § 64 SGB V zwischen der KVS und der AOK PLUS (Anlage 1 Versorgungsmodul Qualitätsmanagement, Anhang 1 zur Anlage 1 elektronische Prozessunterstützung und Anhang 2 eArztbrief)
SLÄK:	Sächsische Landesärztekammer
SPPoF:	Diabetologische Schwerpunktpraxis ohne Fußbehandlung
TE:	Teilnahmeerklärung der VERTRAGSÄRZTE
TE/EWE:	Teilnahme-/ und Einwilligungserklärung des Versicherten
SGB V:	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung

Präambel

Die Behandlung chronischer Erkrankungen, wie Diabetes mellitus, soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) nach § 137f SGB V optimiert werden. Dazu haben die Landesverbände der sächsischen Krankenkassen (LVSK) mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen Verträge zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2 auf der Grundlage des § 73a SGB V (DMP-Verträge) geschlossen. Beide DMP-Verträge beinhalten auch in den „Versorgungsleitlinien“ Grundsätze für die Behandlung des „Diabetischen Fußsyndrom“. Für Versicherte der AOK PLUS, die am strukturierten Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1 bzw. Typ 2 teilnehmen, 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. Für die betroffenen Diabetiker bedeuten Fußwunden neben körperlichen Beeinträchtigungen auch Einschränkungen in der Selbstständigkeit und des sozialen Lebens. Die oft langwierigen Behandlungszeiten gehen auch einher mit erheblichen Verlust an Lebensqualität und vor allem Einschränkungen in der Alltagsaktivität und Mobilität, verbunden mit Auswirkungen auf das seelische Wohlbefinden. Bei verzögerter oder ineffektiver Behandlung kann eine Amputation erforderlich werden, die Lebensqualität der Versicherten ist deutlich herabgesetzt. Ein Screeningverfahren kann Versicherte mit erhöhtem Risiko für das Auftreten eines diabetischen Fußsyndrom (DFS oder pAVK oder diabetische Neuropathie) frühzeitig erkennen und dadurch rechtzeitig die richtige Behandlung unterstützen.

Dieser Vertrag als besondere Versorgung soll dazu dienen

- die Versicherten mit einem erhöhten Risiko für das mögliche Auftreten eines Diabetischen Fußsyndrom (DFS oder pAVK oder diabetische Neuropathie) bzw. mit bestehender Fußläsion frühzeitig zu erkennen und einer speziellen Behandlung und Betreuung zuzuführen, um schwerwiegende Beeinträchtigungen oder eine Amputation (Majoramputationen) zu vermeiden.

Um dies zu realisieren, ist eine Zusammenarbeit von Vertragsärzten aller Versorgungsebenen erforderlich, welche optimale qualitative und organisatorische Voraussetzungen bietet. Dementsprechend erfolgt durch diese besondere Versorgung die Verknüpfung von Hausarzt, Diabetologischer Schwerpunktpraxis sowie ambulanten und stationären Einrichtungen, die auf die Behandlung des Diabetischen Fußes spezialisiert sind. Die besonderen Strukturvoraussetzungen zur Behandlung der Versicherten mit auffälligem Fußstatus bzw. bestehendem DFS wird also durch eine enge Kooperation zwischen Hausarzt und Diabetologischer Fußambulanz gewährleistet.

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

Deren Inhalt wird durch diesen Vertrag mitgeprägt und ihr Umfang nur insoweit modifiziert, wie sich dies aus diesem Vertrag ergibt und seinem Sinn und Zweck entspricht.

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

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

1. Vertragspartner sind die AOK PLUS und die KVS.
2. HAUSÄRZTE sind die Teilnehmer an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Absatz 1a Satz 1 Nummern 1 und 3 bis 5 SGB V und Fachärzte von Schwerpunktpraxen ohne Fußspezialisierung (SPPoF) (Fachärzte für Innere Medizin) sind also die vertragsärztlich tätigen Ärzte, die die in § 4 definierten Anforderungen erfüllen, die ihre Teilnahme am Vertrag erklärt und von der KVS eine Teilnahmebestätigung erhalten haben, jedweden Geschlechts.
3. DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZEN sind Fachärzte als Ärzte, die auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisiert sind, sind also die Vertragsärzte, die die in § 5 definierten Anforderungen erfüllen, die ihre Teilnahme am Vertrag erklärt und von der KVS eine Teilnahmebestätigung erhalten haben, jedweden Geschlechts.
4. VERTRAGSÄRZTE sind die HAUSÄRZTE und die Fachärzte der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZEN
5. Versicherte sind Versicherte jedweden Geschlechts der AOK PLUS.
6. Patient sind Patienten der VERTRAGSÄRZTE jedweden Geschlechts.

Personenbezeichnungen werden nachfolgend zur besseren Lesbarkeit nur in der männlichen Form verwendet. Dennoch sind gleichrangig alle Geschlechter gemeint.

Abschnitt I – Ziele, Gegenstand, Grundsätze und Geltungsbereich

§ 1
Ziele des Vertrages

(1) Mit diesem Vertrag zwischen der KVS und der AOK PLUS sollen die ambulanten Versorgungsstrukturen bei der Behandlungskoordination des diabetischen Fußsyndroms – vor allem bezogen auf die Identifizierung und Versorgung von Risikopatienten - weiterentwickelt und somit maßgeblich verbessert werden.

(2) Daraus ergeben sich folgende Vertragsziele im Einzelnen:

1. koordinierende und arbeitsteilige Zusammenarbeit zwischen HAUSARZT und DIABETOLOGISCHER FUßAMBULANZ als patientenbezogener Versorgungsverbund,
2. Risikobewertung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 und Auffälligkeiten im “Fußstatus“,
3. Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten zur Vermeidung des Auftretens eines Diabetischen Fußsyndrom,
4. Vermeidung/Reduzierung schwerer Stadien vom auffälligen Fußstatus,
5. Verkürzung der Laufzeit der Behandlung des auffälligen Fußstatus,
6. Verringerung stationärer Aufenthalte,
7. Vermeidung/Reduzierung von Rezidiven,
8. Verringerung der Amputationsrate (Majoramputationen).

§ 2
Gegenstand und Grundsätze des Vertrages

Gegenstand des Vertrages ist die koordinierte Zusammenarbeit der Behandlung von Versicherten mit Diabetes bedingten Fußkomplikationen (DFS oder pAVK oder diabetische Neuropathie), aufgrund einer Risikobewertung für ein erhöhtes Risiko für das mögliche Auftreten eines Diabetischen Fußsyndrom bzw. mit bestehender Fußläsion.

(1) Die VERTRAGSÄRZTE verpflichten sich zu einer nach den Maßgaben dieses Vertrages qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten, insbesondere bei der Verordnung von Arzneimitteln sowie Verband-, Heilmittel (z. B. podologische Leistungen) und Hilfsmitteln. Im Rahmen dieses Vertrages können die derzeit auf Landesebene für die VERTRAGSÄRZTE geltenden Richtgrößen im Einzelfall überschritten werden. Dies kann dazu führen, dass sie statistisch auffällig werden und ggf. mit einer Richtgrößenprüfung rechnen müssen. Die AOK PLUS wird in diesem Falle die Prüfgremien der Selbstverwaltung über die Vertragsinhalte informieren und eine adäquate Berücksichtigung der zusätzlichen Kosten für Arznei- und Verbandmittel im Rahmen ggf. entstehender Prüfverfahren anregen.

(2) Im Rahmen dieses Vertrages sollten die HAUSÄRZTE nach § 4 Abs. 1 und die DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZEN nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 bis 4 ein AIS mit IT-Schnittstelle nutzen. Die Anforderungen an dieses AIS mit IT-Schnittstelle sind im RV Digitalisierung enthalten.

(3) Die Regelungen dieses Vertrages gelten sinngemäß für Einrichtungen nach § 400 SGB V, Medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 SGB V sowie für Vertragsärzte mit angestellten Ärzten gemäß § 32b Absatz 1 Ärzte-ZV, soweit die entsprechenden Regelungen die Person des angestellten VERTRAGSARZTES betreffen.

(4) Die VERTRAGSÄRZTE beachten bei der Versorgung der Versicherten mit diabetischem Fußsyndrom die geltenden gesetzlichen Vorschriften und bestehenden Leitlinien, z. B.

- Anlage 1 bzw. Anlage 7 der DMP-Anforderungs-Richtlinie (Versorgungsinhalte zum Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 bzw. Diabetes mellitus Typ 2 - DMP),
- Richtlinie über die Versorgung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege Richtlinie) Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden,
- Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie – HeilM-RL) Verordnung von Maßnahmen der Podologischen Therapie
- Hilfsmittelverzeichnis, Produktgruppe 31 entsprechend Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie – HilfsM-RL),
- Richtlinie über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gemäß § 27b Absatz 2 SGB V (Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren - Zm-RL) ärztliche Empfehlung für eine Amputation an der unteren Extremität zur Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms,
- „Leitlinien & Vorlagen“ der DDG Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß: https://ag-fuss-ddg.de/die-ddg/arbeitsgemeinschaften/diabetischer-fuss/leitlinien
  - ⇨ z. B. Nationale VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes (NVL) – Präventions- und Behandlungsstrategien für Fußkomplikationen,
  - ⇨ z. B. Leitlinie der International Working Group on the Diabetic Foot („IWGDF Guidelines on the prevention and management of diabetic foot disease“) Prävention und Management des diabetischen Fußsyndroms)

in der jeweils aktuellen Fassung.

(5) Die Regelung zum Ausstellen von Überweisungen werden durch diesen Vertrag nicht außer Kraft gesetzt.

(6) Die Teilnahme der VERTRAGSÄRZTE und Versicherten an diesem Vertrag ist freiwillig.

§ 3
Geltungsbereich

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

Abschnitt II – Teilnahme der VERTRAGSÄRZTE

§ 4
Teilnahmeberechtigung und Teilnahmevoraussetzungen als HAUSARZT

(1) Teilnahmeberechtigt an diesem Vertrag sind gemäß § 95 SGB V

- niedergelassene Ärzte,
- ermächtigte Ärzte mit dem vollen Ermächtigungsumfang eines Hausarztes,
- Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen gemäß § 400 Absatz 2 SGB V,
- oder Vertragsärzte gemäß § 32b Absatz 1 Ärzte-ZV mit angestellten Ärzten

  mit Zulassung bzw. Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte für den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen,

die jeweils als Allgemeinärzte gemäß § 73 Absatz 1a Satz 1 Nummer 1 SGB V, Internisten gemäß § 73 Absatz 1a Satz 1 Nummer 3 SGB V, Praktische Ärzte gemäß § 73 Absatz 1a Satz 1 Nummer 4 SGB V oder Ärzte gemäß § 73 Absatz 1a Satz 1 Nummer 5 SGB V, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen bzw. die Leistungen durch solche Ärzte als angestellte Ärzte erbringen

sowie

Fachärzte der SPPoF.

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

Der Vertragsarzt, der neben seiner Tätigkeit als DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ gemäß § 5 Absatz 1 auch hausärztlich tätig ist, ist HAUSARZT für die von ihm hausärztlich betreuten Patienten nach diesem Vertrag. Der Facharzt, der auch die Koordination der Versicherten im DMP Diabetes mellitus Typ 2 bzw. Diabetes mellitus Typ 1 übernommen hat, ist HAUSARZT nach dieser Vereinbarung.

(2) Als Teilnahmevoraussetzungen, die bereits bei Abgabe der Teilnahmeerklärung vorliegen müssen und während der Dauer der Teilnahme zu erfüllen sind, gelten folgende persönliche und sachliche Anforderungen:

1. die Zulassung oder Ermächtigung und Betriebsstätte oder Nebenbetriebsstätte gemäß § 24 Ärzte-ZV muss sich auf den Bezirk der KVS und die hausärztliche Versorgung beziehen,
2. Bereitschaft zur Erfüllung der Verpflichtungen aus diesem Vertrag,
3. Zustimmung zur Veröffentlichung von Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefon-/Faxnummer des HAUSARZTES in einem öffentlichen VERTRAGSARZT-Verzeichnis auf der Homepage der AOK PLUS und der KVS,
4. Bereitschaft zur Teilnahme an einer Evaluation und ggf. damit verbundenen Dokumentation, sofern diese im Rahmen dieses Vertrages durchgeführt wird.

§ 5
Teilnahmeberechtigung und Teilnahmevoraussetzungen als DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ

(1) Teilnahmeberechtigt an diesem Vertrag sind gemäß § 95 SGB V niedergelassene

1. Fachärzte für Allgemeinmedizin sowie Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin:
   - Diabetologe DDG oder
   - Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ Sächsische Landesärztekammer (SLÄK)
2. Fachärzte für Innere Medizin:
   - Anerkennung als Diabetologe DDG oder
   - Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ SLÄK
3. Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen gemäß § 311 Absatz 2 SGB V mit Zulassung bzw. Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte für den Bezirk der KVS, wenn Qualifizierung nach Nummer 1 oder 2 vorliegt oder
4. Vertragsärzte mit gemäß § 32b Absatz 1 Ärzte-ZV angestellten Fachärzten mit Zulassung bzw. Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte für den Bezirk der KVS, wenn Qualifizierung nach Nummer 1 oder 2 vorliegt sowie

die die Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 9 erfüllen.

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

(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 der Betriebsstätte oder Nebenbetriebsstätte gemäß § 24 Ärzte-ZV muss sich auf den Bezirk der KVS beziehen,
2. Bereitschaft zur Erfüllung der Verpflichtungen aus diesem Vertrag,
3. Zustimmung zur Veröffentlichung von Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefon-/Faxnummer der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ in einem öffentlichen VERTRAGSARZTverzeichnis auf der Homepage der AOK PLUS und der KVS,
4. Bereitschaft zur Teilnahme an einer Evaluation und ggf. damit verbundenen Dokumentation, sofern diese im Rahmen dieses Vertrages durchgeführt wird,
5. Bildung der für die optimale Behandlung erforderlichen Strukturen und die funktionierenden Kooperationen zwischen der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ mit mindestens einem HAUSARZT. Der patientenbezogene Versorgungsverbund kann die DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ für ihre hausärztlich betreuten Patienten auch in Personalunion als HAUSARZT nach § 4 betreuen.
6. enge Zusammenarbeit mit mindestens einem für die Versorgung von Diabetikern zertifizierten, abgabe- und lieferberechtigtem Orthopädie-Schuhmacher/Schuhtechniker.

§ 6
Einschreibung der VERTRAGSÄRZTE

(1) Der HAUSARZT und der Facharzt in der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ (VERTRAGSÄRZTE) haben ihre Teilnahme am Vertrag durch Abgabe der rechtsverbindlichen und vollständigen TE gemäß Anlage 2 oder 3 nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen in geeigneter Form gegenüber der KVS zu erklären (Einschreibung). Mit der TE ist jeweils der Nachweis der besonderen Anforderungen nach § 4 bzw. § 5 zu führen.

(2) Die KVS prüft die TE und die Teilnahmevoraussetzung nach §§ 4 und 5 i. V. m. Anlage 2 bzw. Anlage 3 bzw. Anlage 9 und teilt dem VERTRAGSARZT grundsätzlich innerhalb von 14 Arbeitstagen nach Eingang der vollständigen TE das Ergebnis der Prüfung mit:

1. Sind die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt, bestätigt die KVS dem VERTRAGSARZT die Vertragsteilnahme schriftlich (Teilnahmebestätigung). Die Teilnahme des VERTRAGSARZTES beginnt in diesem Fall mit dem Tag der Unterschrift auf der TE.
2. Sind die Teilnahmevoraussetzungen nicht erfüllt, erhält der VERTRAGSARZT durch die KVS eine schriftliche Ablehnung mit entsprechender Begründung.

(3) Die VERTRAGSÄRZTE haben gegenüber der KVS das Entfallen der Teilnahmevoraussetzungen nach §§ 4 und 5 unverzüglich nach Kenntniserlangung schriftlich anzuzeigen.

§ 7
Beendigung der Teilnahme der VERTRAGSÄRZTE, Sonderkündigung, Ausschluss

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

(2) Die Teilnahme der VERTRAGSÄRZTE an diesem Vertrag ist auf die Laufzeit dieses Vertrages begrenzt und endet automatisch zu dem Zeitpunkt, zu dem dieser – gleich aus welchem Grund – zwischen den Vertragspartnern endet.

(3) Der VERTRAGSARZT kann seine Teilnahme an diesem Vertrag mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende schriftlich durch Erklärung gegenüber der KVS kündigen. Das Recht des VERTRAGSARZTES zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt im Übrigen unberührt.

(4) Sollten die Vertragspartner Änderungen bzw. Ergänzungen dieses Vertrages und/oder einer Anlage vornehmen, hat die KVS die VERTRAGSÄRZTE hierüber in geeigneter Form zu informieren. Im Falle von Änderungen des Vertrages und/oder einer Anlage kann der VERTRAGSARZT seine Teilnahme innerhalb von 4 Wochen ab Bekanntgabe der Änderungen zum Quartalsende kündigen, wenn er von der Änderung oder Ergänzung betroffen ist und er die Teilnahme an dem Vertrag aus diesem Grund beenden will (Sonderkündigungsrecht). Die Kündigung hat schriftlich gegenüber der KVS zu erfolgen. Die KVS informiert die AOK PLUS über die Kündigung des VERTRAGSARZTES im Rahmen des nächsten „DFS-VERTRAGSARZTverzeichnisses“. Kündigt der VERTRAGSARZT nicht innerhalb dieser Frist gemäß Satz 2 und führt er den Vertrag fort, gelten die Änderungen des Vertrages bzw. seiner Anlagen für ihn als akzeptiert.

(5) Die Teilnahme des VERTRAGSARZTES an diesem Vertrag kann gegenüber dem VERTRAGSARZT durch die KVS mit sofortiger Wirkung gekündigt werden (Ausschluss), wenn der VERTRAGSARZT

1. die Teilnahmeberechtigung und/oder die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 4 bzw. § 5 i. V. m. Anlage 2 bzw. Anlage 3 nicht mehr oder nicht mehr vollstän-

dig erfüllt und dieser Mangel trotz entsprechender Aufforderung durch die KVS nicht innerhalb angemessener Frist beseitigt,

2. Fehlabrechnungen im Rahmen des Vertrages vornimmt,
3. gegen eine andere ihm nach Maßgabe dieses Vertrages im Rahmen der Teilnahme auferlegte wesentliche Verpflichtung verstößt und diesen Mangel trotz entsprechender Aufforderung unter angemessener Fristsetzung durch die KVS nicht innerhalb der Frist beseitigt oder wenn er in erheblichem Umfang gegen sonstige wesentliche Verpflichtungen (z. B. des Vertragsarztrechts oder der Berufsordnung) verstößt.

Die Entscheidung über den Ausschluss eines VERTRAGSARZTES bereitet die Vertragskommission gemäß § 17 vor. Dem VERTRAGSARZT ist vor dem Ausschluss die Gelegenheit zu geben, sich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen schriftlich zu äußern.

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

Abschnitt III – Teilnahme der Versicherten

§ 8
Teilnahmeberechtigung und Teilnahmevoraussetzungen sowie 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 können an dieser Versorgung teilnehmen, sofern eine gültige Teilnahme im DMP Diabetes mellitus Typ 2 oder DMP Diabetes mellitus Typ 1 gegeben ist

und

1. der HAUSARZT im Rahmen der DMP-Teilnahme bei der Fußuntersuchung – „Fußstatus“ - festgestellt hat:
   - Pulsstatus = auffällig und/oder
   - Sensibilitätsprüfung = auffällig und/oder
   - weiteres Risiko für Ulcus = Angabe und/oder
   - Ulcus = oberflächlich/tief und/oder
   - (Wund-)Infektion = ja und/oder
   - früheres DFS

   (siehe DMP-Dokumentationsdaten)

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 wurde

und

4. der HAUSARZT nach Prüfung der in Nummer 1 und 2 normierten Voraussetzungen diese durch Unterzeichnung der TE/EWE bestätigt hat.

(3) Für Versicherte die bereits am 31.03.2022 an der Versorgung teilnehmen und für die ebenfalls eine gültige Teilnahme im DMP Diabetes mellitus Typ 2 oder DMP Diabetes mellitus Typ 1 gegeben ist, wird die Vertragsteilnahme fortgeführt.

(4) Mit Unterzeichnung der TE/EWE nach Anlage 1 akzeptiert der Versicherte die Bedingungen dieses Vertrages, dessen besondere Versorgungsform und verpflichtet sich, den von den gewählten VERTRAGSÄRZTEN vorgeschlagenen Therapieplan zu befolgen und grundsätzlich nur diese VERTRAGSÄRZTE als seinen Versorgungsverbund für die Behandlungskoordination und medizinische Versorgung des diabetischen Fußsyndroms aufzusuchen. Dies gilt nicht im Vertretungsfall sowie bei der Inanspruchnahme von Notfällen.

(5) Durch Unterzeichnung der TE/EWE (Anlage 1) legitimiert der Versicherte die Datenerhebung und die Datenübermittlung gemäß § 295 SGB V seiner personenbezogenen Behandlungsdaten und Befunde hinsichtlich der Koordinierung im Rahmen dieses Vertrages durch die von ihm gewählten VERTRAGSÄRZTE und zwischen ihnen.

(6) 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.

(7) Mit der Teilnahme an diesem Vertrag soll die Eigenverantwortung des Patienten durch die Einbeziehung in die Behandlungsabläufe gestärkt werden.

§ 9
Einschreibung und Beginn der Teilnahme der Versicherten

(1) Die Einschreibung des Versicherten in diese Versorgung erfolgt beim HAUSARZT ausschließlich auf den von der AOK PLUS zur Verfügung gestellten TE/EWE's (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 vierfacher 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 FUß-AMBULANZ,
3. Durchschlag	Ausfertigung für den Versicherten.

(4) Der HAUSARZT ist verpflichtet, in der Regel innerhalb von zehn Arbeitstagen nach der Einschreibung des Versicherten, das Original der TE/EWE an die auf dieser angegebenen Adresse der AOK PLUS zu senden.

(5) Die AOK PLUS prüft nach Eingang der TE/EWE (Anlage 1) diese in der Regel innerhalb von zehn Arbeitstagen auf Vollständigkeit und Plausibilität. Sollte die TE/EWE des Versicherten unvollständig oder fehlerhaft sein, fordert die AOK PLUS den Versicherten und/oder den HAUSARZT schriftlich zur Korrektur oder Vervollständigung auf. Erfüllt die TE/EWE die in Satz 1 genannten Bedingungen, beginnt die Teilnahme des Versicherten mit dem jüngsten Unterschriftsdatum.

§ 10
Beendigung der Teilnahme der Versicherten und Wechsel des VERTRAGSARZTES

(1) Die Versicherten haben das Recht, innerhalb von zwei Wochen nach Erklärung ihrer Teilnahme - entsprechend § 8 Absatz 3 - diese zu widerrufen. Dies ermöglicht es den Versicherten, ihre Verpflichtung dieser Versorgungsform zu überdenken, sich innerhalb der Zweiwochenfrist nochmals vertieft zu informieren und erneut zu prüfen, ob eine Teilnahme an dieser Versorgungsform für sie sinnvoll ist.

(2) 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 zwei Monate vor Ablauf des Jahres bzw. vor Quartalsende schriftlich gegenüber der AOK PLUS zu erfolgen.

(3) Die Teilnahme des Versicherten endet weiterhin:

1. mit dem Tag des Wegfalls der Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 8 Absatz 2 (z. B. DMP-Teilnahme) oder
2. mit dem Ende der Teilnahme eines gewählten VERTRAGSARZTES an diesem Vertrag, sofern der teilnehmende Versicherte keinen anderen am Vertrag teilnehmenden VERTRAGSARZT wählt oder
3. mit einem Wechsel des Versicherten zu einem Vertragsarzt, der nicht am Vertrag teilnimmt oder
4. mit Zugang des schriftlichen Widerrufs der Einwilligungserklärung bei der AOK PLUS oder
5. mit Zugang des schriftlichen Widerrufs der Einwilligung zur Datenverarbeitung bei der AOK PLUS oder
6. mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bei der AOK PLUS, insbesondere mit dem Wechsel zu einer anderen Krankenkasse oder
7. mit dem Ende dieses Vertrages.

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

(3) Der Versicherte kann jederzeit seinen betreuenden HAUSARZT und/oder Arzt der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ im Rahmen dieses Vertrages wechseln. Sofern der vom Versicherte neu gewählte HAUSARZT bzw. Arzt der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ - auch innerhalb einer Arztpraxis oder überregionale Berufsausübungsgemeinschaft oder Teilgemeinschaft oder Medizinisches Versorgungszentrum und Einrichtungen gemäß § 400 SGB V - ebenfalls am Vertrag teilnimmt, wird der (neugewählte) HAUSARZT mit dem Versicherten erneut eine TE/EWE (Anlage 1) als „Wechsel des HAUSARZT und/oder der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ“ ausstellen.

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

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

Abschnitt IV – Leistungen, Qualitätssicherung und Aufgaben der VERTRAGSÄRZTE

§ 11a
Versorgungsnetz

Nach den Maßgaben dieser besonderen Versorgung und unter Beachtung der Fachgebietsgrenzen übernehmen der HAUSARZT und die DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ die gemeinsame Verantwortung für die Versorgung der Versicherten nach dieser besonderen Versorgung. Der Versorgungsverbund bildet keine Gesellschaft bürgerlichen Rechts nach §§ 705 ff. BGB und die selbstständige Berufsausübung der beteiligten VERTRAGSÄRZTE bleibt bewahrt. In diesem Rahmen wirken die VERTRAGSÄRZTE insbesondere nach Maßgabe der folgenden Regelungen bei der Versorgung der Versicherten zusammen.

§ 11b
Leistungen des HAUSARZTES

(1) Stellt der HAUSARZT entsprechend § 8 Absatz 2 im Rahmen der DMP-Betreuung aufgrund der Fußuntersuchung beim Versicherten, einen auffälligen „Fußstatus“:

- Pulsstatus = auffällig und/oder
- Sensibilitätsprüfung = auffällig und/oder
- weiteres Risiko für Ulcus = Angabe und/oder
- Ulcus = oberflächlich/tief und/oder
- (Wund-)Infektion = ja und/oder
- früheres DFS

(siehe DMP-Dokumentationsdaten)

fest, kann der HAUSARZT diesen Versicherten über Inhalte und Ziele dieses Vertrages und dessen Vertragsteilnahme informieren und schreibt den Versicherten in diesen Vertrag mit der TE/EWE gemäß § 9 ein.

(2) Im Rahmen der Risikobewertung, entsprechend der hausärztlichen Grunddiagnostik nach Anlage 10, unter Verwendung des Fuß-Untersuchungsbogens (Anlage 12), stellt der HAUSARZT fest, inwieweit ein erhöhtes Risiko für das mögliche Auftreten eines Diabetischen Fußsyndrom (DFS oder pAVK oder diabetische Neuropathie) bzw. eine bestehende Fußläsion für den Versicherten vorliegt. Weiterhin stellt der HAUSARZT für den Versicherten einen Fußpass (Anlage 14) aus bzw. aktualisiert diesen und koordiniert die Behandlung des Versicherten. Dabei setzt der HAUSARZT die geltenden gesetzlichen Vorschriften bzw. bestehenden Richtlinien in Zusammenhang mit der Behandlung des DFS (§ 2 Absatz 4), soweit in diesem Vertrag nicht anders bestimmt ist, um.

(3) Die Risikobewertung sollte einmal jährlich für die teilnehmenden Versicherte durch den HAUSARZT erfolgen. Ergibt die Risikobewertung nach Absatz 2 ein erhöhtes Risiko für ein DFS bzw. bestehende Fußläsion für den untersuchten Versicherten sollte die Überweisung an die kooperierende DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ nach § 5 Absatz 1 innerhalb von zwei Wochen umgesetzt werden.

(4) Stellt der HAUSARZT beim Versicherten einen auffälligen Fußstatus mit Wagner-/ Armstrong-Klassifizierung 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 § 5 Absatz 1 sicherzustellen.

(5) Für Versicherte mit

- einer peripheren Neuropathie und/oder
- einer pAVK und/oder

- einem Fußulus und/oder
- Fußdeformationen und/oder
- Verlust der Schmerzempfindlichkeit („Schmerz-Insensibilität“)

soll der HAUSARZT eine Überweisung des Versicherten an die kooperierende DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ nach § 5 Absatz 1 – zur weiteren Diagnostik und Behandlung sowie ggf. Schulung "ohne Füße läuft nichts - Anleitung zur Selbstfürsorge" nach § 11c Absatz 5 sicherstellen.

(6) Die Therapieempfehlungen der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ gemäß § 11c Absatz 1 Nummer 2 werden vom HAUSARZT bei der weiteren Behandlung des Versicherten umgesetzt.

(7) Der HAUSARZT verordnet Podologische Therapie oder häusliche Krankenpflege bei medizinischer Notwendigkeit, unter Beachtung der geltenden gesetzlichen Vorschriften bzw. bestehenden Richtlinien (§ 2 Absatz 4).

(8) Vor Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung des auffälligen Fußstatus hat eine Überweisung an die DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ nach § 5 Absatz 1 zu erfolgen. Ist dies nicht zu ermöglichen, sollte der HAUSARZT mit dem kooperierenden Facharzt der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ die Notwendigkeit einer stationären Behandlung im Krankenhaus abklären. Im Übrigen entscheidet der HAUSARZT nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung in ein Krankenhaus.

(9) Der HAUSARZT stellt die zwischen ihm und der kooperierenden DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ nach § 5 Absatz 1 abgestimmten Befund- und Patientendaten ggf. Fuß-Untersuchungsbogen nach Anlage 12 sowie Versicherten-Daten betreffend Diagnosen, Medikamente, Labor usw. (mittels „eArztbrief“ entsprechend § 2 Absatz 2 – RV Digitalisierung) der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ für die überwiesenen Versicherten nach Absätze 3, 4, 5 und 8 sowie 10 zur Verfügung.

(10) Die Sicherstellung einer Hilfsmittelversorgung – Schuhversorgung – erfolgt alleinig über die DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZEN gemäß § 11c Absatz 2.

§ 11c
Leistungen der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ

(1) Im Rahmen des Vertrages erbringt die DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ folgende Leistungen:

1. Anamnese inkl. klinischer Untersuchung und Differenzialdiagnostik sowie sensorische Testung von Schmerz- sowie Empfindlichkeitsschwellen ("Von-Frey-Filament mit optischer Glasfaser" in der Stärke >512 mN) - Nadelreiz-Stimulation - inkl. Ausstellung, soweit noch nicht vorhanden, eines Fußpasses (Anlage 14) für überwiesene Versicherte nach § 11b Absätze 3 und 4,
2. Befunderhebung für überwiesene Versicherte nach § 11b Absätze 3, 4 und 8 sowie 10,
3. in Abstimmung mit dem HAUSARZT Sicherstellung eines kurzfristigen Vorstellungstermins für überwiesene Versicherte nach § 11b Absätze 4 oder 8 oder 10 innerhalb von zwei Werktagen,
4. Koordinierung der Behandlung des Versicherten
   - 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 ist, unter Beachtung einer wirtschaftlichen Verordnungsweise für Arznei- und Verbandmittel, vor allem Wundauflagen (Anlage 8) unter Nut-

zung des Modul Arzneimittelmanagement (S3C-AM) der AIS-IT-Schnittstelle (gemäß Anlage 4; entsprechend § 2 Abs. 2 – RV Digitalisierung) und

- nach § 11b Absatz 10 bis eine ausreichende Schuhversorgung, unter Beachtung Absatz 2 realisiert ist, entsprechend der geltenden gesetzlichen Vorschriften bzw. bestehenden Richtlinien (§ 2 Absatz 4)

5. Der Facharzt in der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ verordnet Podologische Therapie oder häusliche Krankenpflege bei medizinischer Notwendigkeit, unter Beachtung der geltenden gesetzlichen Vorschriften bzw. bestehenden Richtlinien (§ 2 Absatz 4).

(2) Der Facharzt der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ hat mindestens einen Partner nach § 5 Absatz 2 Nummer 8, um mit ihm eine qualitätsgesicherte, wirksame, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Hilfsmittelversorgung/Schuhversorgung - inkl. der Schuhabnahme zu sichern und nutzt hierfür zusätzlich zur Hilfsmittelverordnung die entsprechende Anlage 14.

Der für die Versorgung von Diabetikern zertifizierte, abgabe- und lieferberechtigte Orthopädie-Schuhmacher/Schuhtechniker hat folgende Aufgaben zu erbringen:

- schnelle/unverzügliche Ausführung des Auftrages/Umsetzung der ärztlichen Verordnung nach erteilter Genehmigung,
- vor und nach der Versorgung Erhebung von Druckspitzen und Überprüfung des gefertigten Hilfsmittels bezüglich der erzielten lokalen Druckentlastung sowie Passgenauigkeit mittels dynamischer Pedographie,
- Qualitätssicherung seiner Arbeit/Nachkontrolle seiner hergestellten Schuhversorgung mit Dokumentation.

(3) Soweit die DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ ausreichend geschult ist (Anlage 9), kann diese zur schnellen und individuellen – für den von der DIABETOLOGISCHEN FUßAMBULANZ definierten Zeitraum – durch Ruhigstellung und Entlastung (durch einen distanzpolsternden Verband) von Druckstellen/Ulcera am plantaren Fuß mittels Wundbehandlung-Methode „Filzentlastung“ in Absprache mit den betreffenden Versicherten vornehmen, soweit der Versicherte hierfür geeignet ist und andere Hilfsmittelversorgungen, nach Absatz 2, kurzfristig nicht gegeben oder nicht ausreichend sind

(4) Für Versicherten mit

- einer peripheren Neuropathie und/oder
- einer pAVK und/oder
- Fußulcus und/oder
- Fußdeformationen und/oder
- Verlust der Schmerzempfindlichkeit gemäß sensorischer Testung von Schmerz- sowie Empfindlichkeitsschwellen, entsprechend Absatz 1 Nummer 1

kann eine problemorientierte Strukturierte ambulante Schulung zur Prävention von Fußulcera als Bestandteil der Behandlung von Patienten mit schwerster schmerzloser Neuropathie/risikoadaptierte Prävention“ („ohne Füße läuft nichts - Anleitung zur Selbstfürsorge" - Anlage 15) indiziert sein. DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZEN mit Nachweis eines entsprechenden Schulungszertifikates (Anlage 9) organisieren und führen diese Schulung als Gruppenschulung mit jeweils vier bis fünf Patienten durch.

(5) Zur Sicherung der besonderen Qualität und Wirtschaftlichkeit im Rahmen dieses Vertrages 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 Kran-

kenhaus 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 teilnimmt und darüber hinaus über eine gültige Zertifizierung der DDG als Behandlungseinrichtung mit Basisanerkennung (Stufe 1) oder als Behandlungseinrichtung mit erweiterter Anerkennung (Stufe 2)

verfügen. Die AOK PLUS versendet eine Aufstellung der betreffenden Krankenhäuser jeweils aktualisiert einmal kalenderjährlich an die KVS zur Veröffentlichung auf der Homepage der KVS

(6) Zur Wiedervorstellung des Versicherten beim HAUSARZT erhält dieser die zwischen ihm und dem HAUSARZT abgestimmten Befund- und Patientendaten sowie einen aktuellen Behandlungs- und Verordnungsplan (Therapieempfehlung, mittels „eArztbrief“ entsprechend § 2 Abs. 2 – RV Digitalisierung).

§ 12
Fortbildung und Qualitätssicherung

(1) Die VERTRAGSÄRZTE nehmen ihre Pflicht zur regelmäßigen Fortbildung nach § 95d SGB V wahr.

(2) Die VERTRAGSÄRZTE führen die Behandlung der Versicherten bzw. deren Koordinierung und Beratung auf dem jeweils aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts (siehe § 2 Absatz4) 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 mit den kooperierenden HAUSÄRZTEN durch. Über die Fortbildungsveranstaltung wird ein Protokoll geführt. Es besteht darüber Nachweispflicht.

Abschnitt V – Aufgaben der Vertragspartner

§ 13
Aufgaben der KVS

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

1. Die KVS publiziert das Vorhaben in ihren satzungsmäßigen Veröffentlichungsorganen unter Benennung der Vertragsziele sowie der persönlichen Anforderungen und der Aufgaben für potenzielle Vertragsärzte und beantwortet Anfragen zur Teilnahme am und zum Vertrag.
2. Die KVS setzt sich mit Unterstützung der AOK PLUS dafür ein, dass eine ausreichende Zahl von VERTRAGSÄRZTEN an diesem Vertrag mitwirken, um eine wohnortnahe und flächendeckende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten.

3. Die KVS erstellt und aktualisiert das „DFS-VERTRAGSÄRZTEverzeichnis“ und übermittelt dieses der AOK PLUS wöchentlich und auf Anfrage. Die Einzelheiten dazu und die datenverarbeitungstechnische Umsetzung sind in Anlage 5 geregelt.
4. Die KVS veröffentlicht folgende Daten aus dem „DFS-VERTRAGSÄRZTEverzeichnis“ auf der Homepage der KVS: Name, Vorname, Bezeichnung der Fachgruppe, Praxisanschrift, Telefon-/Faxnummer.
5. Die KVS informiert die an diesem Vertrag teilnehmenden VERTRAGSÄRZTE umfassend und unverzüglich über Änderungen dieses Vertrages und/oder einer Anlage.
6. Die KVS beobachtet die vertragsgemäße Erfüllung der Aufgaben und Anforderungen der VERTRAGSÄRZTE und veranlasst ggf. entsprechende Maßnahmen zur Einstellung der Defizite.

§ 14
Aufgaben der AOK PLUS

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

1. Die AOK PLUS informiert ihre Versicherten über diesen Vertrag, insbesondere über dessen Ziele, Teilnahmebedingungen und die teilnehmenden VERTRAGSÄRZTE.
2. Die AOK PLUS versendet an die VERTRAGSÄRZTE nach Übermittlung des „DFS-VERTRAGSÄRZTEverzeichnisses“ durch die KVS ein Teilnahmepaket mit den notwendigen Unterlagen zur Teilnahme an diesem Vertrag sowie im Rahmen von Nachlieferungen von den VERTRAGSÄRZTEN angeforderte Unterlagen.
3. Die AOK PLUS informiert die Vertragsärzte regelmäßig über ihre aktuellen Versorgungsangebote. Dies betrifft insbesondere Verträge zur besonderen Versorgung, Hausarztzentrierte Versorgung, DMP-Verträge, Strukturverträge sowie Verträge zur besonderen ambulanten Versorgung.
4. Die AOK PLUS übermittelt einmal im Quartal bis spätestens zum Ende des auf das Leistungsquartal folgenden Monats ein Arzt-Versicherten-Teilnahme-verzeichnis mit Zuordnung der Versicherten zu den jeweils gewählten VERTRAGSÄRZTEN in elektronsicher Form an die KVS. Die Einzelheiten dazu und die datenverarbeitungstechnische Umsetzung sind in der Anlage 5 geregelt.
5. Der KVS in Zusammenarbeit mit der AOK PLUS bleibt es überlassen, durch Praxisbegehungen die Einhaltung der Strukturqualität der VERTRAGSÄRZTE zu überprüfen.

Abschnitt VI – Vergütung und Abrechnung

§ 15
Vergütung und Abrechnung der VERTRAGSÄRZTE

(1) Die Vergütung der an diesem Vertrag teilnehmenden VERTRAGSÄRZTE erfolgt nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen und gemäß Anlage 6. Die Vergütung wird nur an VERTRAGSÄRZTE gezahlt, die zum Zeitpunkt der Leistungserbringung an diesem Vertrag teilnehmen.

(2) Die für die Vergütung notwendigen finanziellen Mittel stellt die AOK PLUS außerhalb der vereinbarten morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zur Verfügung. Die Vergütungen gemäß Anlage 6 werden zusätzlich zu den regulären vertragsärztlichen Leistungen (gemäß EBM) durch die AOK PLUS gezahlt. Mit der Vergütung sind alle vertraglich aufgeführten Leistungen inkl. erforderlicher Dokumentationen abgegolten.

(3) Die an diesem Vertrag teilnehmenden VERTRAGSÄRZTE verpflichten sich, für die im Rahmen des Vertrages koordinierten Versicherten neben der nach Anlage 6 vereinbarten Vergütung für die erbrachten Leistungen gemäß § 11b bzw. § 11c keine zusätzliche Eigenbeteiligung in Rechnung zu stellen.

(4) Der VERTRAGSARZT hat nach Maßgabe der Anlage 6 gegenüber der KVS Anspruch auf Auszahlung der Vergütung für die von ihm vertrags- und ordnungsgemäß nach Maßgabe dieses Vertrages erbrachten und abgerechneten Leistungen. Sofern die KVS Zahlungen geleistet hat, auf die die VERTRAGSÄRZTE keinen Anspruch nach diesem Vertrag haben, ist die KVS berechtigt, diese Beträge unter Angabe von Gründen zurückzufordern und von späteren Rechnungen abzuziehen. Dies gilt auch, wenn der betreffende VERTRAGSARZT seine Teilnahme an diesem Vertrag zum Zeitpunkt der Rückforderung bereits beendet hat. Der Rückforderungsanspruch wird durch die Beendigung des Vertrages nicht beeinträchtigt. Zur Sicherung der Durchsetzung und Rückforderung meldet die AOK PLUS ihre Rückforderungen der KVS unverzüglich nach Kenntniserlangung, spätestens jedoch ein Jahr nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Anspruch entstanden ist. Rückforderungen nach diesem Vertrag können im Übrigen nur gemäß den allgemeinen Aufrechnungsregelungen mit Vergütungen, die nach § 85 SGB V an den VERTRAGSARZT gezahlt werden, verrechnet werden.

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

§ 16
Abrechnung der KVS

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

Abschnitt VII – Sonstige Vertragsgegenstände

§ 17
Vertragskommission

(1) Im Zuge der gemeinsamen Weiterentwicklung der Versorgung bilden die Vertragspartner eine Vertragskommission. Die Vertragskommission setzt sich aus jeweils zwei Vertretern der AOK PLUS und der KVS zusammen. Bei Bedarf können die Vertragspartner Berater (ohne Stimmrecht) hinzuziehen. Die Vertreter können von den sie Entsendenden jederzeit abberufen und durch andere Personen ersetzt werden. Sämtliche Vertreter haben gleiches Stimmrecht. Die Entscheidungen der Vertragskommission werden mit einfacher Mehrheit getroffen. Bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.

(2) Die Ergebnisse der Vertragskommission nach Absatz 4 Nummer 1 bis 5 werden in einem Ergebnisprotokoll als Entscheidungsvorlage zusammengefasst, das die Grundlage für die Entscheidungen, welche durch die Vertragspartner getroffen werden, bildet. Entscheidungen nach Absatz 4 Nummern 6, 7 und 8, 9 werden in einem Ergebnisprotokoll zusammengefasst und gelten mit dem Ergebnis der Abstimmung der Vertragskommission als beschlossen, wenn keiner der Vertragspartner des Vertrages der Entscheidung innerhalb von vier Wochen nach Übermittlung des Ergebnisprotokolls schriftlich widersprochen hat.

(3) Die Vertragskommission tritt regelmäßig, mindestens einmal jährlich, oder bei Bedarf zeitnah auf Einberufung eines Vertragspartners zusammen. Eine Entscheidung der Vertragskommission ist auch im Falle von Absatz 4 Nummer 6, 7 und 8 im schriftlichen Abstimmverfahren möglich.

(4) Zu den Aufgaben der Vertragskommission gehören insbesondere

1. die einheitliche Weiterentwicklung der Versorgungsaufträge sowie die Weiterentwicklung des Vertrages, ggf. unter Berücksichtigung der Ergebnisse der ausgewerteten Qualitätsindikatoren,
2. die Prüfung der Anwendbarkeit vorliegender Leitlinien,
3. die Vorbereitung der Entscheidung über den Ausschluss eines VERTRAGSARZTES gemäß § 7 Absatz 6,
4. die Festlegung von Regelungen zur Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen und der Art und Weise der Überprüfung gemäß § 4 Absatz 2, § 5 Absatz 2 i.V. m. Anlage 9,
5. die Festlegung von Qualitätsindikatoren und jährliche Auswertung dieser sowie ggf. Festlegung von Maßnahmen,
6. Festlegung von Maßnahmen zur Nutzungserhöhung der AIS mit IT-Schnittstelle (RV Digitalisierung) durch die VERTRAGSÄRZTE,
7. die inhaltliche Fortschreibung und Weiterentwicklung der Anlagen 4 und 5.
8. Die inhaltliche Fortschreibung und Weiterentwicklung der Anlage „Arznei- und Verbandmittel“ (Anlage 8) entsprechend der aktuellen Marktlage.
9. Sobald über die Schnittstelle zum AIS die Möglichkeit gegeben ist auch Formulare zu integrieren und somit diese maschinell zu erstellen und weiterzuleiten, ist der „Fuß-Dokumentationsbogen“ (Anlage 12) für die Befundübermittlung zwischen den VERTRAGSÄRZTEN in das AIS aufzunehmen. Dieser ist ggf. während der Vertragslaufzeit inhaltlich fortzuschreiben und weiterzuentwickeln.

Die Aufwendungen für die Mitglieder in der Vertragskommission trägt der Entsendende selbst.

§ 18
Gewährleistung und Haftung

(1) Es gelten die gesetzlichen und vertraglichen Bedingungen des SGB V und des Vertragsarztrechts.

(2) Die KVS und die teilnehmenden VERTRAGSÄRZTE haften gegenüber der AOK PLUS nicht für den wirtschaftlichen Erfolg des AIS mit IT-Vertragsschnittstelle, im Rahmen der Teilnahme am RV Digitalisierung in Form von Einsparungen der AOK PLUS als Folge der Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln mithilfe des AIS mit IT-Vertragsschnittstelle nach Anlage 4.

§ 19
Kostentragungsabrede

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

§ 20
Datenschutz, Datentransparenz und -austausch

(1) Die Vertragspartner und beteiligten Leistungserbringer sind verpflichtet, die für sie einschlägigen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten bzw. der personenbezogenen Daten, insbesondere der EU-DSGVO, des SGB, des Landesdatenschutzgesetzes, des BDSG, des Behandlungsvertrages, in der jeweils geltenden Fassung einzuhalten. Sie haben den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen. Bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten (Patientendaten, Versichertendaten) sind insbesondere die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung, dem Behandlungsvertrag und den strafrechtlichen Bestimmungen zu beachten. Die gesetzlichen oder sonst zulässigen Übermittlungsbefugnisse bleiben unberührt. Die Vertragspartner und beteiligten Leistungserbringer 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 erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wenn der Versicherte bzw. der/die dazu berechtigte/n Vertreter nach vorheriger Information gemäß § 9 Absatz 2 i. V. mit der TE/EWE gemäß § 8 Absatz 4 durch die Unterzeichnung der TE/EWE eingewilligt hat/haben. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den beteiligten behandelnden Ärzten und sonstigen Leistungserbringern, dem MD 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 Patientendaten im Rahmen der Teilnahme an diesem Versorgungsvertrag in einer gemeinsamen Dokumentation gespeichert, dürfen alle den Patienten im Rahmen des Versorgungsvertrages behandelnden Leistungserbringer Behandlungsdaten und Befunde aus der gemeinsamen Dokumentation nur dann abrufen, wenn der Versicherte durch Unterzeichnung der TE/EWE seine Einwilligung erteilt hat, und soweit die Informationen für den konkret anstehenden Behandlungsfall des Patienten genutzt werden sol-

len und der abrufende Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 des Strafgesetzbuches (StGB) zur Geheimhaltung verpflichtet ist.

(4) Die Vertragspartner und die beteiligten Leistungserbringer haben jeweils die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit unter Berücksichtigung des Stands der Technik gem. Art. 32 EU-DSGVO, insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Absatz 1, Absatz 2 EU-DSGVO, herzustellen und einzuhalten.

(5) Die KVS und die Leistungserbringer sind verpflichtet, die AOK PLUS unverzüglich über an die Aufsichtsbehörde nach Art. 33 EU-DSGVO gemeldete Datenschutzverstöße im Zusammenhang mit diesem Vertrag zu informieren.

§ 21
Öffentlichkeitsarbeit

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.

§ 22
Vertragsbeitritt

(1) In Abstimmung und mit Zustimmung der AOK PLUS können andere Krankenkassen bzw. Landesverbände der Krankenkassen oder der Verband der Ersatzkassen (Krankenkassenverbände) diesem Vertrag in der jeweils aktuell gültigen Fassung beitreten. Der Beitritt erfolgt durch schriftliche Erklärung (Anlage 16) gegenüber der KVS und AOK PLUS und wird mit Beginn des folgenden Quartals wirksam.

(2) Die Regelungen dieses Vertrages einschließlich der Anlagen gelten für die beitretende Krankenkasse bzw. Krankenkassenverband vollumfänglich, abgesehen von den Regelungen:

- § 14 „Aufgaben der AOK PLUS“ und
- § 17 „Vertragskommission“ sowie
- § 21 „Öffentlichkeitsarbeit“,

ab Beginn des auf das Beitrittsdatum folgenden Quartals. Festlegungen im Vertrag welche für die AOK PLUS gelten, übernehmen die beitretende Krankenkasse bzw. Krankenkassenverband.

(3) Vertragspartner bleiben alleinig die AOK PLUS und die KVS, vor allem bezogen auf künftige Weiterentwicklungen des Vertrages. Die AOK PLUS bzw. die KVS informiert die beigetretene Krankenkasse bzw. Krankenkassenverband rechtzeitig über Vertragsanpassungen.

(4) Die beigetretene Krankenkasse bzw. Krankenkassenverband beteiligt sich an den Entwicklungskosten (Verwaltungsaufwand) für diesen Vertrag mit einem Betrag von 5 TEUR gegenüber der AOK PLUS.

(5) Die beigetretene Krankenkasse bzw. Krankenkassenverband kann die Teilnahme mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende kündigen, was lediglich zum Austritt dieser Krankenkasse bzw. Krankenkassenverband führt. Die Kündigung ist gegenüber der AOK PLUS und der KVS schriftlich zu erklären.

§ 23
Vertragsänderungen und Formvorschriften

(1) Die AOK PLUS und die KVS sind gemeinsam berechtigt, diesen Vertrag und/oder Anlagen mit Wirkung für alle VERTRAGSÄRZTE und/oder Versicherten mit angemessener Vorlauffrist nach Maßgabe der folgenden Absätze 2 und 3 zu ändern, sofern und soweit es die Umsetzung der Koordinierung von Versicherten mit DFS nach diesem Vertrag zwingend erfordert. Für Änderungen im Vertrag und/oder Anlagen kann eine Abstimmung auf schriftlichem Wege erfolgen.

(2) Nebenabreden, Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages einschließlich der Anlagen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform und können nur einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern vorgenommen werden. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. E-Mail sowie die elektronische Form nach § 126a BGB bzw. § 127 Absatz 3 BGB wahren die Schriftform nicht.

(3) Die Anpassung, Änderung oder Ergänzung in vorhandenen Anlagen erfordert keine vorherige Vertragskündigung. Der Vertrag bleibt durch die Änderungen der Anlagen unberührt.

§ 24
Inkrafttreten, Laufzeit und Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.04.2022 in Kraft und ersetzt den Vertrag vom 01.01.2012 sowie die nachgefolgten Nachträge Nummer 1 bis 5.

(2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, schriftlich gekündigt werden.

(3) Eine außerordentliche Kündigung dieses Vertrages ist jederzeit, jedoch nur aus wichtigem Grund möglich. Ein wichtiger Grund, der zur Kündigung berechtigt, liegt insbesondere dann vor:

1. wenn die Leistungen, die Gegenstand dieses Vertrages sind, in erheblichem Umfang und nicht nur von einzelnen VERTRAGSÄRZTEN mangelhaft, unwirtschaftlich oder unvollständig erbracht werden und hierdurch der Vertragszweck vereitelt, gefährdet oder beeinträchtigt wird,
2. wenn zum wiederholten Male gegen Inhalte dieses Vertrages verstoßen wird,
3. wenn aufsichtsrechtliche, gerichtliche oder gesetzliche Maßnahmen dem Vertrag die Grundlage entziehen.

(4) Die Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages und können unabhängig von diesem Vertrag mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Die Kündigung einzelner Anlagen berührt die Wirksamkeit des Vertrages nicht. Die Anlagen gelten bis zur Vereinbarung einer neuen Fassung fort.

(5) Jede Kündigung bedarf der Schriftform. E-Mail sowie die elektronische Form nach § 126a BGB bzw. § 127 Absatz 3 BGB wahren die Schriftform nicht.

§ 25
Salvatorische Klausel

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

Dresden, 3. März 2022

gez.	*gez.*
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen	AOK PLUS