

Vertrag zur Versorgung in dem Fachgebiet der Diabetologie in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V

zwischen



AOK Baden-Württemberg („AOK“)

Presselstr. 19, 70191 Stuttgart

vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden Dr. Christopher Hermann

und



MEDIVERBUND AG („MEDIVERBUND“)

Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

vertreten durch die Vorstände Frank Hofmann und Werner Conrad

sowie

teilnehmenden FACHÄRZTEN

unterstützt durch



Diabetologen Baden-Württemberg eG („D BW eG“)

Adenauerplatz 4, 69115 Heidelberg

vertreten durch die Vorstände Dr. med. Richard Daikeler
und Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Klaus Kusterer

und



MEDI Baden-Württemberg e.V. („MEDI e.V.“)

Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

vertreten durch den Vorstand Dr. Werner Baumgärtner

Inhaltsverzeichnis

ABSCHNITT I: PRÄAMBEL UND VERTRAGSGEGENSTAND	3
Präambel	3
§ 1 Vertragsgegenstand	4
ABSCHNITT II: TEILNAHME DES FACHARZTES	5
§ 2 Kreis teilnahmeberechtigter Vertragsärzte und Medizinischer Versorgungszentren	5
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Vertragsteilnahme	5
§ 4 Einschreibung und Versorgung von AOK-Versicherten	8
§ 5 Besondere Leistungen des FACHARZTES	9
§ 6 Informationspflichten des FACHARZTES	13
§ 7 Unterstützung weiterer Versorgungsformen durch den FACHARZT	13
§ 8 Beendigung der Teilnahme des FACHARZTES am Vertrag	13
ABSCHNITT III: VERTRAGSTEILNAHME DURCH VERSICHERTE	14
§ 9 Vertragsteilnahme durch Versicherte	14
ABSCHNITT IV: RECHTE UND PFLICHTEN VON AOK und MEDIVERBUND UNTEREINANDER	15
§ 10 Anwendungsbereich dieses Abschnitts	15
§ 11 Leistungen der Managementgesellschaft	15
§ 12 Pflichten der AOK	16
§ 13 Rechte und Pflichten von MEDI e.V. und D BW eG	18
§ 14 Wechselseitige Unterstützung	18
§ 15 Öffentlichkeitsarbeit/Marketing	18
§ 16 Vertragssoftware	18
§ 17 Kündigung und Laufzeit	18
§ 18 Schlichtungsverfahren	19
ABSCHNITT V: ABRECHNUNG	19
§ 19 Abrechnung der Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft	19
§ 20 Abrechnung der Vergütung gegenüber der AOK	22
§ 21 Verwaltungskostengebühr	22
ABSCHNITT VI: BEIRAT	22
§ 22 Beirat	22
ABSCHNITT VII: ALLGEMEINE REGELUNGEN	23
§ 23 Geltung der einzelnen Abschnitte	23
§ 24 Vertragsbeginn und Vertragsende	23
§ 25 Verfahren zur Vertragsänderung	24
§ 26 Haftung und Freistellung	25
§ 27 Qualitätssicherung	25
§ 28 Datenschutz	25
§ 29 Sonstiges	26
Anlagenübersicht	27

ABSCHNITT I: PRÄAMBEL UND VERTRAGSGEGENSTAND

Präambel

Die ambulante diabetologische Versorgung stellt einen elementaren und unverzichtbaren Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens dar. Eine qualitativ hochwertige, flächendeckende Versorgung durch diabetologisch tätige niedergelassene Fachärzte ermöglicht eine weitgehend ambulante, kostengünstige Versorgung der Patienten in Zusammenarbeit mit den Hausärzten. Durch Zusammenarbeit und Vernetzung der Versorgungsstrukturen, insbesondere mit den Hausärzten, und unter Berücksichtigung des Grundsatzes ambulant vor stationär, soll durch diesen Vertrag die medizinische Versorgung optimiert und gleichzeitig wirtschaftlicher werden.

Die AOK mit über 4 Millionen Versicherten in Baden-Württemberg möchte gemeinsam mit dem MEDIVERBUND sowie an diesem Vertrag („**Vertrag**“) teilnehmenden Ärzten/-innen und Medizinischen Versorgungszentren (**im Folgenden „FACHÄRZTE“ genannt**) Versicherten eine besondere ambulante Versorgung gemäß § 140a SGB V („**SGB V**“) anbieten. Die AOK, der MEDIVERBUND und die teilnehmenden FACHÄRZTE werden hierbei durch D BW eG und MEDI e.V. berufspolitisch unterstützt. Die AOK erfüllt durch das Angebot der Vertragspartner den Sicherstellungsauftrag gegenüber den teilnehmenden und zu versorgenden Versicherten.

Innerhalb des EBM sind die spezialisierten diabetologischen Leistungen in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis, insbesondere die Tätigkeit der Diabetesberater/in, die Schulungsaktivitäten und die Fußambulanz nicht in adäquater Form erfasst und vergütet. Eine wirtschaftlich tragfähige Situation lässt sich trotz hoher Qualifikation in der kollektivvertraglichen Versorgung nicht darstellen. Durch die DMP wurden Abrechnungsmöglichkeiten für die diabetologische Schwerpunktpraxis geschaffen, die zum Teil jedoch noch nicht ausreichend die Vergütung diabetologischer Leistungen darstellen. Spezifische diabetologische Leistungen erfordern nicht weniger qualifizierte Tätigkeiten als in anderen fachärztlichen Bereichen, z.B. Kardiologie oder Gastroenterologie, und fordern zum Teil erheblich höheren logistischen Aufwand bei der Weiterbildung von nicht-ärztlichem Assistenzpersonal wie Diabetesberater/in, Diabetesassistent/in und Diätassistent/in sowie Wundschwester i.V.m. strukturiertem diabetesspezifischem Qualitätsmanagement.

Die Diabetologen in Baden-Württemberg haben am 22.07.2008 eine Genossenschaft gegründet. Erstes Ziel der Genossenschaft ist eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe, ambulante kontinuierliche Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1. Aufgabe der Genossenschaft ist es, die Gruppe der niedergelassenen Diabetologen gegenüber Verbänden, der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen zu vertreten, mit dem Ziel die Versorgung unserer Patienten mit Diabetes zu verbessern.

MEDI e.V. ist eine fachübergreifende Organisation niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten, die die ärztliche Freiberuflichkeit in wirtschaftlicher und therapeutischer Hinsicht stärken will. MEDI e. V. hat unter anderem für die Verhandlung, den Abschluss und die Umsetzung dieser Versorgungsverträge die MEDIVERBUND AG gegründet. MEDIVERBUND führt die Managementaufgaben nach diesem Vertrag durch.

Durch den Vertrag wird der FACHARZT gegen die Vergütung nach diesem Vertrag zur Erfüllung besonderer Qualitätsanforderungen verpflichtet. Diese besondere Qualität und die Zusammenarbeit mit den anderen Leistungserbringern, insbesondere den Hausärzten, soll die Versorgung der daran teilnehmenden Versicherten (Patienten) optimieren. Der FACHARZT wird in die Lage versetzt, mehr Zeit für die Behandlung seiner Patienten aufzuwenden. Durch eine zielgenauere Leistungssteuerung und insbesondere eine rationale und transparente Pharmakotherapie sowie Heil- und Hilfsmittelversorgung erwartet die AOK die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven. Dieses Ziel wird durch eine Vertragssoftware unterstützt. Diese ermöglicht dem FACHARZT insbesondere die Verordnung der Medikamente, die Überweisung von Patienten und die Abrechnung der Vergütung für Leistungen nach diesem Vertrag.

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass dieser Vertrag eine fachärztliche Ergänzung zum HZV-Vertrag der AOK vom 08.05.2008 und Teil des AOK-FacharztProgramms ist, in dem bereits Facharztverträge nach §140a SGB V bestehen. Nach einer öffentlichen Ausschreibung sollen ergänzend Verträge mit weiteren Facharztgruppen nach § 140a SGB V angegliedert werden. Der HZV-Vertrag sowie alle Facharztverträge nach § 140a SGB V sollen medizinisch und wirtschaftlich zu einer optimal vernetzten, ambulanten Versorgung für die Patienten verbunden werden.

Die Versorgung nach diesem Vertrag soll darüber hinaus sinnvoll durch weitergehende und auf sie abgestimmte Versorgungsformen und -elemente ergänzt werden: insbesondere Integrationsversorgung nach §§ 140a ff. SGB V, Rabattverträge nach § 130a SGB V sowie strukturierte Behandlungsprogramme der AOK nach § 137f SGB V.

Die Vertragspartner verfolgen im Rahmen eines **Kodex** insbesondere folgende gemeinsame Versorgungsziele:

- (1) Im Sinne der „sprechenden Medizin“ nehmen sich die FACHÄRZTE in der Sprechstunde ausreichend Zeit für notwendige intensive Gespräche und eine motivationale Beratung (bio-psycho-sozialer Ansatz).
- (2) Die FACHÄRZTE arbeiten intensiv mit dem HAUSARZT des Patienten und anderen beteiligten FACHÄRZTEN/PSYCHOTHERAPEUTEN zusammen. Dabei geht es v.a. um eine gegenseitige, zeitnahe Information per Arztbrief (ab technischer Bereitstellung auch elektronisch) und die fachübergreifende Kooperation bei Diagnostik und Therapie. Die AOK weist ihre am Facharztprogramm teilnehmenden Versicherten ausführlich darauf hin, wie wichtig die Therapietreue bei der Lösung ihrer gesundheitlichen Probleme ist.
- (3) FACHÄRZTE und HAUSÄRZTE arbeiten beim Versorgungsmanagement (gemäß § 11 Abs. 4 SGB V) komplexer Fallkonstellationen vertrauensvoll zusammen und binden im Einverständnis mit dem Patienten in Erfüllung ihrer Unterstützungsfunktion den Sozialen Dienst der AOK ein.
- (4) Ziel der Vertragspartner ist es, mit erweiterten Behandlungsmöglichkeiten und intensivierter Betreuung durch den FACHARZT und HAUSARZT sowie insoweit qualifizierten Mitarbeitern der Kassen eine verbesserte Versorgung zu erreichen und unnötige Ausgaben bei veranlassenen Leistungen zu vermeiden.
- (5) Die Vertragspartner unterstützen telemedizinische Modellprojekte und Versorgungsangebote als Ergänzung bzw. Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung.
- (6) Die Vertragspartner arbeiten gemeinsam an der Einführung und Weiterentwicklung einer online-basierten Terminvergabe zur besseren Koordinierung und Vernetzung von FACHÄRZTEN und HAUSÄRZTEN.
- (7) Leitliniengerechte Verordnung von Gewebezuckermessgeräten und Kooperation hinsichtlich dem Bestreben, auf Grundlage von Glukose-Monitoring und Versorgungsdaten die Therapie der Diabetes-Patienten kontinuierlich zu verbessern.

Dies vorausgeschickt, vereinbaren die Vertragspartner das Folgende:

§ 1 Vertragsgegenstand

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Umsetzung einer qualifikations- und qualitätsbezogenen Versorgung im Fachgebiet der Diabetologie (soweit die FACHÄRZTE das Leistungsspektrum der Diabetologie erbringen, siehe insbesondere Anlagen 2 und 12) für Versicherte der AOK in Baden-Württemberg durch nach dem II. Abschnitt (Seite 5 ff.) dieses Vertrages teilnehmende FACHÄRZTE. Der Abschnitt III. regelt die Teilnahme und Versorgung der

Versicherten der AOK. Der MEDIVERBUND als Managementgesellschaft („**Managementgesellschaft**“) erbringt in diesem Zusammenhang die im IV. Abschnitt (Seite 15 ff.) dieses Vertrages geregelten Managementleistungen und führt mit Wirkung für die FACHÄRZTE gemäß § 295a Abs. 1 SGB V als Vertragspartner auf Leistungserbringerseite das im V. Abschnitt (Seite 19 ff.) geregelte Abrechnungsmanagement durch.

- (2) Leistungen des organisierten Notfalldienstes sind nicht Bestandteil dieses Vertrages.
- (3) Grundlage für die erfolgreiche Durchführung dieses Vertrages ist eine enge und von gegenseitigem Vertrauen geprägte Zusammenarbeit der Vertragspartner.

ABSCHNITT II: TEILNAHME DES FACHARZTES

§ 2 Kreis teilnahmeberechtigter Vertragsärzte und Medizinischer Versorgungszentren

- (1) Die Vertragspartner eröffnen zugelassenen Vertragsärzten/-innen („**Ärzte**“), persönlich ermächtigten Ärzten/-innen („**Ermächtigte**“) und Medizinischen Versorgungszentren („**MVZ**“) die Möglichkeit der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm, hier: Diabetologie, nach Maßgabe dieses Vertrages.
- (2) Ärzte und MVZs (§ 95 Abs. 1 und § 311 Abs. 2 SGB V) sind im Rahmen der berufsrechtlichen Grenzen zur Teilnahme an diesem Vertrag durch Vertragsbeitritt im Sinne von § 3 Abs. 4 lit. b) („**Vertragsteilnahme**“) berechtigt, wenn sie die in den nachfolgenden lit. a) bis c) genannten Eigenschaften und die in § 3 genannten Teilnahmevoraussetzungen erfüllen („**teilnahmeberechtigter Vertragsarzt**“):

a) Ärzte müssen

- Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder Fachärzte für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ bzw. mit vergleichbarer Qualifikation oder Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Kinder-Endokrinologie und –Diabetologie“ sein und weitere in **Anlage 2** Abschnitt I sowie **Anlage 2a** genannte Voraussetzungen erfüllen. Der Beirat (§ 22) entscheidet im Einzelfall über das Vorliegen einer vergleichbaren Qualifikation im Sinne von Satz 1.
 - als zugelassener Arzt oder als zugelassenes MVZ an der haus- und/oder fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmen.
- b) Persönlich ermächtigte Ärzte dürfen Leistungen dieses Vertrages nur im Rahmen und für die Dauer ihrer persönlichen Ermächtigung selbst erbringen und abrechnen. Sofern die Ermächtigung einen Überweisungsvorbehalt vorsieht, kann hiervon in Einzelfällen durch Beschluss des Beirates gemäß § 21 aus Sicherstellungsgründen abgewichen werden.
 - c) Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte des Vertragsarztes/MVZ bzw. die für die persönliche Ermächtigung genutzten Räumlichkeiten liegen in Baden-Württemberg.

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Vertragsteilnahme

- (1) Ein teilnahmeberechtigter Vertragsarzt im Sinne von § 2 Abs. 2 kann die Teilnahme durch Abgabe der Teilnahmeerklärung nach **Anlage 1** schriftlich beantragen.

- (2) Managementgesellschaft ist der MEDIVERBUND. Die Teilnahmeerklärung ist an die Managementgesellschaft zu richten. Die Managementgesellschaft ist im Zusammenhang mit der Vertragsteilnahme, Durchführung und Beendigung dieses Vertrages zur Abgabe von Erklärungen gegenüber dem FACHARZT und Entgegennahme von Erklärungen des FACHARZTES mit Wirkung für die anderen Vertragspartner berechtigt.
- (3) Voraussetzungen für die Vertragsteilnahme sind:
- a) Erfüllung der Eigenschaften gemäß § 2;
 - b) Nachweis der Teilnahme an einer vertragsspezifischen Schulung (in der Regel Präsenzveranstaltung gemäß Anlage 6). Die Teilnahme an einer solchen Schulung muss durch den Vertragsarzt, den persönlich ermächtigten bzw. den diabetologisch tätigen angestellten Arzt des MVZ und mindestens eine/n bei dem Vertragsarzt bzw. MVZ angestellte/n Diabetesberater/in erfolgen;
 - c) Ausstattung mit einer onlinefähigen IT, die den Betriebssystemanforderungen des Softwarehauses der Vertragssoftware entspricht und Anbindung über z.B. DSL zur Steuerung von Abrechnungs-, Verordnungs- und Informationsprozessen; Einzelheiten zu dieser technischen Ausstattung ergeben sich aus **Anlage 3**;
 - d) Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem);
 - e) Ausstattung mit einer vertragsspezifischen Software („**Vertragssoftware**“) in der stets aktuellen Version. Näheres zur Ausstattung und den technischen Voraussetzungen (einschließlich Hardware) ist in **Anlage 3** geregelt;
 - f) Befüllen eines elektronischen Patientenpasses/Patientenakte auf Wunsch des Patienten, soweit die technischen Voraussetzungen vorliegen;
 - g) Ausstattung mit einem Faxgerät (Computerfax oder Faxgerät) und Angabe einer E-Mail-Adresse. Die Managementgesellschaft wird die FACHÄRZTE je nach Art und Umfang der Information über die vom FACHARZT benannte E-Mail-Adresse informieren;
 - h) Erfüllung sämtlicher folgender Mindestanforderungen an den FACHARZT: Pro Kalenderjahr sind vom FACHARZT die Fortbildungen gemäß Anlage 2 nachzuweisen;
 - i) Vorhalten einer apparativen Ausstattung und entsprechend qualifizierten Personals, soweit es gemäß **Anlagen 2/2a** für die Erbringung der Leistungen nach diesem Vertrag entsprechend dem jeweils aktuellen Stand des medizinischen Wissens notwendig ist;
 - j) Teilnahme an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß **Anlagen 2/2a**
 - Sektorenübergreifende Qualitätssicherung gemäß § 137a SGB V (nach Implementierung)
 - Erfüllung der Anforderungen der „Qualitätsmanagements-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ in ihrer jeweils aktuell gültigen Fassung;
 - k) Dokumentation des Krankheitsverlaufs und der medikamentösen und nicht-medikamentösen biopsychosozial ausgerichteten Therapie der teilnehmenden Versicherten in einem Register zur Qualitätssicherung und Vertragssteuerung gem. **Anlage 2a**;

- l) Teilnehmer als Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe an Disease-Management-Programmen (DMP) gem. § 137g SGB V zu Diabetes mellitus Typ 2 sowie als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt für Diabetes mellitus Typ 1 gemäß § 3 der Vereinbarung für DMP Diabetes mellitus Typ 1; die Kinder- und Jugendärzte sind von der Verpflichtung zur Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2 ausgenommen.
 - m) Mindestanzahl von Behandlungen pro Quartal (bei voller Zulassung): 40 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und 200 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2. Die Mindestzahl von 40 Diabetes mellitus Typ 1-Patienten ist innerhalb von zwei Jahren zu erreichen. Für die im Sinne der ärztlichen Zulassung (§ 95 Abs. 2 SGB V) neu zugelassenen Ärzte gilt abweichend von Satz 1 nachfolgende Regelung: Der FACHARZT hat zur Erreichung der in Satz 1 genannten Mindestanzahl an Patienten ab Beginn seiner Zulassung folgende Übergangszeiten: zwei Jahre (Erreichung der Mindestanzahl an Diabetes mellitus Typ 1-Patienten) bzw. ein Jahr (Erreichung der Mindestanzahl an Diabetes mellitus Typ 2-Patienten). Die Vertragsteilnahme der in Satz 2 und Satz 4 genannten FACHÄRZTE steht während dieser Übergangszeiten abweichend von § 8 unter der auflösenden Bedingung, dass bei Nichterreichen der genannten Patientenzahl die Vertragsteilnahme zum Ablauf der jeweiligen Übergangszeit automatisch endet. Die Kinder- und Jugendärzte sind von der Mindestzahl an Diabetes mellitus Typ 2-Patienten ausgenommen;
 - n) Vorhalten einer qualitätsgesicherten Präsenzblutzuckermessung nach Richtlinien der Bundesärztekammer und HbA1c-POC-Diagnostik (Nachweis: Protokoll der Qualitätssicherungskontrolle nach Richtlinien der Bundesärztekammer (RiLiBÄK));
 - o) Vorhalten (Beschäftigung und/oder Kooperation) eines/r Diabetesberater/in nach DDG oder eines/r staatlich anerkannten Diabetesberater/in im Gesundheitswesen und in der Altenpflege nach der Landesverordnung zur Durchführung des Landesgesetzes über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen Rheinland-Pfalz (mindestens eine Vollzeitkraft pro FACHARZT; bei Berufsausübungsgemeinschaften mindestens eine halbe Vollzeitkraft pro FACHARZT). Der Umfang der Beschäftigung/Kooperation richtet sich dabei nach der tatsächlichen Sprechstundentätigkeit des FACHARZTES bzw. der Berufsausübungsgemeinschaften unter Beachtung der Vorgaben des BMV-Ä und/oder der Ärzte-ZV. Für Kinder- und Jugendärzte ist die Anstellung bzw. Kooperation einer Diabetesberaterin-Teilzeitkraft ausreichend.
 - p) Nachweis der Teilnahme an einer Schulung zur Durchführung von Patientenschulungen im Umgang mit rtCGM sowie Insulinpumpentherapie gem. **Anlage 2a** durch den FACHARZT und den/die Diabetesberater/in (gem. lit. o).
- (4) Die Managementgesellschaft prüft die Teilnahmeberechtigung des Facharztes nach dem vorstehenden Absatz und teilt ihm spätestens 2 Wochen nach Eingang der Teilnahmeerklärung bei der Managementgesellschaft schriftlich ein Zwischenergebnis bzw. das Ergebnis ihrer Prüfung wie folgt mit:
- a) **Aufforderung zur Nachbesserung zur Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen.** Erfüllt ein teilnahmeberechtigter Vertragsarzt die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 3 zum Zeitpunkt der Abgabe der Teilnahmeerklärung nicht und ergibt sich dies nach Prüfung durch die Managementgesellschaft, setzt die Managementgesellschaft eine Frist von 3 Monaten, innerhalb derer der teilnahmeberechtigte Vertragsarzt für die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen sorgen kann. Die Managementgesellschaft ist berechtigt, zum Nachweis der Teilnahmevoraussetzungen geeignete Unterlagen anzufordern, wenn sie Zweifel an der Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen hat. Erfüllt der teilnahmeberechtigte Vertragsarzt die Teilnahmevoraussetzungen nicht innerhalb der Frist nach Satz 1, ist die Abgabe eines neuen Vertragsangebotes durch diesen Arzt gemäß Absatz 1 erforderlich.

- b) **Zulassung zum AOK-FacharztProgramm Diabetologie.** Liegen die Teilnahmevoraussetzungen nach Abs. 3 vor, gegebenenfalls nach Nachbesserung im Sinne von lit. a), nimmt die Managementgesellschaft das Vertragsangebot des teilnahmeberechtigten Vertragsarztes zur Teilnahme am AOK-FacharztProgramm Diabetologie unverzüglich an. Die Annahme erfolgt durch eine schriftliche Bestätigung (in der Regel per Fax) der Managementgesellschaft an den teilnahmeberechtigten Vertragsarzt über die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Abs. 3. Mit Zugang dieser Bestätigung über die Vertragsteilnahme wird der teilnahmeberechtigte Vertragsarzt Vertragspartner als FACHARZT dieses Vertrages.

§ 4 Einschreibung und Versorgung von AOK-Versicherten

- (1) Versicherte der AOK Baden-Württemberg, die in das AOK-HausarztProgramm (HZV) eingeschrieben sind, können sich in das AOK-FacharztProgramm einschreiben. Das AOK-FacharztProgramm besteht derzeit aus den Modulen Kardiologie, Gastroenterologie, PNP (Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie), Orthopädie, Urologie und Diabetologie und wird sukzessive ausgebaut. Mit der Einschreibung in das AOK-FacharztProgramm verpflichtet sich der Versicherte, in den Fachgebieten, für die Module des AOK-FacharztProgramms bestehen, nach freier Wahl ausschließlich solche Fachärzte auszuwählen, die an diesem FacharztProgramm der AOK teilnehmen.
- (2) Abweichend von Abs. 1 können Versicherte auch ohne Einschreibung in das AOK-Hausarzt- oder -FacharztProgramm bzw. Versicherte, die nur in das AOK-HausarztProgramm eingeschrieben sind, Leistungen des Modules „Gestationsdiabetes“ (GD) gem. Anlage 12 dieses Vertrags in Anspruch nehmen, sobald die technischen Voraussetzungen hierfür geschaffen wurden. Der Beirat (§ 22) entscheidet über den Start des Moduls GD. Näheres zu einer gesonderten Einschreibung in das Modul „Gestationsdiabetes“ regelt § 9 Abs. 2. Die Leistungen im Rahmen des Modules „Gestationsdiabetes“ können nur bei FACHÄRZTEN beansprucht werden.“
- (3) Versicherte der AOK können sich auf folgendem Wege durch Abgabe einer entsprechenden Teilnahmeerklärung („**Versicherten-Teilnahmeerklärung**“) in das **AOK-FacharztProgramm** einschreiben:
- a) Beim FACHARZT. Dieser ist ab dem Zeitpunkt seiner Vertragsteilnahme berechtigt und auf Wunsch des Versicherten verpflichtet, Versicherten-Teilnahmeerklärungen von diesen entgegenzunehmen. Der FACHARZT erfasst die Teilnahme in der Vertragssoftware und leitet die Daten unverzüglich elektronisch an die Managementgesellschaft weiter. Der FACHARZT bewahrt einen Ausdruck der Teilnahmeerklärung entsprechend den gesetzlichen Fristen auf (zurzeit 10 Jahre). Der zweite Ausdruck wird dem Patienten ausgehändigt.
- b) Bei Ärzten, die am HZV-Vertrag gemäß § 73b SGB V teilnehmen („**HAUSARZT**“).
- c) Bei FACHÄRZTEN aus anderen Verträgen des AOK-FacharztProgramms.
- (4) Teilnahmeerklärungen von Versicherten führen, soweit die Voraussetzungen für eine Teilnahme dieser Versicherten gegeben sind (§ 9), zur Einschreibung mit Wirkung für das nächstmögliche Abrechnungsquartal. Voraussetzung für die Einschreibung mit Wirkung zu dem nächsten Abrechnungsquartal ist jedoch weiter, dass die Teilnahmeerklärungen spätestens bis zum 1. Kalendertag des zweiten Monats vor Beginn dieses Abrechnungsquartals bei der AOK eingegangen sind (01. Februar, 01. Mai, 01. August, 01. November). Für das weitere Verfahren der Einschreibung gelten die Vorgaben der in **Anlage 6** enthaltenen „**Prozessbeschreibung FACHARZT**“. AOK und MEDIVERBUND können einver-

nehmlich die genannten Fristen um bis zu einen Monat verlängern. Für die Sofortabrechnung nach Einschreibung gelten abweichend und ergänzend hiervon die Regelungen der Ergänzungsvereinbarung vom 12.04.2012 in der jeweils aktuellen Fassung. Ersetzende Vereinbarungen dieser Ergänzungsvereinbarung vom 12.04.2012 werden entsprechend berücksichtigt. Abweichend hiervon berechtigten Teilnahmeerklärungen von Versicherten nach Abs. 2 zur unmittelbaren Inanspruchnahme und Abrechnung von Leistungen des Moduls „Gestationsdiabetes“.

- (5) Die Managementgesellschaft stellt sicher, dass die FACHÄRZTE den Teilnahmestatus der Versicherten abrufen können. Ärztliche Leistungen von FACHÄRZTEN für am AOK-FacharztProgramm teilnehmende Versicherte dürfen nach Maßgabe des **Abschnitt V** (Seite 19 ff.) dieses Vertrages abgerechnet werden.
- (6) AOK und MEDIVERBUND setzen gemeinsam die elektronische Einschreibung und elektronische Datenübermittlung mittels Vertragssoftware für die Teilnahme der Versicherten im Vertrag für alle FACHÄRZTE um. Näheres ergibt sich aus Anlage 6 zu diesem Vertrag. Der FACHARZT hat seinen gesetzlichen Pflichten zur Archivierung der Teilnahmeformulare nachzukommen.
- (7) Ein Anspruch von Versicherten zur Teilnahme ergibt sich allein aus den jeweils aktuellen Teilnahmeerklärungen und Merkblättern der AOK in Verbindung mit der jeweils gültigen Satzung.

§ 5 Besondere Leistungen des FACHARZTES

- (1) Der FACHARZT ist gegenüber der Managementgesellschaft gemäß den folgenden Absätzen 2 bis 7 zum Angebot einer besonderen Versorgung an die teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der nach Maßgabe von **Abschnitt V** (Seiten 19 ff.) erbring- und abrechenbaren Leistungen sowie besonderer Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen verpflichtet. Die medizinische Verantwortung für die Behandlung der Versicherten verbleibt bei dem behandelnden FACHARZT. Er erbringt seine ärztlichen Leistungen gegenüber den Versicherten selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit der ärztlichen Berufsordnung nach Maßgabe des Behandlungsvertrages und seiner ärztlichen Sorgfaltspflicht.
- (2) Der FACHARZT muss sämtliche der folgenden Qualitätsanforderungen hinsichtlich des Sprechstundenangebots, der Terminvergabe und der Praxisausstattung erfüllen:
 - a) Zur Unterstützung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ gelten folgende Fristen:
 - Reguläre Sprechstundentermine oder Erstkontakte erfolgen in der Regel zwei Wochen nach Anmeldung,
 - Behandlung von Not-/Akutfällen am Tag des Anrufs durch den HAUSARZT/FACHARZT, sofern sie bis eine Stunde vor Ende der Sprechstunde angemeldet werden,
 - b) Begrenzung der Wartezeit für eingeschriebene Versicherte bei vorab vereinbarten Terminen auf möglichst 30 Minuten (Not-/ Akutfälle sind bevorzugt zu behandeln).
 - c) Angebot einer werktäglichen Sprechstunde, d.h. ein Sprechstundenangebot an allen Werktagen (Montag bis Freitag).

- d) Angebot einer Abendsprechstunde pro Woche bis mindestens 20:00 Uhr (Terminsprechstunde) für berufstätige eingeschriebene Versicherte.
 - e) Alle relevanten Befunde werden - mit Einverständnis des Patienten - dem HAUSARZT innerhalb von 3 Werktagen übermittelt. Bei Notfällen wird der Befund dem Patienten mitgegeben bzw. sofort übermittelt. Die Übermittlung erfolgt per elektronischem Arztbrief unter Nutzung der Vertragssoftware gemäß Anlage 3, soweit technisch möglich.
 - f) Anfragen der AOK und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zu Arbeitsunfähigkeit werden vom FACHARZT innerhalb von 4 Werktagen beantwortet.
 - g) Zudem müssen die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 3 erfüllt werden.
 - h) Organisation einer Rufbereitschaft (FACHARZT oder Diabetesberater/in) für medizinisch notwendige Fälle aus der Praxis.
- (3) Der FACHARZT muss sämtliche der folgenden **Qualifikationsanforderungen** selbst und ggf. durch einen im Rahmen des Zulassungsrechts angestellten Arzt bzw. als MVZ durch einen Vertragsarzt/angestellten Arzt erfüllen:
- a) Aktive Unterstützung von hausärztlichen Qualitätszirkeln zu diabetologischen Themen nach Maßgabe von **Anlage 2**;
 - b) Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln nach Maßgabe von **Anlage 2**;
 - c) Konsequente Berücksichtigung der für die Behandlung in der diabetologischen Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien sowie der Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Maßgabe von **Anlage 2**;
 - d) Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V. Vertragsspezifische Fortbildungspflichten gemäß **Anlage 2** sind jährlich bei der Managementgesellschaft einzureichen.
- (4) Der FACHARZT erbringt im AOK-FacharztProgramm Diabetologie folgende besondere Leistungen für eingeschriebene Versicherte sowie Versicherte gem. § 4 Abs. 2:
- a) Bereitstellung von begleitenden Informationen über die Versorgung nach diesem Vertrag und über die Rechte und Pflichten der eingeschriebenen Versicherten bei einer Teilnahme an dem AOK-FacharztProgramm auf deren Nachfrage, zusätzlich zu den Informationen der Krankenkassen gemäß § 140 SGB V;
 - b) Überweisung durch den FACHARZT an weitere FACHÄRZTE oder andere Fachärzte im Rahmen der gestellten Fragestellung unter Einbeziehung des HAUSARZTES und unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach Durchführung aller dem FACHARZT möglichen und notwendigen Abklärungen; Tätigkeit und Überweisung nur unter Berücksichtigung und Übermittlung der Vorbefunde. Bei Klinikeinweisungen ist analog zu verfahren; es gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ (§ 39 Abs. 1 SGB V).
 - c) Überweisungen vom FACHARZT zu den Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V sind weiterhin in begründeten Ausnahmefällen möglich.
 - d) Sammlung, Dokumentation und sofortige Übermittlung aller für die Diagnostik und Therapie relevanten, vorliegenden Befunde einschließlich der korrekten und endstelligen ICD-10-Kodierungen – sofern gegeben auch unter Einhaltung der Vorgaben der

jeweils aktuell geltenden Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich. Die Übermittlung erfolgt – mit Einverständnis des Patienten – nach Abschluss der Diagnostik in jedem Fall an den HAUSARZT innerhalb von 3 Werktagen und, wenn nötig, zusätzlich an

- den weiterbehandelnden FACHARZT
- das Krankenhaus bei notwendiger stationärer Einweisung.

Die Übermittlung erfolgt per **(elektronischem) Arztbrief** unter Nutzung der Vertragssoftware gemäß **Anlage 3** soweit technisch möglich.

Des Weiteren verpflichten sich die FACHÄRZTE zur Befüllung des elektronischen Medikamentenplans sowie zur elektronischen Terminvergabe für Versicherte, sobald die technischen Voraussetzungen zur Implementierung von AOK und/oder MEDIVERBUND zur Verfügung stehen.

- e) Bekanntmachung und Information des Versicherten über einen am Vertrag teilnehmenden Vertretungsarzt in für die Versicherten zumutbarer Entfernung. Vertretungen müssen innerhalb des AOK-FacharztProgramms organisiert werden. Die Managementgesellschaft veröffentlicht die Vertretungsärzte im Internet.
- f) Befüllen eines/r elektronischen Patientenpasses/Patientenakte auf Wunsch und bei Einverständnis des eingeschriebenen Versicherten soweit die hierfür erforderlichen technischen Voraussetzungen vorliegen.
- g) Information der teilnehmenden Versicherten über spezifische Angebote der AOK, z. B. Gesundheitsangebote, sozialer Dienst, Präventionsangebote und spezielle Rehabilitationsangebote.
- h) Übermittlung der nach den Vorschriften des 10. Kapitels des SGB V erforderlichen Angaben für die Abrechnung der nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen an die Managementgesellschaft (vgl. 295a Abs. 1 SGB V).
- i) Übergabe der Praxisdokumentation bei einem Arztwechsel des Versicherten innerhalb des AOK-FacharztProgramms Diabetologie auf Wunsch und mit Einverständnis des eingeschriebenen Versicherten.
- j) Die Leistungen gemäß § 5 Abs. 2.
- k) Der FACHARZT erbringt alle gemäß Anlage 12 vertraglich definierten Leistungen innerhalb dieses Vertrags. Leistungen dieses Vertrages dürfen von FACHÄRZTEN nicht privat liquidiert werden.
- l) Falls die AOK für ihre Versicherten ein zusätzliches Diagnostik- und/oder Behandlungsangebot insbesondere bei schwerwiegenden diabetologischen Erkrankungen anbietet, unterstützt der FACHARZT dieses Angebot und leitet im Einzelfall Berichte datenschutzkonform und mit Einverständnis des Versicherten an die entsprechenden ärztlichen Leistungserbringer weiter.
- m) Beratung, Schulung, Versorgung und therapeutische Überwachung der teilnehmenden Versicherten mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus, die einer intensivierten Insulinbehandlung bedürfen, insbesondere i. V. m. der Indikationsstellung bzw. Verordnung von Glukosemessgeräten (rtCGM) und/oder Insulinpumpen.
- n) Beratung, Schulung, Versorgung und therapeutische Überwachung der teilnehmenden

Versicherten mit Gestationsdiabetes und/oder Diabetischem Fußsyndrom (letzteres: in Anlehnung an die Richtlinien der DDG; nach Vereinbarung der Leistungsinhalte durch die Vertragspartner).

- o) Mögliche Nutzung und Angebot von Leistungen bzw. Fachanwendungen im Rahmen der elektronischen Arztvernetzung gemäß Anhang 2 zu Anlage 12, insbesondere wenn hierfür die erforderlichen technischen und vertraglichen (z.B. Teilnahmeerklärung des Arztes) Voraussetzungen vorliegen.
- (5) Der FACHARZT ist im Rahmen seiner Therapiefreiheit und seiner ärztlichen Verantwortung zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise, im Bereich der Arznei-, Heil- und Hilfsmitteltherapie insbesondere verpflichtet,
 - a) bevorzugt Arzneimittel gemäß den jeweils gültigen Verträgen der AOK mit pharmazeutischen Unternehmen nach § 130a Abs. 8 bzw. § 130c SGB V zu verordnen;
 - b) unbeschadet der Regelungen in a) die in den Behandlungsleitlinien gemäß **Anlage 2** genannten Wirkstoffe zu beachten;
 - c) unbeschadet der Regelungen in a) insbesondere auf die Verwendung von preisgünstigen Generika und die Auswahl von preisgünstigen Arzneimitteln zu achten
 - d) Die wirtschaftliche Verordnung von Hilfsmitteln bezüglich „Continuous Glucose Monitoring“-Systemen („**CGM-Systemen**“) sowie Insulinpumpen gemäß **Anlagen 2, 2a** und **12**.
 - e) Die wirtschaftliche Verordnung von Verbandmitteln, zu denen die AOK einen entsprechenden Versorgungsvertrag abgeschlossen hat. Das Nähere zum Inhalt und der Umsetzung regelt der Beirat gem. § 22. Die FACHÄRZTE werden über die Umsetzung gesondert informiert.
- (6) Der FACHARZT ist verpflichtet, bei Verordnungen, Überweisungen und bei der Abrechnung gegenüber der Managementgesellschaft nach Maßgabe des **V. Abschnitts** (Seite 19 ff.) eine Vertragssoftware gemäß **Anlage 3** zu nutzen, die ihn bei der Erfüllung seiner Verpflichtungen nach Abs. 5 lit. a) bis c) unterstützt. Er ist zur Beachtung und Nutzung der Informationen hinsichtlich der Leistungserbringung und -steuerung für Arzneimittelverordnungen verpflichtet, die über die Vertragssoftware bereitgestellt werden. Einzelheiten zu den mit der Vertragssoftware verbundenen technischen Voraussetzungen und Funktionen der Software ergeben sich aus Anlage 3.
- (7) Die Installation und Nutzung spezifischer Hardware in Form eines GEMATIK-fähigen Konnektors ist verpflichtend. Alternativ besteht die Möglichkeit einen „HZV-Online-Key“ einzusetzen. Einzelheiten hierzu regelt die **Anlage 3**. Der Konnektor dient der Erhöhung der Sicherheit und Schnelligkeit der Datenübertragung. Dabei wird das Ziel einer zukunftsorientierten elektronischen Praxisinfrastruktur zur Optimierung der Versorgung und Verbesserung der Wirtschaftlichkeit sowie der möglichen Nutzung von Mehrwertdiensten verfolgt. Einzelheiten regelt **Anlage 3**. Für die Anschaffung und den Betrieb eines Konnektors entstehen gesonderte Kosten für den FACHARZT.
- (8) Der FACHARZT kann zusätzliche Leistungen im Rahmen des Modules „Diabetisches Fußsyndrom“ abrechnen und erbringen. Hierfür ist die optionale Teilnahme an dem Modul „Diabetisches Fußsyndrom“ erforderlich. Näheres zur Teilnahme und zum Inhalt ergibt sich aus den **Anlagen 2b** und **17**.

§ 6 Informationspflichten des FACHARZTES

- (1) Der FACHARZT ist verpflichtet, die im folgenden Absatz 2 genannten Änderungen spätestens 3 Monate vor Eintritt der jeweiligen Änderung durch Übermittlung des in der **Anlage 1** beigefügten Meldeformulars („**Stammdatenblatt**“) an die Managementgesellschaft schriftlich anzuzeigen, es sei denn, der FACHARZT erlangt erst zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung. In letzterem Fall ist der FACHARZT verpflichtet, den Eintritt der Änderung unverzüglich nach Kenntniserlangung anzuzeigen.
- (2) Als Änderung im Sinne von Absatz 1 gelten insbesondere
 - a) Umzug der Praxis des FACHARZTES (Änderung der Betriebsstätte; Wechsel der Betriebsstättennummer) bzw. Aufgabe oder Übergabe der Praxis an einen Dritten;
 - b) Rückgabe, Ruhen oder Entzug der Zulassung;
 - c) Stellung eines Insolvenzantrages bezogen auf das Vermögen des FACHARZTES (Vertragsarzt/MVZ);
 - d) Änderung der in dem Stammdatenblatt aufgeführten Stammdaten des FACHARZTES (Stammdatenblatt).
 - e) Entfallen der Teilnahmeberechtigung nach § 2 Abs. 2 (z. B. Wechsel in ein Angestelltenverhältnis).
 - f) Entfallen einer der Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 Abs. 3 oder der Qualifikationsanforderungen gemäß § 5 Abs. 2 und 3.
- (3) Der FACHARZT hat der Managementgesellschaft nach deren schriftlichen Aufforderung Auskunft zu erteilen, ob er die Anforderungen nach § 2, § 3 Abs. 3 und § 5 Abs. 2 und 3 einhält.

§ 7 Unterstützung weiterer Versorgungsformen durch den FACHARZT

Der FACHARZT soll bereits bestehende und zukünftig entstehende Integrierte Versorgungsformen nach §§ 140a ff. SGB V a.F., die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 140a SGB V, besondere Versorgungsformen nach § 140a SGB V und die HZV nach § 73b SGB V nutzen bzw. unterstützen, soweit diese Verträge an das AOK-FacharztProgramm anknüpfen. Hierdurch sollen die Kommunikationswege zwischen dem FACHARZT und den niedergelassenen Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten sowie den stationären Einrichtungen und anderen Leistungserbringern als Teilnehmer an diesen besonderen Versorgungsformen verbessert werden.

§ 8 Beendigung der Teilnahme des FACHARZTES am Vertrag

- (1) Die Vertragsteilnahme des FACHARZTES endet mit sofortiger Wirkung mit Entfallen der Teilnahmeberechtigungen nach § 2 Abs. 2, ohne dass es einer schriftlichen Kündigung seitens eines der Vertragspartner bedarf.
- (2) Die Vertragsteilnahme des FACHARZTES endet spätestens mit dem Vertragsende nach § 24 Abs. 4 lit. a) und/oder b).
- (3) Der FACHARZT kann seine Vertragsteilnahme mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende kündigen. Die Kündigung ist der Managementgesellschaft schriftlich zuzustellen. Das Recht des FACHARZTES zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Als wichtiger Grund gilt für den FACHARZT insbesondere, wenn die in § 19 Abs. 2 geregelten

Voraussetzungen eintreten (Sonderkündigungsrecht bei Änderung der bisherigen Vergütungsregelung zum Nachteil des FACHARZTES).“

- (4) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner den Vertrag gegenüber dem FACHARZT fristlos aus wichtigem Grund außerordentlich zu kündigen. Als wichtiger Grund gilt insbesondere, wenn
- a) der FACHARZT die Mitwirkung an einer Prüfung gemäß § 27 oder Anlage 15 verweigert, die hierfür erforderlichen Unterlagen nicht oder nicht vollständig zur Verfügung stellt, oder einer entsprechenden Aufforderung der Managementgesellschaft nicht binnen 4 Wochen nachkommt; oder
 - b) der FACHARZT gegen eine ihm nach diesem Vertrag auferlegte wesentliche Verpflichtung verstößt, die so schwerwiegend ist, dass ohne schriftliche Abmahnung der sofortige Ausschluss erfolgt; oder
 - c) der FACHARZT wiederholt oder in nicht nur geringem Umfang Doppelabrechnungen im Sinne von § 19 Abs. 1 vorgenommen hat; oder
 - d) durch eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere durch eine gesetzliche Änderung, aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen, die Erfüllung des Vertrages für AOK und MEDIVERBUND untersagt oder rechtlich oder tatsächlich unmöglich wird.
- (5) Die Kündigung hat jeweils schriftlich zu erfolgen. Für die Wirksamkeit der Kündigung gegenüber sämtlichen Vertragspartnern ist es ausreichend, dass die Kündigung gegenüber der Managementgesellschaft bzw. durch die Managementgesellschaft erklärt wird.
- (6) Die Kündigung des FACHARZTES oder gegenüber dem FACHARZT führt zur Vertragsbeendigung für den FACHARZT mit Wirkung gegenüber sämtlichen übrigen Vertragspartnern. Die Beendigung des Vertrages durch einen FACHARZT hat keinen Einfluss auf die Wirksamkeit und das Fortbestehen des Vertrages zwischen den verbleibenden Vertragspartnern, d.h. AOK und MEDIVERBUND und den am Vertrag weiter teilnehmenden FACHÄRZTEN.

ABSCHNITT III: VERTRAGSTEILNAHME DURCH VERSICHERTE

§ 9 Vertragsteilnahme durch Versicherte

- (1) Versicherte, die in das AOK-HausarztProgramm eingeschrieben sind, können ihre Teilnahme durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung AOK-FacharztProgramm erklären, die eine datenschutzrechtliche Einwilligung enthält (**Anlage 7**). Die Teilnahme ist freiwillig. Die Teilnahme erfolgt nach Maßgabe der Teilnahmebedingungen gemäß **Anlage 7** in ihrer jeweils geltenden Fassung. Die AOK ist zur Kündigung der Teilnahme von Versicherten am AOK-FacharztProgramm bei Vorliegen der Kündigungsvoraussetzungen gemäß den Teilnahmebedingungen (**Anlage 7**) berechtigt und verpflichtet.
- (2) Versicherte gemäß § 4 Abs. 2 (ausschließliche Inanspruchnahme von Leistungen des Modules „Gestationsdiabetes“) können Leistungen dieses Vertrages in Anspruch nehmen, sofern sie eine Teilnahmeerklärung (**Anlage 7a**) unterzeichnen. Für bereits in das AOK-FacharztProgramm eingeschriebene Versicherte (§ 4 Abs. 1) sowie für sich neu einschreibende Versicherte, welche im Rahmen der Sofortabrechnung nach Einschreibung abgerechnet werden (§ 4 Abs. 5), ist keine gesonderte Einschreibung in das Modul „Gestationsdiabetes“ möglich.

ABSCHNITT IV: RECHTE UND PFLICHTEN VON AOK und MEDIVERBUND UNTEREINANDER

§ 10 Anwendungsbereich dieses Abschnitts

Dieser **Abschnitt IV** begründet ausschließlich Rechte und Pflichten zwischen AOK und MEDIVERBUND. Die Verpflichtung der AOK zur Leistung der Vergütung für im Rahmen des AOK-FacharztProgramms Diabetologie erbrachte Leistungen des FACHARZTES und die Verpflichtung der Managementgesellschaft zur Abrechnung der Leistungen des FACHARZTES gegenüber der AOK sind im folgenden **Abschnitt V** gesondert geregelt.

§ 11 Leistungen der Managementgesellschaft

- (1) Die Managementgesellschaft verpflichtet sich gegenüber der AOK zum Angebot einer fachärztlichen Versorgung gemäß § 140a SGB V durch vertragsärztliche Leistungserbringer. Die Managementgesellschaft übernimmt nicht den Sicherstellungsauftrag.
- (2) Zur Erfüllung ihrer Verpflichtung gemäß Abs. 1 Satz 1 dieses § 11 übernimmt die Managementgesellschaft die Koordinierung und Umsetzung der Vertragsteilnahme der FACHÄRZTE gegenüber der AOK wie folgt:
 - a) Bekanntgabe des Vertrages und Erläuterung der Vertragsteilnahme für FACHÄRZTE in ihren Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere Kommunikationsmaßnahmen (§ 14);
 - b) Unverzügliche Reaktion und Beantwortung von Anfragen der FACHÄRZTE zur Vertragsteilnahme in angemessener Bearbeitungszeit (Servicehotline);
 - c) Koordination der Vertragsteilnahme der FACHÄRZTE an diesem Vertrag (§ 3);
 - d) Entgegennahme von Teilnahmeerklärungen von FACHÄRZTEN;
 - e) Prüfung der Teilnahmeberechtigungen/-voraussetzungen (§ 2, § 3 Abs. 3) anhand der Angaben in der Teilnahmeerklärung und der beigelegten Nachweise gemäß Teilnahmeerklärung Arzt (**Anlage 1**). Der Managementgesellschaft durch den FACHARZT mitgeteilte Änderungen der Daten gemäß § 6 leitet die Managementgesellschaft an die AOK weiter;
 - f) Stichprobenartige Überprüfung von Zertifikaten und übersandten Unterlagen bei der Prüfung der Teilnahmeberechtigungen/-voraussetzungen (§ 2, § 3 Abs. 3);
 - g) Stichprobenartige Überprüfung des Fortbestehens von Teilnahmevoraussetzungen (z.B. Ermächtigungen, vertragsärztliche Zulassung);
 - h) Versand der Informationsunterlagen sowie des „Starterpaketes FACHARZT“ an Ärzte;
 - i) Generierung, Pflege und Bereitstellung von Arztstammdaten; Aufnahme von Arztstammdaten in das Arztverzeichnis sowie tägliche elektronische Versendung an die AOK; regelmäßige Versendung von Listen mit teilnehmenden und angefragten Ärzten im vereinbarten Format;
 - j) Entgegennahme und Halten von Verzeichnissen teilnehmender Versicherter;
 - k) Information der FACHÄRZTE über den Teilnahmestatus der in das AOK-

FacharztProgramm gemäß § 4 Abs. 1 eingeschriebenen Versicherten (vgl. **Anlage 9**);

- l) Entgegennahme von Kündigungen der Vertragsteilnahme durch FACHÄRZTE (§ 8);
 - m) Unterstützung bei Organisation und Angebot von vertraglich bestimmten Fortbildungsveranstaltungen (**Anlage 2**);
 - n) Erfassung und Prüfung der Teilnahme an vertraglich gemäß **Anlage 2** bestimmten Fortbildungsveranstaltungen als laufende Teilnahmevoraussetzung;
 - o) Weitere Einzelheiten zu den vorstehenden Pflichten der Managementgesellschaft gegenüber der AOK ergeben sich aus **Anlage 9**.
 - p) Durchführung der Abrechnung der Vergütung gemäß § 295a Abs. 1 SGB V.
- (3) Erfährt die Managementgesellschaft von Verstößen eines FACHARZTES gegen seine vertraglichen Pflichten nach dem **Abschnitt II**, ist sie verpflichtet, den FACHARZT abzumahnern. Die Managementgesellschaft ist ferner gegenüber der AOK verpflichtet, dem jeweiligen FACHARZT die Teilnahme nach Maßgabe des § 8 Abs. 4 zu kündigen, wenn ein Kündigungsgrund gegeben ist und der Beirat (§ 22 Abs. 4 lit. c) die Kündigung beschlossen hat.
- (4) Die Managementgesellschaft ist zur Durchführung der in diesem Abschnitt geregelten Managementaufgaben mit schriftlicher Zustimmung der AOK zum Einsatz von Erfüllungsgehilfen berechtigt. Die Zustimmung darf nur aus wichtigem Grunde verweigert werden. Die Managementgesellschaft haftet für ihre Erfüllungsgehilfen nach Maßgabe des § 278 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB).
- (5) Die Managementgesellschaft benennt der AOK in den Regionen der 14 AOK-Bezirksdirektionen schriftlich jeweils einen direkten Ansprechpartner, der grundsätzlich aus dem Kreis der FACHÄRZTE stammen sollte.
- (6) Die Managementgesellschaft erbringt selbst keine ärztlichen Leistungen.

§ 12 Pflichten der AOK

- (1) Die AOK benennt dem MEDIVERBUND und den FACHÄRZTEN in den Regionen der 14 AOK-Bezirksdirektionen direkte Ansprechpartner (**ArztPartnerService**).
- (2) Die AOK wird die Managementgesellschaft unverzüglich nach Kenntniserlangung auf einen Vertragsverstoß eines FACHARZTES hinweisen.
- (3) Die AOK wird der Managementgesellschaft das für das folgende Abrechnungsquartal (§ 19 Abs. 3) geltende Verzeichnis der im AOK-HausarztProgramm eingeschriebenen Versicherten jeweils grundsätzlich bis zum 20. Tag des letzten Monats vor Beginn dieses Abrechnungsquartals übermitteln. Werden der Managementgesellschaft Versicherte zu einem späteren Zeitpunkt vor Beginn eines Abrechnungsquartals benannt, können diese für dieses Abrechnungsquartal dem FACHARZT nicht mehr rechtzeitig gemäß § 4 Abs. 3 als eingeschriebene Versicherte bekannt gegeben werden.
- (4) Im Falle der Beendigung einer Vertragsteilnahme eines eingeschriebenen Versicherten informiert die AOK die Managementgesellschaft. Das Nähere regelt die **Anlage 6**.
- (5) Die AOK wird der Managementgesellschaft nach Maßgabe der **Anlage 9** in den dort vereinbarten Abständen die notwendigen Informationen zur Gewährleistung der Umsetzung der vertraglichen Pflichten durch die FACHÄRZTE zur Verfügung stellen. Hierzu gehören

insbesondere Änderungen der Stammdaten, die der AOK zur Kenntnis gelangen sowie Inhalte, die in die Vertragssoftware aufgenommen werden sollen.

- (6) Die AOK wird die Managementgesellschaft bei der Organisation und dem Angebot von vertraglich bestimmten Fortbildungsveranstaltungen unterstützen. Einzelheiten regelt die **Anlage 2**.
- (7) Weitere Einzelheiten der Pflichten der AOK gegenüber der Managementgesellschaft ergeben sich aus **Anlage 9**.
- (8) Die AOK ist zur Bekanntgabe des Vertrages, zur Werbung für die Vertragsteilnahme in ihren satzungsgemäßen Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere unterstützende Kommunikationsmaßnahmen gemäß **§ 14** verpflichtet.
- (9) Die AOK kann FACHÄRZTEN über den ArztPartnerService sowie durch weitere fachkompetente Mitarbeiter/innen spezifische Informationsleistungen zur Verfügung stellen. Die Verpflichtungen nach § 5 Abs. 5 u. 6 bleiben hiervon unberührt. Diese Informationsleistungen erfolgen nach Maßgabe folgender Regelungen:
 - a) FACHÄRZTE erhalten allgemeine Hinweise und Informationen zu Voraussetzungen, Inhalten, Zielen und Umsetzungsfragen dieses Vertrages sowie zu den vertraglichen Pflichten nach diesem Vertrag. Diese umfassen auch Informationen und all-gemeine Handlungsempfehlungen zu vertraglich vereinbarten Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitskriterien, sowie darauf ausgerichteten Maßnahmen nach Maßgabe dieses Vertrages.
 - b) Der FACHARZT erhält Hinweise und Informationen hinsichtlich der Einhaltung vereinbarter Wirtschaftlichkeitskriterien ausschließlich auf Anfrage. Die Hinweise können sich insbesondere auf die Verpflichtungen nach § 5 Abs. 5 und 6 beziehen.
 - c) Die AOK berichtet regelhaft im Beirat (§ 22) über den Inhalt der Informationen nach lit. a) und die Anzahl der erfolgten Kontaktaufnahmen.
 - d) Der FACHARZT erhält auf Wunsch auch Hinweise und Informationen zu Voraussetzungen und Inhalten geeigneter Verträge der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V, insbesondere zu sektorenübergreifenden Versorgungsangeboten und Präventionsangeboten der AOK.
 - e) Der FACHARZT wird durch Hinweise und Informationen nach Maßgabe des § 73 Abs. 8 SGB V in der jeweils geltenden Fassung bei der Erfüllung seiner Pflichten nach § 5 Abs. 5 und 6 unterstützt. Dies umfasst insbesondere (auch vergleichende) Informationen in Bezug auf die Verordnung von Arznei-, Verband-, Hilfs- und Heilmitteln, über preisgünstige verordnungsfähige Leistungen und Bezugsquellen sowie Hinweise nach dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse zu Indikation und therapeutischem Nutzen.
 - f) Gemäß § 305a Satz 1 SGB V unzulässig ist die Beratung der Fachärzte über Fragen der Wirtschaftlichkeit anhand praxisindividueller, auf Diagnosen beruhender Patientendaten. Ferner unzulässig in der Arztansprache ist die Thematisierung von auf die jeweilige Arztpraxis bezogenen Fragestellungen zur Vergabe und Dokumentation von Diagnosen. Insbesondere dürfen im Rahmen der Arztansprache keine Informationen zur Verfügung gestellt werden, die das Verordnungs- und Dokumentationsverhalten der Fachärztin oder des Facharztes anhand einer praxisindividuellen Analyse widerspiegeln.

§ 13 Rechte und Pflichten von MEDI e.V. und D BW eG

- (1) MEDI e.V. und D BW eG sind zur Bekanntgabe des Vertrages, zur Werbung für die Vertragsteilnahme in ihren Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere unterstützende Kommunikationsmaßnahmen gemäß § 15 verpflichtet.
- (2) MEDI e.V. und D BW eG sind verpflichtet, soweit bekannt und datenschutzrechtlich zulässig, Änderungen von Mitgliederstammdaten unverzüglich an die Managementgesellschaft weiterzuleiten. Vertragsverstöße sind der Managementgesellschaft mitzuteilen.

§ 14 Wechselseitige Unterstützung

- (1) Unbeschadet der Regelungen in § 11 Abs. 2 lit. a) und § 13 Abs. 1 verpflichten sich AOK und MEDIVERBUND,
 - a) die vertraglichen Inhalte und Ziele nach außen und nach innen uneingeschränkt zu unterstützen, insbesondere durch eine positive Darstellung in der Öffentlichkeit und eine aktive Unterstützung der in diesem Vertrag geregelten Geschäftsprozesse;
 - b) ihre Mitarbeiter in Fragestellungen dieses Vertrags umfassend und kontinuierlich zu schulen.
- (2) AOK und MEDIVERBUND vereinbaren, mindestens einmal jährlich oder auf Antrag eines dieser Vertragspartner eine Informationsrunde zwischen den ärztlichen Ansprechpartnern im Sinne von § 11 Abs. 5 und § 12 Abs. 1 zur gemeinsamen Aussprache über die Erfahrungen nach diesem Vertrag durchzuführen.
- (3) Im Zuge einer vertrauensvollen Zusammenarbeit wird die Bereitschaft zur Teilnahme an weiteren Versorgungsverträgen der AOK (z.B. Integrierte Versorgung, ärztliche Versorgung im Pflegeheim) vorausgesetzt. MEDIVERBUND verpflichtet sich, diese Versorgungsangebote zu fördern.

§ 15 Öffentlichkeitsarbeit/Marketing

AOK und MEDIVERBUND stimmen Maßnahmen zu Öffentlichkeitsarbeit und Marketing untereinander ab.

§ 16 Vertragssoftware

- (1) Der MEDIVERBUND ist verpflichtet, im Benehmen mit der AOK mindestens eine Vertragssoftware (§ 3 Abs. 3 lit. e) zur Ausstattung und Nutzung zu benennen (**Anlage 3**).
- (2) AOK und MEDIVERBUND einigen sich auf Vorgaben für Vertragssoftware (Algorithmen) sowie die Verfahren der Datenübermittlung. Einzelheiten regelt **Anlage 10** (Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware).
- (3) Die Managementgesellschaft stellt sicher, dass die in Absatz 1 und 2 genannten Vorgaben an die Vertragssoftware regelmäßig überprüft und eingehalten werden.

§ 17 Kündigung und Laufzeit

- (1) Der Vertrag läuft auf unbestimmte Zeit. Er kann von AOK und MEDIVERBUND unbeschadet der Absätze 4 und 5 mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Quartales gekündigt werden. Erstmals kann der Vertrag zum 31.03.2021 gekündigt werden.
- (2) Für die Laufzeit der Vergütungsregelung gilt § 19 Abs. 2.

- (3) Das Recht von AOK und MEDIVERBUND zur Kündigung dieses Vertrages aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Zu einer fristlosen Kündigung berechtigen insbesondere die folgenden Kündigungsgründe:
- a) Die AOK oder der MEDIVERBUND verstoßen gegen eine ihnen nach diesem Vertrag auferlegte wesentliche Verpflichtung, und dieser Verstoß wird nicht innerhalb von 6 Wochen nach schriftlicher Aufforderung durch den jeweils anderen Vertragspartner beseitigt. Als Verstoß gegen eine wesentliche Verpflichtung in diesem Sinne wird insbesondere der Verzug mit der Zahlung gemäß § 20 Abs. 1 angesehen.
 - b) Durch eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen (durch eine gesetzliche Änderung), aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen wird die Erfüllung des Vertrages für AOK, MEDIVERBUND oder den FACHARZT untersagt oder rechtlich oder tatsächlich unmöglich.
- (4) Die Kündigung muss jeweils schriftlich erfolgen. Bei einer Kündigung der AOK und des MEDIVERBUNDES ist die Managementgesellschaft zum Empfang der gegenüber den FACHÄRZTEN erklärten Kündigung bevollmächtigt. Sie ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit. Die Managementgesellschaft informiert die FACHÄRZTE über eine von AOK oder MEDIVERBUND erklärte Kündigung.

§ 18 Schlichtungsverfahren

AOK und MEDIVERBUND richten zur Schlichtung von Streitigkeiten, die sich im Zusammenhang mit diesem Vertrag oder über seine Gültigkeit zwischen ihnen ergeben, das in der **Anlage 11** aufgeführte Schlichtungsverfahren ein. Die Einleitung gerichtlicher Schritte im Zusammenhang mit diesem Vertrag oder bei Streitigkeiten über seine Gültigkeit ist erst nach Abschluss des Schlichtungsverfahrens, d.h. nach Durchführung mindestens eines Schlichtungstermins zulässig; AOK und MEDIVERBUND werden eine effektive Konflikt-schlichtung fördern. Der Vorrang des Schlichtungsverfahrens gilt nicht für Maßnahmen des einstweiligen Rechtsschutzes. Einzelheiten des Schlichtungsverfahrens regelt **Anlage 11**.

ABSCHNITT V: ABRECHNUNG

§ 19 Abrechnung der Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft

- (1) Der FACHARZT hat nach Maßgabe der **Anlage 12** Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von ihm vertragsgemäß im Rahmen des AOK-FacharztProgramms Diabetologie erbrachten und nach Maßgabe von diesem § 19 und **Anlage 12** abgerechneten Leistungen („**Vergütungsanspruch**“). Leistungen, die gemäß **Anlage 12** vergütet werden, dürfen nicht zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg („**KV**“) abgerechnet werden („**Doppelabrechnung**“). Der Vergütungsanspruch gemäß Satz 1 richtet sich ausschließlich gegen die Managementgesellschaft.
- (2) Die Vergütungsregelung gemäß Anlage 12 gilt zunächst bis zum 31.12.2019.
- a) Neue Vergütungstatbestände, die sich ausschließlich zugunsten des FACHARZTES auswirken, können jederzeit durch Einigung von AOK und MEDIVERBUND mit Wirkung für den FACHARZT ergänzt werden; die Managementgesellschaft wird dem FACHARZT solche neuen Vergütungstatbestände und den unter Berücksichtigung der Interessen der FACHÄRZTE und einer angemessenen Vorlaufzeit vereinbarten Beginn ihrer Wirksamkeit schriftlich mitteilen.
 - b) Einigen sich AOK und MEDIVERBUND bis zum 30.06.2019 nicht über eine Änderung

der Vergütungsregelung (Anlage 12), gilt die bisherige Vergütungsregelung zunächst bis zum 31.03.2021 fort.

- c) Einigen sich die AOK und MEDIVERBUND bis zum 30.06.2019 über eine Änderung der Vergütungsregelung (Anlage 12), die nicht lit. a) unterfällt, teilt die Managementgesellschaft diese dem FACHARZT unverzüglich mit. Ist der FACHARZT mit der Änderung nicht einverstanden, hat er das Recht, seine Teilnahme am Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Quartalsende nach Bekanntgabe der Änderung zu kündigen. Die rechtzeitige Absendung der Kündigungserklärung ist ausreichend. Kündigt der FACHARZT nicht innerhalb der Frist, gelten die Änderungen der Vergütungsregelung als genehmigt. Auf diese Folge wird die Managementgesellschaft den FACHARZT bei Bekanntgabe der neuen Vergütungsregelung hinweisen.
 - d) Besteht der Vertrag über den 31.03.2021 hinaus fort, gilt die zu diesem Datum anwendbare Vergütungsregelung gemäß Anlage 12 für weitere 2 Jahre fort, wenn sich nicht AOK und MEDIVERBUND unbeschadet lit. a) spätestens 6 Monate zuvor über eine Änderung der Vergütungsregelung geeinigt haben. Diese Regelung gilt sinngemäß für sämtliche weitere Zwei-Jahres-Zeiträume, die der Vertrag über den 31.03.2021 hinaus fortbesteht.
 - e) Bei einer insoweit rechtzeitigen Einigung über Änderungen der Vergütungsregelung hat der FACHARZT ein Sonderkündigungsrecht mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Zeitpunkt des Auslaufens der bisherigen Vergütungsregelung; lit. c) gilt sinngemäß.
- (3) Der FACHARZT rechnet den Vergütungsanspruch jeweils bezogen auf ein Kalenderquartal („**Abrechnungsquartal**“) gegenüber der Managementgesellschaft ab („**Abrechnung**“). Der FACHARZT hat die Abrechnung an die Managementgesellschaft spätestens bis zum 5. Kalendertag des auf ein Abrechnungsquartal folgenden Monats zu übermitteln (5. Januar, 5. April, 5. Juli und 5. Oktober). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der Abrechnung bei der Managementgesellschaft. Die Abrechnung der Vergütung durch den FACHARZT hat mittels einer Vertragssoftware gemäß **Anlage 3** zu erfolgen.
 - (4) Ansprüche auf die Vergütung verjähren innerhalb von 12 Monaten. Diese Frist beginnt mit Ende des Quartals der Leistungserbringung.
 - (5) Die Managementgesellschaft prüft die Abrechnung nach Maßgabe der **Anlage 13** (Abrechnungsprüfkriterien) und übersendet dem FACHARZT auf Grundlage der Abrechnung eine Übersicht der geprüften Leistungen („**Abrechnungsnachweis**“). Der Abrechnungsnachweis weist nur von der Managementgesellschaft und der AOK bzw. der gleichermaßen unbeanstandete Vergütungspositionen als Teil des nach Maßgabe der folgenden Absätze fälligen Vergütungsanspruches aus („**Abrechnungskorrektur**“). Beanstandete Vergütungspositionen werden von der Managementgesellschaft erneut geprüft und, soweit die Beanstandung ausgeräumt werden kann, im nächstmöglichen Abrechnungsnachweis berücksichtigt.
 - (6) Der FACHARZT ist verpflichtet, seinen Abrechnungsnachweis unverzüglich zu prüfen. Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis müssen der Managementgesellschaft unverzüglich schriftlich gemeldet werden. Falls der Abrechnungsnachweis bei dem FACHARZT nicht fristgerecht eingegangen ist, hat er die Managementgesellschaft unverzüglich zu benachrichtigen.
 - (7) Unbeschadet der Verpflichtung, Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis unverzüglich zu erheben, gelten Abrechnungsnachweise als genehmigt, wenn ihnen nicht vor

Ablauf von 6 Wochen nach Zugang des Abrechnungsnachweises schriftlich widersprochen wird (Schuldumschaffung). Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Die Managementgesellschaft wird den FACHARZT bei Fristbeginn auf diese Folge hinweisen. Stellt sich nachträglich die Unrichtigkeit des Abrechnungsnachweises heraus, hat der FACHARZT das Recht, einen berichtigten Abrechnungsnachweis zu verlangen, soweit Schadensersatzansprüche oder bereicherungsrechtliche Ansprüche bestehen. Die sich aus dem berichtigten Abrechnungsnachweis ergebenden Ansprüche des FACHARZTES sind nach Maßgabe von Abs. 8 auszugleichen.

- (8) Da die Managementgesellschaft zur Begleichung der entsprechenden Forderung des FACHARZTES ihrerseits auf Zahlung durch die AOK in entsprechender Höhe gemäß § 20 Abs. 1 angewiesen ist, wird der Vergütungsanspruch gegenüber der Managementgesellschaft erst nach Eingang und in Höhe der Zahlung der AOK gemäß § 20 Abs. 1 bei der Managementgesellschaft fällig. Die Auszahlung an den FACHARZT ist dann innerhalb von 21 Arbeitstagen, spätestens jedoch zum Ablauf des vierten Monats, der auf das Quartal folgt, für das die Abrechnung übermittelt wurde, vorzunehmen. Die Managementgesellschaft ist verpflichtet, von ihr unbeanstandete Vergütungspositionen aus der Abrechnung des FACHARZTES gegenüber der AOK durchzusetzen.
- (9) Die Managementgesellschaft hat unter diesem Vertrag Anspruch auf Rückzahlung von an die FACHÄRZTE geleisteten Überzahlungen. Eine Überzahlung („Überzahlung“) ist jede Auszahlung der Managementgesellschaft an einen FACHARZT, soweit sie die Gesamtheit der zum Zeitpunkt der Auszahlung fälligen Vergütungsansprüche des FACHARZTES gegenüber der Managementgesellschaft übersteigt. Zu Überzahlungen gehören insbesondere auch Auszahlungen aufgrund von Fehlabbrechnungen, d.h. die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen durch den FACHARZT („Fehlabbrechnung“). Macht die Managementgesellschaft gegenüber dem FACHARZT eine Überzahlung geltend, so ist der FACHARZT verpflichtet, den Teil der Vergütung, auf den sich die Überzahlung bezieht, innerhalb von 4 Wochen nach Zugang einer Zahlungsaufforderung zu erstatten. Die Managementgesellschaft ist zur Aufrechnung berechtigt. Ein weitergehender Schadensersatzanspruch bleibt von dem Zahlungsanspruch nach diesem Absatz unberührt.
- (10) Die §§ 19 und 20 gelten auch nach Beendigung des Vertrages mit Wirkung für den FACHARZT weiter, bis die Ansprüche des FACHARZTES auf Vergütung abgerechnet sind. Rückzahlungsansprüche der Managementgesellschaft gemäß dem vorstehenden Absatz 9 bleiben von der Beendigung dieses Vertrages unberührt.
- (11) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, von dem sich aus dem letzten Abrechnungsnachweis vor Beendigung der Vertragsteilnahme eines FACHARZTES ergebenden Vergütungsanspruch 2 Prozent zur Sicherung von Rückzahlungsansprüchen (Absatz 9) einzubehalten (Sicherungseinbehalt). Nach Ablauf von 12 Monaten nach Übermittlung des letzten Abrechnungsnachweises wird der Sicherungseinbehalt, sofern der Anspruch auf Auszahlung des Sicherungseinbehalts nicht infolge einer Aufrechnung gegen Rückzahlungsansprüche der Managementgesellschaft bereits erloschen ist, an den FACHARZT ausgezahlt. Rückzahlungsansprüche, von denen die Managementgesellschaft erst nach Ablauf der 12 Monate Kenntnis erlangt, bleiben unberührt.
- (12) Weitere Einzelheiten der Abrechnung des Vergütungsanspruches regelt **Anlage 12**.
- (13) AOK und MEDIVERBUND werden nach Ablauf eines Jahres nach Vertragsbeginn gemäß § 24 Abs. 1 und 2 darüber verhandeln, ob die nach Maßgabe der §§ 19 und 20 und **Anlage 12** vorausgesetzten Abrechnungsfristen gegenüber dem FACHARZT verkürzt werden können.

- (14) FACHÄRZTE dürfen Leistungen nach Anlage 12 für in das AOK-FacharztProgramm eingeschriebene Versicherte nicht über die KV abrechnen. Satz 1 gilt für FACHÄRZTE selbst und für Fachärzte/Psychotherapeuten derselben BAG. Der Beirat kann zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung abweichende Regelungen treffen.

§ 20 Abrechnung der Vergütung gegenüber der AOK

- (1) Die Managementgesellschaft hat gegen die AOK einen Anspruch auf Zahlung der Vergütung in Höhe des Vergütungsanspruches des FACHARZTES gemäß § 19 Abs. 1. Die Managementgesellschaft macht diesen Anspruch ihrerseits durch Abrechnung gegenüber der AOK („**AOK-Abrechnung**“) geltend.
- (2) Im Falle von Überzahlungen (§ 19 Abs. 9) wird ein Anspruch der AOK auf Erstattung einer solchen Überzahlung gegen der Managementgesellschaft erst fällig, wenn und soweit die Managementgesellschaft den Rückzahlungsanspruch gemäß § 19 Abs. 9 gegenüber dem FACHARZT durchgesetzt hat und eine entsprechende Zahlung bei ihr eingegangen ist. Die Managementgesellschaft ist zur Durchsetzung solcher Rückzahlungsansprüche gegenüber dem FACHARZT verpflichtet, sofern diese auf durch die AOK nachgewiesenen falschen Abrechnungsnachweisen des FACHARZTES beruhen. Anderenfalls ist die Managementgesellschaft berechtigt, ihre Rückzahlungsansprüche an Erfüllung statt gemäß § 364 BGB an die AOK abzutreten. Wenn die Managementgesellschaft Kenntnis von Überzahlungen an einen FACHARZT erlangt hat, wird sie die AOK unverzüglich schriftlich darüber informieren.
- (3) Die AOK ist nicht zur Aufrechnung gegenüber Ansprüchen der Managementgesellschaft im Zusammenhang mit der AOK-Abrechnung berechtigt, sofern die Gegenansprüche nicht anerkannt oder rechtskräftig festgestellt sind.
- (4) Die AOK kann gegenüber der Managementgesellschaft binnen 24 Monaten nach Erhalt der AOK-Abrechnung sachlich-rechnerische Berichtigungen gemäß dem vorstehenden Absatz 2 geltend machen.
- (5) Dieser § 20 gilt auch nach Beendigung des Vertrages weiter, bis die wechselseitigen Ansprüche der AOK und der Managementgesellschaft abgerechnet sind.

§ 21 Verwaltungskostengebühr

- (1) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, gegenüber dem FACHARZT eine an die Höhe der Vergütung gekoppelte Verwaltungskostengebühr für die Abrechnung und Organisation der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm Diabetologie zu erheben. Die Höhe der Verwaltungskostengebühr ergibt sich aus der Teilnahmeerklärung gemäß **Anlage 1**.
- (2) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, die Verwaltungskostengebühr mit dem Betrag des Vergütungsanspruches nach § 19 Abs. 1 zu verrechnen.
- (3) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, gegenüber dem FACHARZT mit Bestätigung der Vertragsteilnahme eine Einschreibengebühr zu erheben. Diese ist spätestens 21 Tage nach Rechnungsstellung fällig. Die Höhe dieser Einschreibengebühr ergibt sich aus der Teilnahmeerklärung gemäß **Anlage 1**.

ABSCHNITT VI: BEIRAT

§ 22 Beirat

- (1) Die Durchführung dieses Vertrages wird durch einen Beirat gesteuert, der aus 4 Vertretern

der AOK und 2 Vertretern des MEDIVERBUNDES sowie 2 Vertretern der D BW eG besteht. Die Vertreter können von den sie benennenden Vertragspartnern jederzeit abberufen und durch andere Personen ersetzt werden.

- (2) Der Beirat soll in der Regel einmal im Kalendervierteljahr einberufen werden. Er muss einmal im Kalenderjahr einberufen werden.
- (3) Die Beschlüsse des Beirats werden mit einfacher Mehrheit getroffen. Sämtliche Mitglieder des Beirats haben gleiches Stimmrecht. Bei Stimmengleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.
- (4) Der Beirat hat folgende Aufgaben:
 - a) Entwicklung von Vorschlägen an die Vertragspartner zur Weiterentwicklung der Vertragsinhalte.
 - b) Zustimmung zu Vertragsänderungen gemäß § 25 Abs. 3 unter besonderer Berücksichtigung ihrer Auswirkungen auf die FACHÄRZTE. Eine Zustimmung für Änderungen der Vergütungsregelung gemäß § 19 Abs. 2 ist nicht erforderlich.
 - c) Abstimmung der fristlosen Kündigung von FACHÄRZTEN durch die Managementgesellschaft gemäß § 8 Abs. 4 des Vertrages. AOK ist berechtigt, bei Vertragsverstößen eine Abmahnung und gegebenenfalls fristlose Kündigung gemäß § 8 Abs. 4 vorzuschlagen. Besteht zwischen der Managementgesellschaft und dem Beirat keine Einigung über die Kündigung eines FACHARZTES, kann die Managementgesellschaft einen Beiratsbeschluss zur Entscheidung über die Kündigung beantragen. Wird der Beiratsbeschluss nicht innerhalb von 10 Tagen gefasst, nachdem die Managementgesellschaft erstmalig einen Antrag nach dem vorstehenden Satz 2 gestellt hat, ist die Managementgesellschaft in dem jeweiligen Einzelfall zur fristlosen Kündigung gemäß § 8 Abs. 4 nach pflichtgemäßem Ermessen berechtigt.
 - d) Der Beirat kann zur flächendeckenden Sicherstellung der Versorgung über Ausnahmen von Teilnahmevoraussetzungen, die befristet werden können, entscheiden.
- (5) Der Beirat kann sich eine Geschäftsordnung geben. Die Geschäftsordnung regelt unter anderem die Einberufung von Beiratssitzungen und Einzelheiten der Form der Beschlussfassung. Die Sitzungen des Beirats finden in Stuttgart statt.

ABSCHNITT VII: ALLGEMEINE REGELUNGEN

§ 23 Geltung der einzelnen Abschnitte

- (1) Für den FACHARZT finden ab dem Zeitpunkt seiner Vertragsteilnahme die folgenden Abschnitte Anwendung:
 - II. Teilnahme des FACHARZTES
 - III. Teilnahme durch Versicherte
 - V. Abrechnung der Vergütung und Verwaltungskostengebühr
 - VI. Beirat
 - VII. Allgemeine Regelungen

Für die übrigen Vertragspartner gelten sämtliche Abschnitte dieses Vertrages.

§ 24 Vertragsbeginn und Vertragsende

- (1) Der Vertrag beginnt am 01.04.2017.

- (2) Der Vertrag tritt unbeschadet einer Vertragsteilnahme von FACHÄRZTEN gemäß § 3 mit Vertragsunterzeichnung in Kraft. Die Regelungen zur Beendigung der Vertragsteilnahme des FACHARZTES gemäß § 8 lassen die Laufzeit des Vertrages außer für diesen FACHARZT unberührt.
- (3) Die Regelungen zur Kündigung des Vertrages richten sich für FACHÄRZTE nach Abschnitt II und für die übrigen Vertragspartner nach Abschnitt IV.
- (4) Die Kündigung einzelner Vertragspartner, ordentlich oder außerordentlich, hat folgende Wirkung:
 - a) Kündigt die AOK den Vertrag gemäß § 17, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit ihrer Kündigung. Kündigt die AOK den Vertrag gemäß § 17, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit ihrer Kündigung mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner.
 - b) Kündigt der MEDIVERBUND den Vertrag gemäß § 17, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner.
 - c) Kündigt der FACHARZT den Vertrag oder wird ihm gekündigt (§ 8), wird der Vertrag zwischen den übrigen Vertragspartnern fortgeführt.
 - d) Bei einer Kündigung von D BW eG bzw. MEDI Baden-Württemberg e.V. wird der Vertrag zwischen den übrigen Vertragspartnern fortgeführt.
 - e) Kündigungen von AOK oder MEDIVERBUND sind dem jeweils anderen Vertragspartner mit Ausnahme der FACHÄRZTE schriftlich zuzustellen. Die FACHÄRZTE sind hiervon durch die Managementgesellschaft in Kenntnis zu setzen.

§ 25 Verfahren zur Vertragsänderung

- (1) Für Änderungen der Vergütungsregelung gilt § 19 Abs. 2.
- (2) Die Vertragspartner sind sich weiter darüber einig, dass anhand der Durchführung des Vertrages gewonnene Erkenntnisse zur Vertragssoftware als Steuerungselement für eine wirtschaftliche Verordnung und ein zukunftsgerichteter Ausbau der IT-Infrastruktur Änderungen des Vertrages erforderlich machen können. AOK und MEDIVERBUND sind deshalb berechtigt, diesen Vertrag mit Wirkung für die FACHÄRZTE nach Maßgabe des folgenden Abs. 4 zu ändern, sofern und soweit es die Umsetzung dieses Vertrages erfordert und der Beirat der Änderung nach sorgfältiger Prüfung ihrer Auswirkungen auf die FACHÄRZTE zugestimmt hat.
- (3) Die Managementgesellschaft wird Änderungen nach dem vorstehenden Absatz 2 den FACHÄRZTEN schriftlich bekannt geben und eine Frist von 6 Wochen nach Zugang der Mitteilung der Änderung einräumen, innerhalb derer der FACHARZT das Recht hat, den beabsichtigten Änderungen zu widersprechen, wenn sie sich nachteilig auf seine Rechtsposition auswirken. Solche Änderungen gelten als genehmigt, wenn der FACHARZT nicht schriftlich gegenüber der Managementgesellschaft Widerspruch erhebt. Auf diese Folge wird die Managementgesellschaft den FACHARZT bei der Bekanntgabe gemäß Satz 1 besonders hinweisen. Zur Fristwahrung ist es ausreichend, dass der FACHARZT den Widerspruch innerhalb von 6 Wochen nach Bekanntgabe der Änderungen an die Managementgesellschaft absendet. Widerspricht der FACHARZT gemäß dem vorstehenden Satz 2, ist die Managementgesellschaft zur Kündigung des Vertrages gegenüber dem FACHARZT berechtigt. Die Kündigung wird zum Ablauf des Quartals wirksam, das auf den Zugang der Kündigung folgt. Sie führt zum Ausscheiden des FACHARZTES aus dem AOK-FacharztProgramm.

- (4) Änderungen, die die Position des FACHARZTES in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht ausschließlich verbessern, können von AOK und MEDIVERBUND ohne Zustimmung des FACHARZTES vereinbart werden. Die Managementgesellschaft wird den FACHÄRZTEN die Vertragsänderungen und den vereinbarten Beginn der Wirksamkeit unter Berücksichtigung ihrer Interessen und einer angemessenen Vorlaufzeit schriftlich mitteilen.

§ 26 Haftung und Freistellung

- (1) Sofern nachfolgend nicht abweichend geregelt, haften die Vertragspartner für die Verletzung der von ihnen in der jeweiligen Leistungsbeziehung nach diesem Vertrag übernommenen Pflichten nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften. Eine Haftung gegenüber nicht an diesem Vertrag beteiligten Dritten wird durch diesen Vertrag nicht begründet.
- (2) Der MEDIVERBUND haftet gegenüber der AOK nicht für den wirtschaftlichen Erfolg einer Vertragssoftware in Form von Einsparungen der AOK als Folge der Verordnung von Arzneimitteln mithilfe von Vertragssoftware.
- (3) Die AOK haftet für die fehlende Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der der Managementgesellschaft im Zusammenhang mit der Erfüllung dieses Vertrages zur Aufnahme in eine Vertragssoftware zur Verfügung gestellten Inhalte, auch im Hinblick auf § 73 Abs. 8 SGB V, soweit sie dies zu vertreten hat; unter diese Inhalte fallen insbesondere Angaben über Arzneimittel und sonstige Informationen, die nach den für Vertragssoftware vereinbarten Funktionen Einfluss auf Vorschläge zur Arzneimittelverordnung durch die Vertragssoftware haben. Die AOK wird den MEDIVERBUND von Ansprüchen der übrigen Vertragspartner sowie Dritter auf Schadens- oder Aufwendungsersatz im Zusammenhang mit den zur Verfügung gestellten Inhalten und ihrer Nutzung für die Darstellung der Arzneimittel in Vertragssoftware im Sinne von Satz 1 freistellen, sofern die AOK ein Verschulden an deren Inanspruchnahme trifft. Satz 1 und 2 dieses Absatzes gelten nur, wenn die Inhalte durch die Managementgesellschaft inhaltlich unverändert in die Vertragssoftware aufgenommen wurden. Die Anpassung an ein Datenformat gilt nicht als inhaltliche Veränderung. Offensichtliche Fehler sind von dieser Freistellung nicht umfasst.
- (4) Freistellung nach diesem § 26 bedeutet die Abwehr unberechtigter und die Erfüllung berechtigter Ansprüche.
- (5) Die AOK als Freistellungsverpflichtete ist nicht berechtigt, gegenüber einem Freistellungsanspruch nach diesem § 26 Zurückbehaltungsrechte oder sonstige Gegenrechte aus diesem Vertrag geltend zu machen.

§ 27 Qualitätssicherung

Für die Qualitätssicherung der Leistungserbringung nach diesem Vertrag werden Qualitätssicherungsmaßnahmen festgelegt und durch eine Qualitätssicherungskommission, die von den Vertragspartnern eingerichtet wird, überprüft (vgl. Anlage 2). Die Teilnahme an den Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß Anlage 2 ist für den FACHARZT verpflichtend. Weiterhin gelten die Bestimmungen des § 137 SGB V.

§ 28 Datenschutz

- (1) Bei der Verarbeitung der personenbezogenen Daten (Patientendaten) sind insbesondere die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den strafrechtlichen Bestimmungen sowie die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) zu beachten. Bei der Verarbeitung von Sozialdaten (Versichertendaten) sowie im Hinblick auf

die Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse sind insbesondere die Regelungen des Sozialgesetzbuches X zu beachten.

- (2) Der Umfang der von der Managementgesellschaft zum Zwecke der Prüfung der AOK-Abrechnung gemäß § 20 des Vertrages i.V.m. Anlage 12 übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelten Daten.
- (3) Der MEDIVERBUND als Managementgesellschaft führt mit Wirkung für die FACHÄRZTE gemäß § 295a Abs. 1 SGB V als Vertragspartner auf Leistungserbringerseite das im V. Abschnitt geregelte Abrechnungsmanagement durch. Voraussetzung dafür ist die Einwilligung der FACHÄRZTE sowie der Versicherten auf Grundlage ausführlicher Informationen über die Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahmeerklärung. Weitere Regelungen zum Datenschutz sind in Anlage 16 geregelt.“

§ 29 Sonstiges

- (1) Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder aus einem anderen als dem in § 306 BGB bestimmten Grunde werden, oder sollte der Vertrag unvollständig sein, so wird der Vertrag in seinem übrigen Inhalt davon nicht berührt. Die unwirksame Bestimmung wird durch eine solche Bestimmung ersetzt, die dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung in rechtswirksamer Weise und wirtschaftlich am nächsten kommt. Gleiches gilt für etwaige Vertragslücken.
- (2) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst.
- (3) Soweit keine abweichenden Regelungen in diesem Vertrag getroffen wurden, gelten die allgemeinen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen, insbesondere das SGB V, ärztliches Berufsrecht sowie bundesmantel- und gesamtvertraglichen Regelungen.
- (4) Keine Regelung in diesem Vertrag soll ein Arbeitsverhältnis oder eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts zwischen den Vertragspartnern begründen. Sofern nicht in diesem Vertrag ausdrücklich geregelt, vermittelt dieser Vertrag keinem Vertragspartner das Recht, einen anderen Vertragspartner rechtsgeschäftlich zu vertreten.

Anlagenübersicht

Der Vertrag hat folgende Anlagen. Die Anlagen sind Bestandteil des Vertrages.

- **Anlage 1:** Infopaket FACHARZT
- **Anlage 2:** Qualifikations- und Qualitätsanforderungen
- **Anlage 2a:** Modul „Diabetes Technologie“ (rationale Hilfsmittelversorgung, Dienstleister, Wissensdatenbank)
- **Anlage 2b:** Modul Diabetischer Fuß
- **Anlage 3:** Vertragssoftware und Hardware
- **Anlage 4:** unbesetzt
- **Anlage 5:** Starterpaket FACHARZT
- **Anlage 6:** Prozessbeschreibung FACHARZT
- **Anlage 7:** Teilnahmebedingungen Versicherte
- **Anlage 7a:** Teilnahmebedingungen Versicherte – Modul Gestationsdiabetes
- **Anlage 8:** unbesetzt
- **Anlage 9:** Fachkonzept MEDIVERBUND, AOK
- **Anlage 10:** Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware
- **Anlage 11:** Schlichtungsverfahren
- **Anlage 12:** Vergütung und Abrechnung
- **Anlage 13:** Abrechnungsprüfkriterien
- **Anlage 14:** unbesetzt
- **Anlage 15:** Prüfwesen
- **Anlage 16:** Datenschutz
- **Anlage 17:** Qualifikations- und Qualitätsanforderungen Modul „Diabetischer Fuß“
- **Anlage 18:** unbesetzt

Stuttgart, den 01.04.2017

AOK Baden-Württemberg
Dr. Christopher Hermann

MEDIVERBUND AG
Frank Hofmann

MEDIVERBUND AG
Werner Conrad

Unterstützt durch:

MEDI Baden-Württemberg e. V.
Dr. med. Werner Baumgärtner

**Diabetologen Baden-
Württemberg eG**
Dr. med. Richard Daikeler

**Diabetologen Baden-
Württemberg eG**
Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Klaus Kusterer

Infopaket FACHARZT

Das Infopaket FACHARZT enthält insbesondere die folgenden Unterlagen:

- Teilnahmeerklärung FACHARZT (siehe Anhang)
- Vertrag
- Informationen zur Vertragsteilnahme des FACHARZTES
- Liste der erforderlichen Nachweisdokumente (z. B. Nachweis Vertragsschulung, Nachweis der Bestellung eines Konnektors/Online-Keys)
- Stammdatenblatt
- Liste der AOK-Ansprechpartner für den FACHARZT

Qualifikations- und Qualitätsanforderungen

ABSCHNITT I: Qualitätsanforderungen im Rahmen des Vertrages

Die Qualitätsanforderungen beziehen sich auf die Qualifikation zur Erbringung von Leistungen im Rahmen der Anlage 12 des Vertrages. Sie teilen sich auf in persönliche Voraussetzungen und apparative bzw. Praxis-Ausstattung. Diese sind aufgeführt in Anlage 1 (Teilnahmeerklärung Arzt) und in dieser Anlage 2. Basis sind die Anforderungen der Kassenärztlichen Vereinigung für die Zulassungsvoraussetzungen und die speziell für diesen Vertrag angestrebte Qualitätsförderung.

Folgende Voraussetzungen müssen von den teilnehmenden FACHÄRZTEN grundsätzlich und / oder für die Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen aus Anlage 12 erfüllt werden:

Teilnahmevoraussetzungen:

- Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Fachärzte für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ bzw. mit vergleichbarer Qualifikation nach Beschlussfassung durch den Beirat gem. § 22
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie“ oder der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“

Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen nach Anlage 12:

- a) Für die Beratung, Schulung, Versorgung und therapeutische Überwachung der teilnehmenden Versicherten mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus, die einer intensivierten Insulinbehandlung bedürfen, insbesondere i. V. m. der Indikationsstellung bzw. Verordnung von Glukosemessgeräten (rtCGM und iscCGM) und/oder Insulinpumpen. Erfüllung der Voraussetzungen nach Anlage 2a.
- b) Die für die Beratung, Schulung, Versorgung und therapeutische Überwachung der teilnehmenden Versicherten mit Diabetischem Fußsyndrom (Letzteres in Anlehnung an die Richtlinien der DDG) erforderlichen Voraussetzungen werden zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt.

ABSCHNITT II: Indikationen für die Verordnung der Systeme zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (CGM (iscCGM und rtCGM)) (siehe § 5 Abs. 5 lit. d) des Hauptvertrages) sowie für Insulinpumpen

1) Indikationsstellung für die Verordnung von CGM-Systemen

Die Indikationsstellung für die Verordnung von CGM-Systemen orientiert sich am G-BA Beschluss vom 16.06.2016¹ inklusive der tragenden Gründe zum Beschluss und des IQWiG-Abschlussberichts.

Die Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mittels CGM-Systemen ist bei Patientinnen und Patienten indiziert:

1. mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus,
2. die einer intensivierten Insulinbehandlung bedürfen, in dieser geschult sind und diese bereits anwenden, insbesondere dann, wenn die zwischen FACHARZT und Patientin oder Patient festgelegten individuellen Therapieziele zur Stoffwechseleinstellung (gemeinsame Betrachtung der schweren Hypoglykämien und des HbA1c-Wertes) auch bei Beachtung der jeweiligen Lebenssituation der Patientin oder des Patienten nicht erreicht werden können.

Bei neuen Erkenntnissen findet ggf. eine Anpassung der Indikationsstellung statt (Beschluss durch den Medizinischen Beirat gemäß Abschnitt IV Anlage 2a).

Als intensiviert ist eine Insulintherapie anzusehen, bei der die Patientin oder der Patient entsprechend ihres oder seines Lebensstils den Zeitpunkt und die Zusammensetzung der Mahlzeit selbst frei festlegt und dementsprechend die Dosierung des Mahlzeiteninsulins der Höhe des präprandialen Blutzuckerspiegels steuert.

I. Dokumentation der Indikation zur ICT:

- a) Mittels umfassender, endstellig korrekter ICD-Kodierung (www.dimdi.de) wie auch gemäß Anlage 12 Anhang 1
 - hinsichtlich des Diabetes-Typs bzw. der Diabetes-Form

¹ Gemeinsamer Bundesausschuss: Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM) zur Therapiesteuerung bei Patientinnen und Patienten mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus. BAnz AT 06.09.2016 B3.

- zur Insulinpumpe ICD-10 Z96.4
 - zu den zugrundeliegenden Symptomen v. a. von Hypoglykämien usw. wie auch o. g. zur Vorgeschichte bzw. bekannte Auslöser, wie z. B. chronische Pankreatitis
 - einschließlich multidisziplinär behandlungsrelevanter Komorbiditäten v. a. z. B. Herz-, Kreislauferkrankungen, Niereninsuffizienz, psychische Störungen und andere Stoffwechselerkrankungen (vgl. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes 2017 www.diabetes.org)
- b) Nachvollziehbar anhand entsprechender Verordnungen (bzw. auch ATC-Kodes) auch für mögliche Evaluationen zur Förderung der Versorgungsqualität

Zwingender Bestand einer intensivierten Insulintherapie (vgl: Definition ICT gemäß NVL 2015, GBA Beschluss zu rtCGM, Herold 2017) ist neben einem kurz wirksamen Insulin (gemäß WIdO: ATC: A10AB) zusätzlich ein länger wirksames Insulin (gemäß WIdO: ATC: A10AC, A10AD oder A10AE) oder das Vorhandensein einer Insulinpumpe (vgl. DIMDI: ICD: Z96.4).

II. Erhöhte Hypoglykämiegefahr unter ICT:

Die erhöhte Gefahr einer Hypoglykämie bzw. häufig wiederkehrende Hypoglykämien unter einer intensivierten Insulintherapie sind auf sämtliche Ursachen zu prüfen, mit dem Patienten zu besprechen und soweit möglich zu vermeiden, z. B.²:

- Nicht adäquate Insulinzufuhr zur nachfolgenden Nahrungsaufnahme, neben Berechnungsfehlern auch Anwendungsfehler prüfen (z. B. ausreichendes Schwenken bei NPH Insulinen)
- Interferenzen mit blutzuckersenkenden Medikamenten prüfen
- Veränderter Insulinbedarf unter starker körperlicher Belastung
- Alkoholgenuss (Hemmung der Glukoneogenese)
- Abgeschwächte Gegenreaktion auf Folgehypoglykämien
- Beachtung optimaler Nahrungszufuhr (reaktive Hypoglykämien bei vegetativer Labilität: kohlenhydratarme, fett- und eiweißreiche Kost mit mehreren kleinen Mahlzeiten) insbesondere auch bei sonstigen Erkrankungen und bei älteren Menschen, auch ggf. mit nicht zu strikter und niedriger HBA1c-Zielwert-Einstellung (Liberalisierung der Therapieziele mit zunehmender Diabetes-Krankheitsdauer z. B. nicht unter 6,5 %)

²Vgl. Herold, Innere Medizin, 2017.

Die Kriterien zur Therapieentscheidung für iscCGM oder rtCGM sind in Anhang 2 zur Anlage 2a dargestellt und verbindlich zu berücksichtigen.

2) Indikationen für eine Insulin-Pumpen-Therapie:

Patienten, die für die Insulinpumpentherapie vorgesehen sind, müssen in der intensivierten Insulintherapie geschult sein und diese gut beherrschen. Grundsätzlich müssen Eignung und Motivation der Patienten durch den FACHARZT überprüft und bestätigt werden. Die individuellen, unter Einsatz der Insulinpumpe zu erreichenden Therapieziele, müssen im Sinne einer gemeinsamen Entscheidungsfindung zwischen FACHARZT und Patient festgelegt und überwacht werden. Die Gründe für die Entscheidung für eine Insulinpumpentherapie sind zu dokumentieren. Zu den Gründen für die Insulinpumpentherapie zählen insbesondere:

- schwere Hypoglykämien (ggf. mit Fremdhilfe)
- Wahrnehmungsstörungen von Hypoglykämien, Mal-Awareness
- Besondere Lebenssituationen, z. B. Schichtdienst, Wechsel zwischen leichter und schwerer körperlicher Arbeit
- Diabetiker, die trotz korrekter Durchführung der intensivierten konventionellen Insulintherapie mit mehreren BE-adaptierten Insulininjektionen täglich keine gute BZ-Stoffwechsellage erreichen können.
- Dawn-Phänomen
- Diabetikerinnen während der Schwangerschaft mit schwierig einzustellendem BZ-Stoffwechsel, die keine gute BZ-Einstellung erreichen können. Der Pumpeneinsatz kann auf die Schwangerschaft und die Stillzeit begrenzt sein.
- Diabetikerinnen zur Vorbereitung auf eine Schwangerschaft, wenn bei Umstellung auf Normal- und NPH-Insulin keine gute BZ-Stoffwechsellage erreicht werden kann.
- In Einzelfällen: Diabetiker mit ausgeprägten Komplikationen, welche eine normoglykämische Blutzuckereinstellung erfordern.
- besondere Kontext-Faktoren, z.B. psychische Beeinträchtigungen, besondere Behinderungen, bestätigte Spritzenphobie, Ketoazidoseeigung bei Jugendlichen, ganztägiger Kindergartenbesuch, Probleme in der Blutzuckereinstellung, die z.B. aus unregelmäßiger Essenseinnahme durch eine Übermittagsbetreuung in der Schule resultieren.

Die Anforderung an die Dokumentation und Indikationsstellung werden vom Medizinischen Beirat gemäß Abschnitt IV Anlage 2a festgelegt.

ABSCHNITT III: Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln (§ 5 Abs. 3 lit. a und b) des Vertrages)

(1) Teilnahme an Qualitätszirkeln im Rahmen des HZV-Vertrages gemäß

§ 5 Abs. 3 lit. a)

Im Rahmen des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg mit der AOK wurden bereits Qualitätszirkel zur Arzneimitteltherapie etabliert. Je Kalenderjahr nehmen die am Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausärzte an 4 Qualitätszirkelsitzungen teil. Den am FacharztProgramm teilnehmenden FACHÄRZTEN wird die Teilnahme und Unterstützung an einer Qualitätszirkelsitzung empfohlen, welche diabetologisch relevante, indikationsbezogene (Pharmako-) Therapie-Module beinhaltet.

(2) Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln im Rahmen dieses Vertrages für FACHÄRZTE (gemäß § 5 Abs. 3 lit b) des Vertrages)

Im Rahmen des Vertrages zur fachärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg mit der AOK sollen mindestens 2 strukturierte Qualitätszirkel pro Kalenderjahr etabliert werden. Je vollendetes Halbjahr ist mindestens ein Qualitätszirkel zu besuchen.

Mindestens alle zwei Jahre wird im Rahmen der strukturierten Qualitätszirkel ein Qualitätszirkel zum Themenkomplex „Diabetes-Technologie“ angeboten.

ABSCHNITT IV: Erstellung eines individuellen Arzt-Feedbacks mittels Patientenbefragungen zur Patientenzufriedenheit von am AOK-FacharztProgramm oder dem Modul „Gestationsdiabetes“ teilnehmenden Versicherten in diabetologischer Versorgung

Der FACHARZT erklärt sich mit Abgabe seiner Teilnahmeerklärung zum Vertrag (Anlage 1) damit einverstanden, dass die AOK über ein drittes, unabhängiges Forschungsinstitut Patientenbefragungen zur Patientenzufriedenheit durchführen kann. Ziel ist eine arzt- und patientenbezogene Evaluation, insbesondere zu Prozessen, Patientenzufriedenheit sowie Elementen der Vertragsumsetzung (z.B. Partizipative Entscheidungsfindung bzw. Arzt-Patienten-Kommunikation).

Die Vertragspartner definieren, ggf. mit Unterstützung entsprechend qualifizierter Dritter, das methodische Vorgehen zur Patientenbefragung.

Zur Durchführung der Patientenbefragungen, zur Datenauswertung und zur Erstellung arztbezogener Feedback-Berichte beauftragen die Vertragspartner ein oder mehrere unabhängige Forschungsinstitute. Darüber hinaus sollen ausschließlich anonymisierte Daten der Patientenbefragung in die Qualitätszirkel einfließen (siehe ABSCHNITT II. Abs. 2). Über die Einzelheiten der Inhalte der Beauftragung des Forschungsinstituts stimmen sich die Vertragspartner ab. Das individuelle Feedback ist nur für den Arzt vorgesehen.

ABSCHNITT V: Behandlungsleitlinien (§ 5 Abs. 3 lit. c) und § 5 Abs. 5 lit. b) des Vertrages)

Die Vertragspartner überprüfen nach Bedarf die in diesem Vertrag zugrunde gelegten diabetologischen, evidenzbasierten, praxiserprobten Behandlungsempfehlungen, nach welchen die im § 5 Abs. 3 lit. c) und Abs. 5 lit. b) des Vertrages geregelte Versorgung der Patienten erfolgt und schlägt dem Beirat ggf. Änderungen vor. Die Liste der Behandlungsempfehlungen wird auf der Internetseite des MEDIVERBUNDES unter www.medi-verbund.de veröffentlicht. Der FACHARZT stimmt einer Anpassung dieser Liste schon jetzt zu.

ABSCHNITT VI: Erfüllung von Fortbildungspflichten nach § 95 d SGB V (§ 5 Abs. 3 lit. d) des Vertrages)

- (1) Die diabetologisch tätigen Ärzte bilden sich bereits jetzt entsprechend den berufs- und vertragsarztrechtlichen Pflichten fort. Pro Kalenderjahr sind vom FACHARZT jeweils 2 gemäß Abs. 2 zertifizierte Kurse bzw. Fortbildungen mit mindestens 8 Fortbildungspunkten zur Diagnostik und Behandlung der Krankheitsbilder der jeweiligen Fachgruppen zu absolvieren.
- (2) MEDIVERBUND zertifiziert gemeinsam mit dem IFFM („Institut für fachübergreifende Fortbildung und Versorgungsforschung der MEDI Verbünde e.V.“) jährlich Fortbildungsveranstaltungen, die sich insbesondere mit den diabetologischen Versorgungsschwerpunkten beschäftigen. Dazu gehören in gemeinsamer Abstimmung zwischen allen Vertragspartnern vor allem folgende Themen:
 - Unterstützung der richtigen spezifischen endstelligen Kodierung
 - Unterstützung von Informationsvermittlung bzw. Umsetzung der Beratungsergebnisse/der gemeinsamer Entscheidungsfindung auch zu nicht-medikamentösen Themen

- Unterstützung der medikamentösen Maßnahmen z.B. gemäß aktuellem Stand der Rationalen Pharmakotherapie sowie auch der Rabattierung
- Unterstützung und Vernetzung der interdisziplinären Versorgung

(3) MEDIVERBUND führt eine kontinuierliche Liste über die Fortbildungsveranstaltungen und stellt sie der AOK zur Verfügung. Die AOK kann Vorschläge zu Qualitätszirkel- und Fortbildungsthemen einbringen.

Abschnitt VII: Fortbildungspflicht der Diabetesberater/innen (§ 3 Abs. 3 lit. o))

Die FACHÄRZTE haben die Fortbildung der Diabetesberater/innen gem. den Regelungen des VBDB (Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V.) nachzuweisen. Es besteht derzeit für Diabetesberater/innen die Verpflichtung zur Fortbildung im Umfang von 25 Punkten pro Jahr bzw. 75 Punkten innerhalb von drei Jahren. Als Nachweis sind die Zertifikate der Fortbildung des VBDB bei der Managementgesellschaft einzureichen.

Abschnitt VIII: Evaluation

Die Vertragspartner können nach angemessener Vertragslaufzeit eine Evaluation des Vertrages durch Einschaltung eines externen universitären wissenschaftlichen Institutes durchführen. Über die Veröffentlichung der Ergebnisse entscheidet der Beirat (§ 22). Dabei können insbesondere Verordnungs-, Diagnose- und Leistungsdaten in anonymisierter Form genutzt werden. Die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten erfolgt jeweils unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften.

Modul „Diabetes-Technologie“ (rationale Hilfsmittelversorgung, Dienstleister, technisches Einweisungsregister)

Grundlage des Moduls „Diabetes-Technologie“ ist die qualitativ hochwertige und zugleich wirtschaftliche Versorgung von Diabetikern mit „technologischen“ Hilfsmitteln, insbesondere Messsysteme zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (rtCGM-Systeme) und Insulinpumpen, mit dem Ziel die Versorgungsqualität zu verbessern und eine rationale Versorgung zu ermöglichen.

Folgende Elemente sind in diesem Modul enthalten:

- Verordnung dieser Hilfsmittel durch qualifizierte FACHÄRZTE
- Sicherstellung einer technischen Einweisung in die Geräte durch die Hersteller und umfassende Schulung der Patienten in der FACHARZTPRAXIS durch qualifiziertes Personal
- Nachweis der erfolgten technischen Einweisung durch Dokumentation der technischen Einweisung im technischen Einweisungsregister der AOK Baden-Württemberg
- Sicherstellung des indikationsgerechten Einsatzes der technologischen Hilfsmittel
- Sicherstellung einer rationalen Hilfsmittelauswahl gemäß mit ärztlichen Experten konsentierten Behandlungspfaden
- Erhebliche Reduzierung des bürokratischen Aufwandes für den FACHARZT durch Entfall eines Genehmigungsverfahrens für die Hilfsmittel
- Schaffung von Transparenz für die FACHÄRZTE für das praxisinterne Qualitätsmanagement im Hinblick auf die Versorgung einzelner Patienten, aber auch im Hinblick auf bestimmte Therapieformen, die in der Praxis angewandt werden.
- Evaluation der eingesetzten Diabetes-Technologie anhand der erhobenen Daten, um Nutzen, Risiken und Wirtschaftlichkeit der Leistungen prüfen zu können und ggf. Maßnahmen abzuleiten.

Für die Beratung, Schulung, Versorgung und therapeutische Überwachung der teilnehmenden Patienten mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus, die einer intensivierten Insulinbehandlung bedürfen, insbesondere i. V. m. der Indikationsstellung bzw. Verordnung von rtCGM-Systemen und/oder Insulinpumpen gelten folgende Voraussetzungen:

Abschnitt I Voraussetzungen für die am Modul „Diabetes-Technologie“ teilnehmenden Fachärzte

Über die Regelungen des § 3 Hauptvertrag hinausgehend, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

- FACHARZT und DiabetesberaterIn müssen für die Durchführung von Patientenschulungen zu rtCGM und Insulinpumpentherapie qualifiziert sein. Der Medizinische Beirat gem. Abschnitt IV legt fest, welche Schulungsprogramme anerkannt werden. Die Qualifikation zur Durchführung der Patientenschulungen ist Voraussetzung für die Teilnahme am Modul „Diabetes-Technologie“ und muss gegenüber der MEDIVERBUND AG nachgewiesen werden.
- Der FACHARZT muss Patientenschulungen zur Nutzung von rtCGM und Insulinpumpen anbieten (siehe Anhang 1 zu Anlage 2a).
- Der FACHARZT muss geeignete Räumlichkeiten für Patientenschulungen zur Verfügung stellen.
- Der FACHARZT muss die technischen Voraussetzungen zur EDV-gestützten Auswertung der Glukose-Selbstkontrolle der Patienten mit CGM-Geräten vorhalten. Die Anforderungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an Hard- und Software in der Praxis in der jeweils aktuellen Fassung müssen eingehalten werden.

Abschnitt II Voraussetzung für die Behandlung mit CGM und Insulinpumpe - Schulung der Patienten

Die Patienten müssen nach Initiierung einer rtCGM und/oder Insulinpumpen-Therapie nachweislich geschult werden (FACHARZT, DiabetesberaterIn). Die Schulung des Patienten ersetzt nicht die technische Einweisung, die der abgebende Hersteller (auch über Dritte) zu leisten hat. Eine Qualifikation für diese Schulungsprogramme ist Voraussetzung. Art und Umfang der Schulung werden im Rahmen des Vertrages festgelegt (Anhang 1 zu Anlage 2a). Die Schulungsnachweise sind in der Praxis aufzubewahren und können (Stichprobe) von der MEDIVERBUND AG und/oder AOK BW nach vorheriger Information von der MEDIVERBUND AG angefordert werden.

Während die technischen Einweisungen VOR der Nutzung des Systems durch den Patienten stattfinden müssen, können die Schulungen innerhalb von 3 Monaten nach Hilfsmittelabgabe absolviert werden.

Patienten, welche bereits vor Vertragsbeginn rtCGM und/oder Insulinpumpentherapie angewendet haben, müssen bei Vertragsteilnahme nicht erneut geschult werden.

Abschnitt III Rationale Hilfsmittelversorgung:

Im Rahmen des Moduls „Diabetes-Technologie“ werden im Anhang 2 zu dieser Anlage verbindliche Prozesse und Behandlungspfade zur rationalen Hilfsmittelversorgung festgelegt. Von diesen darf nur in begründeten Einzelfällen abgewichen werden. Die Prozesse und Behandlungspfade werden durch den Medizinischen Beirat kontinuierlich angepasst und erweitert. Der FACHARZT stimmt einer Anpassung mit seiner Teilnahmeerklärung zu.

Abschnitt IV Medizinischer Beirat

- (1) Für das Modul „Diabetes-Technologie“ wird ein Medizinischer Beirat aus Vertretern der AOK BW, MEDIVERBUND AG und der Diabetologen Baden-Württemberg eG und des von der AOK BW benannten Dienstleisters gebildet.
- (2) Der Medizinische Beirat setzt sich aus drei Vertretern der AOK BW, zwei Vertretern der Diabetologen Baden-Württemberg eG sowie einem Vertreter der MEDIVERBUND AG zusammen. Beschlüsse werden mit einfacher Mehrheit gefasst. Ein Vertreter des von der AOK BW benannten Dienstleisters nimmt als beratendes Mitglied (ohne Stimmrecht) teil.
- (3) Der Medizinische Beirat trifft sich anlassbezogen, jedoch mindestens einmal pro Kalenderjahr. Die AOK BW lädt zu den Sitzungen ein.
- (4) Die Aufgaben des Medizinischen Beirates sind:
 - a. Beschlüsse zur Anerkennung und Anpassung von Patienten-Schulungsprogrammen (Anhang 1)
 - b. Beschlüsse zur Anpassung der Prozesse und Behandlungspfade zur rationalen Hilfsmittelversorgung (Anhang 2)
 - c. Empfehlungen zu Themen der Qualitätssicherung
 - d. Empfehlungen an die Vertragspartner zu Vertragsänderungen

Abschnitt V Verordnung von Hilfsmitteln:

Um eine rationale Hilfsmittelversorgung zu gewährleisten, erfolgt im Rahmen des Moduls „Diabetes-Technologie“ die Logistik der im Anhang 2 dieser Anlage definierten Hilfsmittel, über einen von der AOK BW benannten Dienstleister. Der FACHARZT verpflichtet sich, die Verordnungen über die definierten Hilfsmittel vorzugsweise über zugelassene sichere elektronische Verfahren direkt an den von der AOK BW benannten Dienstleister zu übermitteln, um eine zügige Bearbeitung zu gewährleisten. Die Bestimmungen der Medizinprodukte Abgabeverordnung (MPAV) müssen beachtet werden. Sofern gemäß § 1, Absatz 2 MPAV eine eigenhändige Unterschrift der verschreibenden Person oder, bei Verschreibungen in elektronischer Form, deren qualifizierte elektronische Signatur nach dem Signaturgesetz gefordert wird, muss neben der Übermittlung einer elektronischen Verordnung die Übermittlung einer

schriftlichen Verordnung (Muster 16) an den von der AOK benannten Dienstleister erfolgen, sofern eine qualifizierte elektronische Signatur nicht zur Verfügung steht.

Verordnung von rtCGM-Systemen gemäß Anhang 2 zur Anlage 2a:

Nach der Erstverordnung eines rtCGM-Systems inklusive der Erstausrüstung an Zubehör findet eine technische Einweisung durch den abgebenden Hersteller und eine Schulung des Patienten durch einen FACHARZT/DiabetesberaterIn statt. Folgeverordnungen über Sensoren und Verbrauchsmaterialien können erst nach erfolgter Basisdokumentation erfolgen. Alle Verordnungen werden an den Versicherten direkt geliefert.

Verordnung von Insulinpumpen gemäß Anhang 2 zur Anlage 2a:

Die Erstverordnung einer in Anhang 2 zur Anlage 2a festgelegten Insulinpumpe und die Verordnung für das zugehörige Verbrauchsmaterial erfolgt auf zwei separaten elektronischen Verordnungen. Bei der Erstverordnung einer Insulinpumpe hat der FACHARZT in der elektronischen Verordnung den Pumpentyp zu dokumentieren. Die technische Einweisung erfolgt durch den Hersteller bzw. durch eine vom Hersteller beauftragte Person. Eine fachliche Einweisung des Patienten erfolgt durch den FACHARZT/DiabetesberaterIn. Alle verordneten Hilfsmittel werden – sofern nicht anders vereinbart – an den Versicherten direkt geliefert. Zubehör bzw. Verbrauchsmaterialien der Insulinpumpen können quartalsweise unter Einhaltung der maximalen Mengen gemäß der „Übersicht zu den Verordnungsmengen für das zu den Insulinpumpen zugehörige Verbrauchsmaterials“ im Anhang 2 zu Anlage 2a verordnet werden. Es ist aber auch die mehrmalige Verordnung kleinerer Mengen pro Quartal möglich (z.B. bei Testung der unterschiedlichen Zubehöre nach Erstverordnung). Bei einer Überschreitung der in Anlage 2 definierten maximalen Mengen pro Quartal oder der maximalen Verordnungsmenge pro Jahr hat der Versicherte die Überschreitung der Verordnungsmenge zu begründen. Die AOK prüft die Angemessenheit des Mehrbedarfs. Wird der Begründung nicht stattgegeben, kann der Versicherte die zusätzlich benötigten Materialien privat bestellen und selbst bezahlen.

Im Rahmen der Erstverordnung besteht die Möglichkeit zur Verordnung einer Insulinpumpe auf Probe für maximal vier Monate. In diesem Fall hat der Arzt die Verordnung auf Probe in der elektronischen Verordnung zu dokumentieren. Spätestens nach Ablauf von 3 Monaten muss der FACHARZT gemeinsam mit dem Patienten über die Fortführung oder den Abbruch der Insulinpumpentherapie entscheiden. Im Falle der Entscheidung für einen Therapieabbruch ist der von der AOK benannten Dienstleister durch den FACHARZT mittels einer über

die elektronische Verordnung zu signierende Beendigungsanzeige zu informieren. Der unverzügliche Rückversand der Insulinpumpe an den Vertragspartner erfolgt durch den FACHARZT oder den Patienten.

Abschnitt VI Technisches Einweisungsregister für das Qualitätsmanagement

1. Um die Qualität der Hilfsmittelversorgung sicher zu stellen, erfolgt initial vor Nutzung der Hilfsmittel durch den Patienten eine technische Einweisung durch eine qualifizierte Person. Die technische Einweisung und die Qualifizierung der geeigneten einweisenden Person liegen in der Verantwortung des abgebenden Herstellers. Der Hersteller dokumentiert jede erfolgte technische Einweisung im technischen Einweisungsregister der AOK Baden-Württemberg. Die AOK beauftragt hierfür unter Beachtung von § 80 SGB X einen Dienstleister und trägt die dafür entstehenden Aufwendungen für den Betrieb des technischen Einweisungsregisters.
2. Die FACHÄRZTE sind verpflichtet Behandlungs- und Messdaten von Patienten, bei denen eine Behandlung insbesondere mittels rtCGM oder Insulinpumpe nach dieser Vereinbarung durchgeführt wird, richtig und vollständig zu dokumentieren. Hierbei wird zwischen einer Basisdokumentation bei Erstverordnung eines CGM-Gerätes oder einer Insulinpumpe bzw. bei Einschreibung des Patienten in den Vertrag und der Folgedokumentation von Verlaufsdaten (mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt pro Quartal) unterschieden. Art, Umfang und Verfahren zur Dokumentation der Daten werden vom Medizinischen Beirat (Abschnitt IV) festgelegt. Die allgemeine ärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
3. Die dokumentierten Daten können für Zwecke des Qualitätsmanagements, der Versorgungsforschung, zur Bewertung von Nutzen und Risiko von Therapien sowie zur Evaluation der eingesetzten technischen Hilfsmittel und des Gesamtvertrags (vgl. § 140a Abs. 2 Satz 4 SGB V) eingesetzt werden. Der Medizinische Beirat (Abschnitt IV) kann darüber hinausgehende Zwecke festlegen.
4. Die dokumentierten Daten sollen weiterhin der Steigerung der praxis- und patientenbezogenen Transparenz für den FACHARZT dienen.
5. Der medizinische Beirat und die AOK erhalten Zugriff auf die unter 2. bis 4. genannten Daten ausschließlich in pseudonymisierter Form.
6. Durch die AOK können weitere relevante GKV-Daten in Analysen eingebracht. Art und Umfang der Datenlieferung werden unter Einhaltung der einschlägigen Bestimmungen zum Datenschutz durch den Medizinischen Beirat (Abschnitt IV) festgelegt.
7. Die Weitergabe der Daten an Dritte, beispielsweise Forschungseinrichtungen, kann nur zweckgebunden unter Einhaltung der einschlägigen Bestimmungen zum Datenschutz und mit vorheriger Zustimmung des Medizinischen Beirats (Abschnitt IV) erfolgen.

Anhang 1 zu Anlage 2a
Übersicht über Patienten-Schulungsprogramme

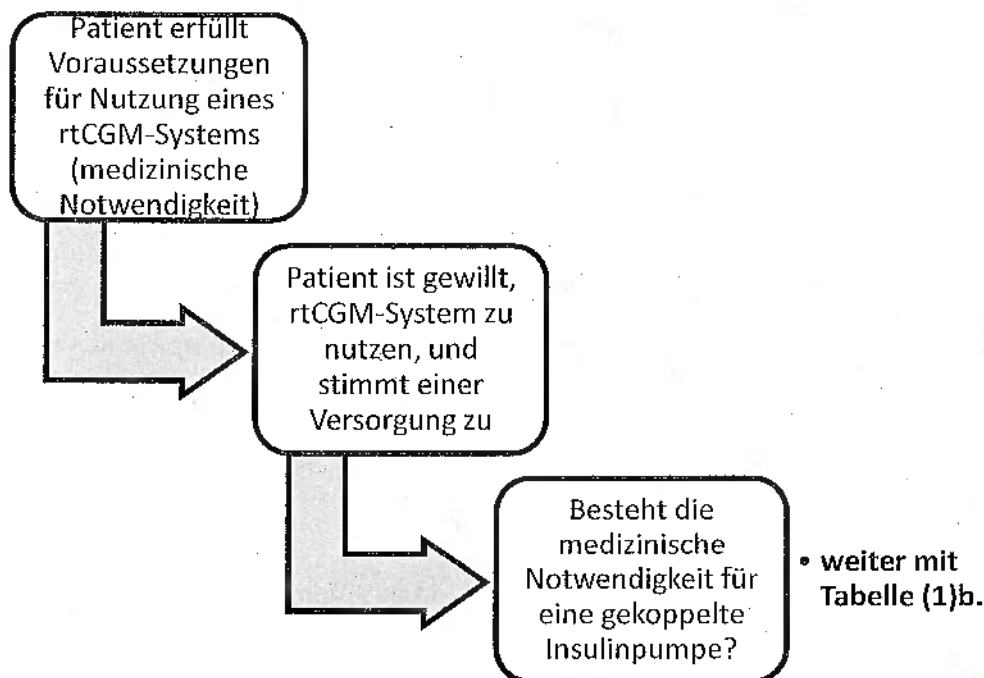
Initiierung von:	Schulungsprogramm	Umfang	Fristen
rtCGM	„Spectrum“ (Version für Erwachsene, für Eltern mit Kleinkindern bzw. für Jugendliche)	Maximal 6 Module à 90 Minuten	Schulungen sollten ab Geräteabgabe innerhalb von 3 Monaten absolviert werden.
Insulinpumpen-Therapie	„Input“ oder „Subito“	Maximal 12 Module à 90 Minuten	Schulungen für Insulinpumpen sollten ab Anlage der Insulinpumpe innerhalb von 6 Monaten absolviert werden.

Anhang 2 zu Anlage 2a

Auswahl der Hilfsmittel

(1) Hierarchisierung der Hilfsmittelauswahl

a. Entscheidung über rtCGM-Systeme



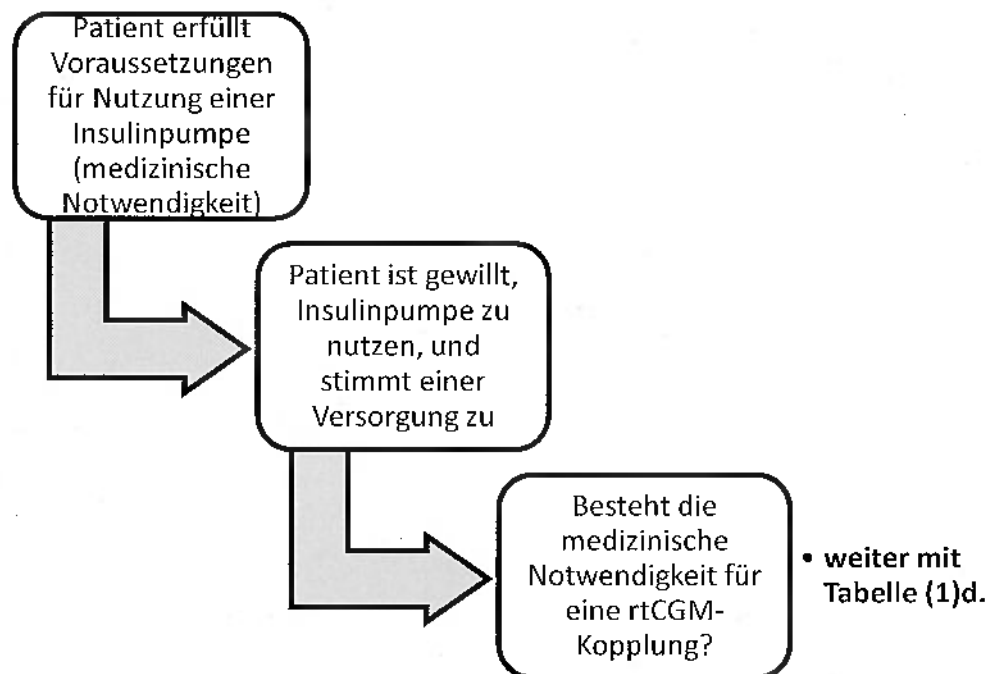
b. Tabellarische Übersicht: rtCGM-Systeme, die mit einer Insulinpumpe gekoppelt werden können

rtCGM-System	kopplungsfähig mit	Wirtschaftlicher Rang
Dexcom G6	- mylife™ YpsoPump - t:slim X2 - Omnipod 5 - Accu Chek Insight oder Dana-i® oder Kaleido® (mit DBLG1® von diabeloop)DBLG1® von diabeloop)	Die AOK Baden-Württemberg verfügt über Preisvereinbarungen mit den Herstellern der genannten rtCGM-Systeme. Seit dem 01.12.2022 sind die rtCGM-Systeme aus wirtschaftlicher Sicht austauschbar.
Dexcom G7	- t:slim X2	
FreeStyle Libre 3	- mylife™ YpsoPump®	

Es besteht die medizinische Notwendigkeit der Kopplung des rtCGM-Systems mit einer Insulinpumpe: Verordnung eines FreeStyle Libre 3- oder Dexcom G6/G7-Systems.

Es besteht KEINE medizinische Notwendigkeit der Kopplung des rtCGM-Systems mit einer Insulinpumpe: Verordnung eines der o.g. rtCGM-Systeme nach Wahl des Patienten.

c. Entscheidung Insulinpumpen



d. Tabellarische Übersicht: Insulinpumpen, die von der AOK Baden-Württemberg auf der Grundlage von Vereinbarungen mit den Herstellern erstattet werden:

Insulinpumpe	kopplungsfähig	Preisvereinbarung
mylife™ YpsoPump® Insulinpumpe	ja: Dexcom G6 ja: Freestyle Libre 3	Ja
t:slim X2™ Insulinpumpe	ja: Dexcom G6 ja: Dexcom G7	Ja
Omnipod® 5	ja: Dexcom G6	Ja
Accu-Chek Solo® Mikropumpe	nein	Ja

Es besteht die medizinische Notwendigkeit der Kopplung der Insulinpumpe mit einem rtCGM-System: Verordnung der mylife™ YpsoPump® mit mylife™ CamAPS FX®-Technologie oder der t:slim X2™ Insulinpumpe mit Basal-IQ™/-Control IQ™ Technologie oder dem Omnipod® 5.

Es besteht KEINE medizinische Notwendigkeit der Kopplung der Insulinpumpe mit einem rtCGM-System: Verordnung der Accu-Chek Solo® Mikropumpe.

(2) Auflistung der Hilfsmittel, die im Rahmen des Vertrages über den Dienstleister ContraCare GmbH bestellt werden müssen

a. rtCGM-Systeme

rtCGM-System	Quartalsversorgung	Liefermenge
Dexcom G6	Ja	10 Sensoren 1 Transmitter Empfangsgerät optional
Dexcom G7	Ja	10 Sensoren Empfangsgerät optional
FreeStyle Libre 3	Ja	7 Sensoren Empfangsgerät optional

b. Insulinpumpen

Insulinpumpe	Quartalsversorgung	Liefermenge
Accu-Chek Solo Mikro- pumpe	Ja	1 Systemkit initial 1 Verbrauchsmaterial- Pauschale
Omnipod 5 Pods	Ja	1 Starterset 1 Verbrauchsmaterial- Pauschale
t:slim X2 Insulinpumpe 03.29.04.100x (Basal IQ) 30.29.04.200x (Control IQ)	Ja	1 Insulinpumpen- Pauschale 1 Verbrauchsmaterial- Pauschale
mylife YpsoPump Insu- linpumpe mylife CamAPS FX	Ja	1 Insulinpumpen- Pauschale 1 Verbrauchsmaterial- Pauschale

c. Sperrfrist: 75 Tage nach Abgabedatum

Auf der Grundlage von fachärztlichen Verordnungen (Selektivvertrag) und Genehmigungen (Regelversorgung) koordiniert der Dienstleister der AOK Baden-Württemberg die Abgabe der Hilfsmittel über die vertraglich gebundenen Hersteller. Nach erfolgter Abgabe der Hilfsmittel ist der Dienstleister der AOK angewiesen, den jeweiligen Versicherten für 75 Tage nach dem Abgabedatum für eine erneute

Versorgung mit den technischen Hilfsmitteln zu sperren. Eine erneute Verordnung wird demzufolge erst 75 Tage nach dem letzten Abgabedatum prozessierbar. Das wiederholte Einsenden von Verordnungen führt also nicht automatisch zur Abgabe von Hilfsmitteln.

Die Ärzte und die Patienten haben jederzeit die Möglichkeit, den Bearbeitungsstand von Verordnungen unter rezeptinfo.contracare.com einzusehen.

Stammdaten

Einrichtung
Hausarzt
Überw. Arzt

Wunddokumentationsbogen

Wundbefund Datum O keine Läsion (wenn mehrere Läsionen: Befund No....)

Läsionsalter: Auslöser.....Rezidiv/ Rezidivfreie Zeit Monate

Wundschmerz O nein O ja (1-10) :

Lokalisation

Zehe No		Ferse		Fuß		Knöchel		Unterschenkel	
plantar		dorsal		ventral		lateral		medial	
Wundbeschreibung (Mehrere gleiche Wunden: größte Wunde beschreiben / Verschiedene Wunden: neuer Dokubogen)									
Größe (mm)	Länge		Breite		Tiefe				
Oberfläche	feucht		nass		trocken		verkrustet		
Beläge	keine		fibrinös		eitrig		blutig		
Farbe	rot		gelb		schwarz		livide		
Stadium	Exsudation		Granulation		Epithelbildung		Nekrose		
Deformitäten	Hallux valgus		Hammerzehen		Krallenzehen		Hallux rhigidus		
Graduierung									
Wagner/Armst.		DNOAP							

Therapie

Wundauflage								
Verband								
Verbandswechsel	Mitbehandler							
Wiedervorstellung								
Weitere Planung	Doppler		Duplex		MR-Angio			
	Angiologe		Gefäßchirurg		Stationär			

Fußbefund graphisch oder Fotodokument:



Modul „Diabetisches Fußsyndrom“**ABSCHNITT I: Präambel**

Die Langzeitbetreuung von Patienten mit einem Diabetischen Fußsyndrom (DFS)* und deren Dokumentation erfolgt durch den HAUSARZT. Die Überweisung in eine für die Behandlung des DFS qualifizierte Einrichtung kann bei Fuß-Läsionen Wagner/Armstrong 2-5 A, B, sowie 1-5 C und D (vgl. Anlage 17) und/oder bei Verdacht auf Charcot-Fuß und/oder bei fehlender Wundheilungstendenz innerhalb von spätestens 4 Wochen erfolgen. D.h. bei oberflächlicher Wunde mit Ischämie und allen tiefen Ulcera (mit oder ohne Wundinfektion, mit oder ohne Ischämie) sowie bei Verdacht auf Charcot-Fuß. Zur adäquaten Versorgung soll die Übernahme des Patienten durch den FACHARZT spätestens am Folgetag, nach Überweisung des HAUSARZTES, geschehen. Ziel dieses Modules ist es, durch ein abgestuftes Versorgungskonzept von Spezialisten im ambulanten und stationären Versorgungsbereich die Major-Amputationsrate bei Patienten/innen mit Diabetischem Fußsyndrom zu senken. Amputationen sind grundsätzlich zu vermeiden und sollten die Ultima Ratio sein. Die Bestimmungen der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) sowie die DMP-Verträge für Diabetes mellitus Typ 1 und 2 in der jeweils gültigen Fassung gelten als Basis für die Behandlung innerhalb dieses Modules.

*Dem DFS wird dabei folgende Definition zugrunde gelegt:

Unter einem DFS versteht man alle pathologischen Veränderungen am Fuß eines Menschen mit Diabetes mellitus.

ABSCHNITT II: Qualitätsanforderungen

Folgende Voraussetzungen müssen von den teilnehmenden Ärzten grundsätzlich für die Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen aus Anlage 2b erfüllt werden:

Teilnahmevoraussetzungen

1. Der Vertragsarzt besitzt die Eigenschaft als für einen diabetischen Fuß spezialisierte Einrichtung/Praxis gem. den Anforderungen der DMP-Verträge der AOK Baden-Württemberg für Diabetes mellitus Typ 1 **und** Typ 2 in der jeweils gültigen Fassung (DMP-Fußambulanz) (Nachweis: Genehmigung der KV oder KV-Abrechnung EBM-Ziffern 99222 und 99223).

2. Vorhalten einer/s Mitarbeiters-/in mit der Qualifikation Wundassistent-/in DDG (oder vergleichbare Qualifikation) im Rahmen einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung oder eines Kooperationsvertrages (mindestens eine halbe Vollzeitkraft (20 Stunden)) pro an diesem Modul teilnehmenden FACHARZT; (Nachweis: Fortbildungsnachweis und Kopie des Anstellungs- oder Kooperationsvertrages). Als vergleichbare Qualifikation gilt dabei insbesondere die Qualifikation als Wundexperte/in ICW. Im Folgenden werden diese Personen gemeinsam als „Wundassistent/in“ bezeichnet.

Teilnehmende Ärzte werden im Folgenden als „FACHÄRZTE“ bezeichnet.

3. Besondere Transferqualitätsmerkmale

Die Versorgung des DFS geschieht in einem Netzwerk (Wundnetz). Der FACHARZT in der diabetologischen Fußambulanz koordiniert in Abstimmung mit dem jeweiligen HAUSARZT den weiteren Verlauf bis zur Abheilung der Wunde. Die Lotsenfunktion des HAUSARZTES ist dabei zu beachten.

Im Wundnetz muss die Kooperation mit folgenden Disziplinen geregelt sein (Nachweis Selbstauskunft): Gefäßchirurgie, Angiologie, interventionelle Radiologie, Fußchirurgie, Orthopädie, stationäre Fußbehandlungseinrichtung, ambulanter Pflegedienst, Podologie und einer/em orthopädischer/n Schuhmachermeister/in. Alle relevanten Befunde werden – mit Einverständnis des Patienten – dem HAUSARZT innerhalb von 3 Werktagen übermittelt. Verantwortlich für die kooperative Behandlung im Wundnetz ist der betreuende FACHARZT in Abstimmung mit dem jeweiligen HAUSARZT. Die Koordination der verzögerungsfreien Vorstellung – falls medizinisch notwendig – erfolgt bei allen Disziplinen des Wundnetzes in Abstimmung mit dem HAUSARZT.

4. Behandlungsqualität

Die Behandlung des DFS nach dieser Vereinbarung orientiert sich an der nationalen Versorgungsleitlinie Diabetische Fußkomplikation, Leitlinien der AG Fuß von der Deutschen Diabetesgesellschaft (DDG) oder dem International Consensus of the Diabetic Foot.

4.1 Prozessbeschreibung

Das Management eines Patienten mit diabetischen Fuß ist einem Flussdiagramm dargestellt (siehe Behandlungsschema).

a) Überweisung

vgl. Abschnitt I Präambel

b) Basiskomplex

Die **Basisuntersuchung BU** wird von Arzt und Wundassistent/in durchgeführt:

Arzt: Anamnese, körperliche Untersuchung incl. Pulsstatus, Therapie- und Diagnostikplanung, neurologische Basisuntersuchung mit Dokumentation, Débridement nach abgeschlossener Diagnostik bzgl. AVK (ABI), Schuhberatung, individuelles Risikomanagement, Therapiebesprechung, Verordnung von Verbandsmaterial.

Wundassistent: Wund- und Fußinspektion, Abtragung von Hyperkeratosen, ggf. Festlegung einer Schulungsmaßnahme, Pulsstatus, ABI Messung, Fotodokumentation, Ausfüllen des Wunddokumentationsbogens gemäß Anhang, Assistenz beim ärztlichen Eingriff, Verbandwechsel, Reinigung des Raumes, Empfehlung zur Verordnung von Verbandsmaterial.

Hat ein DFS-Patient ein Ulcus, erfolgt die Klassifikation nach Wagner-Armstrong. Spätestens bei Vorliegen der Klassifikation $\geq 2B$ kann die stationäre Einweisung in ein diabetisches Fußzentrum erwogen werden.

Bei Vorliegen einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) sind Symptome wie Schmerzen (wg. der meist begleitenden Polyneuropathie) häufig nicht vorhanden. Vor der Wundbehandlung wird stets der Pulsstatus und der Knöchel Arm Index (ABI) (cave Media-sklerose) erhoben. Bei einem Knöchel-Verschlußdruck < 40 mmHg ist eine Heilung nicht möglich. Vor einem Débridement erfolgt zunächst die weitere angiologische Abklärung und Verbesserung der Durchblutung.

Behandlung bei pAVK

Die Verbesserung der Durchblutungssituation muss bei Vorliegen einer pAVK immer primär angestrebt werden. Bei ungenügender Durchblutung mit trockener Nekrose sollte weder ein Débridement noch eine feuchte Wundbehandlung durchgeführt werden, bis die Durchblu-

Vertrag vom 01.07.2018 i.d.F. vom 01.07.2019

AOK-FacharztProgramm Diabetologie

tungssituation ausreichend verbessert wurde. Die Revaskularisation senkt signifikant die Majoramputationsraten. Exzellente Ergebnisse werden auch bei der distalen Rekonstruktion erreicht.

Liegt keine pAVK vor oder wurde die Durchblutungssituation verbessert, erfolgt eine Kontrolluntersuchung K2 zweimal pro Woche bis zur Abheilung oder für bis zu acht Wochen.

Liegt ein akuter Charcot Fuß vor, muss eine Entlastung für mindestens sechs Monate erfolgen. Eine Kontrolluntersuchung analog K1 erfolgt alle vier Wochen. Nach Stabilisierung erfolgt die Verordnung von Maßschuhen. Hat der Patient einen Charcot Fuß und ein Fußulkus erfolgt eine Stadien gerechte Ulkusbehandlung bei konsequenter Entlastung für sechs Monate.

c) Kontrolluntersuchung K1:

FACHARZT: Fußinspektion, Therapiebesprechung, Arztbrief.

Wundassistentz: Fußinspektion, Pulsstatus, Abtragung von Hyperkeratosen

d) Kontrolluntersuchung K2:

FACHARZT: Anamnese, Inspektion der Wunde, ggf. Debridement, Infektionsmanagement, Kommunikation mit Wundnetz, Glukosekontrolle, Therapiebesprechung, Diagnostikplanung

Wundassistentz: Vorbereitung, digitale Fotodokumentation, Dokumentation Fußbogen, Ausfüllen des Wunddokumentationsbogens gemäß Anhang, Verbandswechsel, Wundreinigung, Entlastungs-Schuh, Schulung des Patienten, bei stark nässenden Wunden können tägliche oder jeden zweiten Tag Verbandswechsel durch einen qualifizierten Pflegedienst erforderlich sein.

Ist nach acht Wochen noch keine Verbesserung erreicht worden, erfolgt eine Nachbehandlung für weitere acht Wochen mit einer Kontrolluntersuchung K2 einmal pro Woche.

Ist danach immer noch keine Abheilung erreicht, kann eine konsequente Entlastung mittels Total Contact Cast (TCC) oder auch Orthese für weitere acht Wochen versucht werden.

Ist nach 24 Wochen keine Abheilungstendenz erreicht, kann eine Einweisung in ein stationäres Fußzentrum erwogen werden. Die FACHÄRZTE sollen den Versicherten vorzugsweise in eine mindestens mit der Bezeichnung „Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG“ zertifizierte Einrichtung einweisen. Die entsprechenden Einrichtungen sind unter

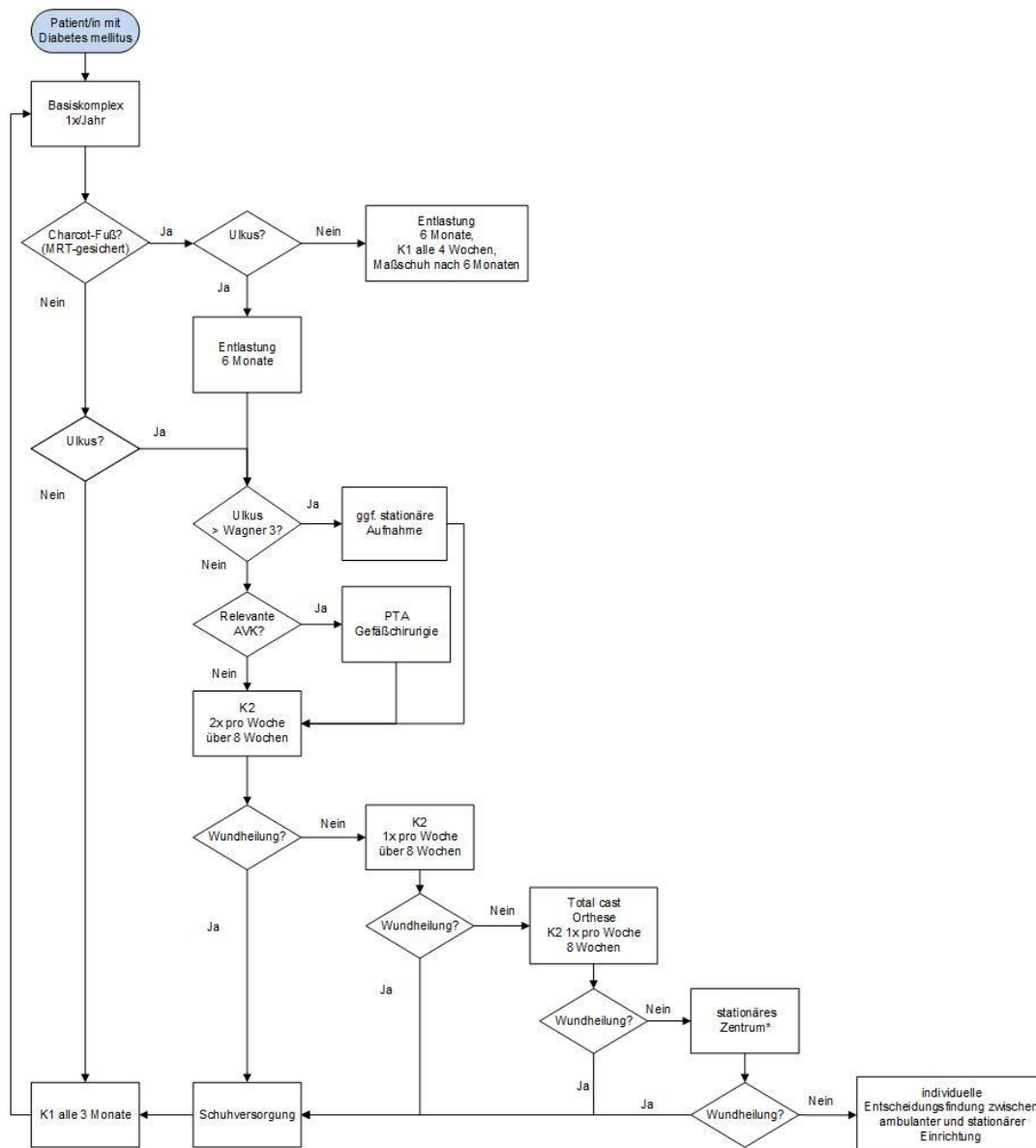
Vertrag vom 01.07.2018 i.d.F. vom 01.07.2019

AOK-FacharztProgramm Diabetologie

www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de abrufbar.

In jedem Stadium ist bei Komplikationen, insbesondere einer Osteomyelitis, eine Einweisung in ein stationäres Zentrum möglich. Näheres zur Therapie ergibt sich aus Anlage 17.

Behandlungsschema:



* Vorzugsweise stationäre Einrichtung, die mindestens über die Zertifizierung „Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG“ verfügt, siehe www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de

4.2 Wissensdatenbank/Register für das Qualitätsmanagement

Um ein Qualitätsmanagement und eine Evaluation des Moduls zu ermöglichen, soll eine valide Datenbasis geschaffen werden. Angestrebt wird insbesondere eine einheitliche Wunddokumentation inkl. einheitlicher Fotodokumentation in elektronischer Form. Das Nähere zum Inhalt und der Umsetzung beschließt der Beirat gem. § 22 des Hauptvertrages.

Anhang 1 zu Anlage 2b Wund-Dokumentationsbogen

Stammdaten 	Einrichtung Hausarzt Überw. Arzt
---------------------------------------	---

Wunddokumentationsbogen

Wundbefund Datum O keine Läsion (wenn mehrere Läsionen: Befund No....)
 Läsionsalter: Auslöser: Rezidiv/ Rezidivfreie Zeit Monate
 Wundschmerz O nein O ja (1-10) :

⊕ Lokalisation

Zehe No	Ferse	Fuß	Knöchel	Unterschenkel
plantar	dorsal	ventral	lateral	medial

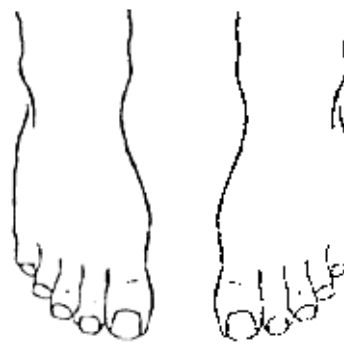
Wundbeschreibung (Mehrere gleiche Wunden: größte Wunde beschreiben / Verschiedene Wunden: neuer Dokubogen)

Größe (mm)	Länge	Breite	Tiefe	
Oberfläche	feucht	nass	trocken	verkrustet
Beläge	keine	fibrinös	eitrig	blutig
Farbe	rot	gelb	schwarz	livide
Stadium	Exsudation	Granulation	Epithelbildung	Nekrose
Deformitäten	Hallux valgus	Hammerzehen	Krallenzehen	Hallux rigidus
Graduierung				
Wagner/Armst.	DNOAP			

Therapie

Wundauflage				
Verband				
Verbandswechsel	Mitbehandler			
Wiedervorstellung				
Weitere Planung	Doppler	Duplex	MR-Angio	
	Angiologe	Gefäßchirurg	Stationär	

Fußbefund graphisch oder Fotodokument:



Anhang 2 zu Anlage 2b

Klassifizierung diabetischer Fuß-Läsionen nach Wagner-Armstrong

	0	1	2	3	4	5
A	Prä- oder postulcerative Läsion	Oberflächliche Wunde	Wunde bis zur Ebene von Sehne oder Kapsel	Wunde bis zur Ebene von Knochen oder Gelenk	Nekrose von Fußteilen	Nekrose des gesamten Fußes
B	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion
C	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie
D	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie

Validation of a Diabetic Wound Classification System. Armstrong et al. Diabetic Care 21:855 (1998)

The dysvascular foot. A system of diagnosis and treatment Wagner. Foot and Ankle 2:64 (1981)

Anhang 3 zu Anlage 2b

Empfehlungen der AG Fuß der DDG zur Schuhversorgung

**Schuhversorgung und Risikoklassen beim Diabetischen Fußsyndrom
- und analogen Neuro-Angio-Arthropathien**

Stand 25.02.2006

Risikogruppe		Erläuterung	Regelversorgung
0	Diabetes mellitus ohne PNP/pAVK	Aufklärung und Beratung	Fußgerechte Konfektionsschuhe
I	Wie 0, mit Fußdeformität	Höheres Risiko bei späterem Auftreten einer PNP/pAVK	Orthopädiesschuhtechnische Versorgung aufgrund orthopädischer Indikation
II	D.m. mit Sensibilitätsverlust durch PNP/ relevante pAVK,	PNP mit Sensibilitätsverlust pAVK	Diabetesschutzschuh mit herausnehmbarer konfekzionierter Weichpolstereinlegesohle, ggf. mit orth. Schuhzurichtung Höherversorgung mit DAF oder orth. Maßschuhen bei Fußproportionen die nach einem konfekzionierten Leisten nicht zu versorgen sind, Fußdeformität, die zu lokaler Druckerhöhung führt, fehlgeschlagene adäquate Vorversorgung, orthopädische Indikationen
III	Z. n. plantarem Ulcus	Deutlich erhöhtes Ulcusrezidiv-Risiko gegenüber Gr. II,	Diabetesschutzschuh i.d.R. mit diabetes-adaptierter Fußbettung, ggf. mit orth. Schuhzurichtung Höherversorgung mit orth. Maßschuhen bei Fußproportionen die nach einem konfekzionierten Leisten nicht zu versorgen sind, fehlgeschlagene adäquate Vorversorgung, orthopädische Indikationen
IV	Wie II mit Deformitäten bzw. Dysproportionen	Nicht nach konfekzioniertem Leisten zu versorgen	orth. Maßschuhe mit DAF,
V	DNOAP (Sanders II-V) LEVIN III),	Orthesen i.d.R. bei DNOAP Typ IV-V (Sanders) oder bei starker Lotabweichung	Knöchelübergreifende orth. Maßschuhe mit DAF, Innenschuhe, Orthesen
VI	Wie II mit Fußteillamputation	mindestens transmetatarsale Amputation, auch als innere Amp.	Versorgung wie IV plus Prothesen
VII	Akute Läsion / floride DNOAP	stets als temporäre Versorgung	Entlastungsschuhe, Verbandsschuhe, Interimsschuhe, Orthesen, TCC ggf. mit DAF und orth. Zurichtungen
Kriterien für eine höhergradige Versorgung			
a) Kontralaterale Major-Amputation			
b) Arthropathie Hüfte/Knie/OSG oder Gelenkimplantat mit Funktionsbeeinträchtigung/Kontraktur			
c) Amputation der Großzehe / Resektion MFK I			
d) Motorische Funktionseinschränkung/Parese eines oder beider Beine			
e) Höhergradige Gang- und Standunsicherheit			
f) Extreme Adipositas (BMI ≥ 35)			
g) Dialysepflichtige Niereninsuffizienz			
h) Beruf mit überwiegender Steh- und Gehbelastung			
i) Erhebliche Visuseinschränkung			
j) fehlgeschlagene adäquate Vorversorgung,			
k) Fußdeformität, die zu lokaler Druckerhöhung führt			

Vertragssoftware und Hardware

ABSCHNITT I: VERTRAGSSOFTWARE

I. Zugelassene Vertragssoftwareprogramme

Die Liste der als Vertragssoftware zugelassenen Softwareprogramme und der Anbieter, bei denen der FACHARZT sie bestellen kann, ist jeweils aktuell auf der Internetseite des MEDIVERBUNDES unter www.medi-verbund.de im Bereich Verträge abrufbar. Diese Liste wird bei Neuzulassungen fortlaufend ergänzt.

II. Systemvoraussetzungen für die Vertragssoftwareprogramme

Der FACHARZT stellt sicher, dass seine eingesetzte Hard- und Software den Systemvoraussetzungen seiner gewählten Vertragssoftware entspricht. Die Systemvoraussetzungen der Vertragssoftware können beim jeweiligen Hersteller angefragt werden.

III. Weitere technische Voraussetzungen für die Nutzung der Vertragssoftware

- (1) Ausstattung mit einer onlinefähigen IT und Anbindung über z.B. DSL. Empfohlen wird dabei die Nutzung einer Flatrate für die Datenübertragung.
- (2) Ausstattung mit einem Arztinformationssystem/einer Praxissoftware mit Zertifizierung gemäß BMV-Ä.

IV. Kosten für die Nutzung der Vertragssoftwareprogramme

Die Preise für Installation und Nutzung der Vertragssoftware erfährt der FACHARZT bei dessen Anbieter.

HINWEIS: Für die Nutzung von z.B. DSL entstehen gesonderte Kosten in Abhängigkeit von der Vereinbarung, die der FACHARZT mit seinem Internet Service-Provider getroffen hat.

ABSCHNITT II: HARDWARE UND TRANSPORTVERSCHLÜSSELUNG

Der FACHARZT ist darüber hinaus verpflichtet, Daten, die im Rahmen dieses Vertrages übermittelt werden, über einen verschlüsselten Übertragungsweg an die Managementgesellschaft zu übermitteln.

Zulässige Datenübertragungswege

Die Datenübertragung ist nur über eine verschlüsselte Verbindung erlaubt. Folgende Datenübertragungswege sind zulässig:

- 1) Gematikfähiger Konnektor mit Kompatibilität zu den Vertragssoftwareprogrammen gemäß ABSCHNITT I. Die Funktionsfähigkeit muss gegenüber der Managementgesellschaft durch ein Installationsprotokoll oder eine Testübertragung von Abrechnungsdateien (Testabrechnung) nachgewiesen werden.
- 2) Praxisbezogener HZV-Online-Key

HINWEIS: Für die Anschaffung und den Betrieb eines Konnektors entstehen gesonderte Kosten.

ABSCHNITT III: TECHNISCHE FUNKTIONSSTÖRUNGEN

Die AOK, die BKK und die Managementgesellschaft leisten keine technische Unterstützung bei der Installation, der Nutzung oder bei Fehlfunktionen der Vertragssoftware oder der zur Datenübermittlung eingesetzten Hardware. Technische Probleme werden von dem jeweiligen Anbieter von Hardware und Vertragssoftware bzw. Konnektor oder HZV-Online-Key behoben.

Starterpaket FACHARZT

Das Starterpaket FACHARZT enthält insbesondere

- Informationsmaterialien
- Bestellformulare für weitere Unterlagen

PROZESSBESCHREIBUNG FACHARZT

Vertragsbeitritt des FACHARZTES und Einschreibung von HZV-Versicherten in das AOK-FacharztProgramm

Inhaltsverzeichnis

1	FACHARZT	2
1.1	Vertragsteilnahme des FACHARZTES	2
1.1.1	Versendung des Infopakets	2
1.1.2	Einschreibung als FACHARZT bei der Managementgesellschaft	2
1.1.3	Erfassung der teilnahmewilligen Ärzte/ MVZ	2
1.1.4	Überprüfung der Eingangs-Teilnahmevoraussetzungen	2
1.1.5	Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen und Beginn der Teilnahme	3
1.1.6	Lieferung des Teilnehmersverzeichnis	3
1.2	Änderungen im FACHARZT-Bestand	3
1.2.1	Relevante Änderungen im FACHARZT-Bestand	3
1.2.2	Wechsel des Vertragsarztsitzes innerhalb von Baden-Württemberg	4
1.2.3	Wechsel des Vertragsarztsitzes in ein anderes Bundesland	4
1.2.4	Tod des FACHARZTES	4
1.2.5	Wegfall der Zulassung als Vertragsarzt/MVZ	4
1.2.6	Kündigung durch oder gegenüber dem FACHARZT	4
1.3	Informationspflicht des FACHARZTES	4
2	Eingeschriebene Versicherte	4
2.1	Einschreibung der Versicherten (§ 4 Abs. 1 des Vertrages)	5
2.1.1	Einschreibung beim FACHARZT	5
2.1.2	Verarbeitung bei der AOK	6
2.1.3	Prüfung und Bestätigung der Versicherteneinschreibung	6
2.1.4	Übermittlung des Versichertenverzeichnis und Teilnahmebeginn Versicherte	6
2.2	Änderungen im Versichertenbestand	6
2.3	Einschreibung von Versicherten, die ausschließlich Leistungen des Modules „Gestationsdiabetes“ in Anspruch nehmen (§ 4 Abs. 2 des Vertrages)	7

1 FACHARZT

1.1 Vertragsteilnahme des FACHARZTES

1.1.1 Versendung des Infopaketes

Zum Beginn der Vertragslaufzeit versendet die Managementgesellschaft ein Infopaket gemäß **Anlage 1** zum Vertrag an alle der Managementgesellschaft bekannten und teilnahmeberechtigten Vertragsärzte gemäß § 2 des Vertrages. Das Infopaket enthält u.a. folgende Unterlagen

- Teilnahmeerklärung FACHARZT;
- Vertrag;
- Informationen zur Vertragsteilnahme des FACHARZTES und Liste der erforderlichen Nachweisdokumente (z. B. Nachweis Vertrags-Schulung, Nachweis der Bestellung eines Konnektors/Online-Keys)
- Stammdatenblatt
- Liste der AOK-Ansprechpartner für den FACHARZT

Gleichzeitig steht eine Teilnahmeerklärung FACHARZT auf der Internetseite des MEDIVERBUNDES (www.medi-verbund.de) zum Download zur Verfügung.

1.1.2 Einschreibung als FACHARZT bei der Managementgesellschaft

Der teilnahmeberechtigte Facharzt füllt die Teilnahmeerklärung aus und sendet diese per Brief mit den nötigen Nachweisdokumenten an die Managementgesellschaft.

Fehlen für die Teilnahme relevante Informationen in der ausgefüllten Teilnahmeerklärung, nimmt die Managementgesellschaft Kontakt mit dem Facharzt auf und fordert die fehlenden Informationen schriftlich an.

Bei Teilnahme von BAG (z.B. Gemeinschaftspraxen) muss jeder Facharzt in der BAG, der an dem Vertrag teilnehmen möchte, eine gesonderte Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist nur die Abgabe einer Teilnahmeerklärung durch den ärztlichen Leiter erforderlich.

1.1.3 Erfassung der teilnahmewilligen Ärzte/ MVZ

Die Managementgesellschaft erfasst den Teilnahmewunsch des Facharztes/MVZs mit dem Status „angefragt“ in ihrer Datenbank. Gleichzeitig erfolgt die Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 Abs. 3 des Vertrages.

1.1.4 Überprüfung der Eingangs-Teilnahmevoraussetzungen

Die Überprüfung der im Vertrag genannten Teilnahmevoraussetzungen erfolgt durch die Managementgesellschaft. Folgende Eingangs-Teilnahmevoraussetzungen werden insbesondere geprüft:

- Zulassung als Haus- oder Fachärzte oder zugelassenes MVZ, das Leistungen nach diesem Vertrag durch o.g. tätige Ärzte erbringt, mit Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg; persönlich ermächtigte Ärzte, die an diesem

Vertrag teilnehmen, müssen die für die Behandlung notwendigen Räumlichkeiten in Baden-Württemberg nachweisen;

- Ausstattung mit einer Vertragssoftware;
- Betrieb eines Konnektors/Online-Keys;
- Teilnahme des Arztes und mindestens einer/s Diabetesberater/in (sofern vorhanden) an einer Vertragsschulung (Teilnahmebestätigung des Vertragsarztes bzw. angestellten Arztes im MVZ an einer Präsenzveranstaltung); Die FACHÄRZTE übermitteln die für sie und der/dem Diabetesberater/in ausgestellten Teilnahmenachweise an die Managementgesellschaft. Die Vertragspartner verständigen sich darüber, zu einem späteren Zeitpunkt eine Online-Vertragsschulung (E-Learning) anzubieten.

1.1.5 Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen und Beginn der Teilnahme

Erfüllt der Facharzt/das MVZ alle Teilnahmevoraussetzungen, erhält der Facharzt/das MVZ von der Managementgesellschaft eine Bestätigung über Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen (Starterpaket). Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem beim FACHARZT das Bestätigungsschreiben (Starterpaket) über seine Vertragsteilnahme eingeht (§ 3 Abs. 4 lit. b des Vertrages). Im Bestätigungsschreiben ist der Tag des Beginns der Vertragsteilnahme (in der Regel Tag der Absendung des Faxes) noch einmal genannt.

Erfüllt der FACHARZT die Teilnahmevoraussetzungen im Sinne von § 3 Abs. 3 des Vertrages nicht, erhält er in einem Vier-Wochen-Rhythmus ein Schreiben mit Angabe der fehlenden Teilnahmevoraussetzungen. Die Managementgesellschaft prüft regelmäßig die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen von Fachärzten, deren Teilnahmevoraussetzungen noch nicht vollständig erfüllt sind. Erfüllt ein Facharzt nach drei Monaten noch immer nicht die Teilnahmevoraussetzungen, wird sein Teilnahmeantrag storniert; der entsprechende Status „angefragt“ in der Datenbank der Managementgesellschaft wird gelöscht.

1.1.6 Lieferung des Teilnehmerverzeichnisses

Die Managementgesellschaft sendet täglich an die AOK das Gesamtteilnehmerverzeichnis nach Maßgabe der zwischen AOK und Managementgesellschaft vereinbarten Regelungen (Fachkonzept gemäß **Anlage 9** zum Vertrag).

1.2 Änderungen im FACHARZT-Bestand

1.2.1 Relevante Änderungen im FACHARZT-Bestand

Änderungen im FACHARZT-Bestand können durch die FACHÄRZTE und/oder die AOK an die Managementgesellschaft gemeldet werden. Die Änderungsmitteilungen werden durch die Managementgesellschaft zeitnah geprüft und verarbeitet (vgl. zu den Informationspflichten des FACHARZTES auch § 6 des Vertrages und unten Ziffer 1.3).

Folgende Änderungen haben Auswirkungen auf das Verzeichnis der FACHÄRZTE:

- Umzug des Vertragsarztsitzes innerhalb von Baden-Württemberg (Wechsel der Betriebsstätte, Wechsel der Betriebsstättennummer);
- Wechsel des Vertragsarztsitzes in ein anderes Bundesland;
- Tod des FACHARZTES;
- Rückgabe/Entzug/Ruhen/Verzicht der/auf die Vertragsarztzulassung/Zulassung des

MVZ;

- ordentliche Kündigung durch den FACHARZT;
- außerordentliche Kündigung durch den FACHARZT;
- außerordentliche Kündigung gegenüber dem FACHARZT durch die Managementgesellschaft.
- Ablauf der persönlichen Ermächtigung, bei MVZ: Ausscheiden eines angestellten Arztes gemäß 1.1.4.

1.2.2 Wechsel des Vertragsarztsitzes innerhalb von Baden-Württemberg

Zieht ein FACHARZT mit seinem Vertragsarztsitz innerhalb von Baden-Württemberg um, bleibt seine Teilnahme am Vertrag davon unberührt. Alle Adressänderungen von FACHÄRZTEN, sofern sie an die Managementgesellschaft gemeldet werden oder die Managementgesellschaft davon Kenntnis erlangt, werden in der Datenbank erfasst und an die AOK gemeldet.

1.2.3 Wechsel des Vertragsarztsitzes in ein anderes Bundesland

Zieht ein FACHARZT mit seinem Vertragsarztsitz aus Baden-Württemberg weg, endet automatisch die Vertragsteilnahme des FACHARZTES mit sofortiger Wirkung, ohne dass es einer Kündigung eines der Vertragspartner bedarf, da mit dem Wegzug die Zulassung in Baden-Württemberg endet (vgl. § 8 Abs. 1 des Vertrages).

1.2.4 Tod des FACHARZTES

Verstirbt ein FACHARZT, wird die Vertragsteilnahme zum Todestag beendet.

1.2.5 Wegfall der Zulassung als Vertragsarzt/MVZ

Bei Wegfall der Zulassung (Rückgabe, Entzug, Verzicht, Ruhen, Erreichen der Altersgrenze, Ablauf der Ermächtigung etc.) endet die Vertragsteilnahme automatisch zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Zulassungsrückgabe/des Zulassungsentzuges (vgl. § 8 Abs. 1 des Vertrages).

1.2.6 Kündigung durch oder gegenüber dem FACHARZT

Im Falle einer ordentlichen (grundsätzlich Drei-Monats-Frist; abweichende Fristen bei Sonderkündigungen gemäß §§ 19 Abs. 2, 26 Abs. 4 des Vertrages) oder außerordentlichen (fristlosen) Kündigung des FACHARZTES oder gegenüber dem FACHARZT (§ 8 Abs. 3 bis Abs. 5 des Vertrages) endet die Vertragsteilnahme zum jeweiligen Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung. Das Versäumen von Fristen zur Erfüllung obligatorischer Teilnahmevoraussetzungen führt zur Beendigung der Vertragsteilnahme zum Fristende.

1.3 Informationspflicht des FACHARZTES

Der FACHARZT muss die in § 6 Abs. 2 des Vertrages genannten Änderungen, die sämtlich Einfluss auf seine Vertragsteilnahme als FACHARZT oder abrechnungsrelevante Informationen haben können, spätestens drei Monate vor Eintritt der Änderung gegenüber der Managementgesellschaft durch Übermittlung des Stammdatenänderungsblatts schriftlich anzeigen, es sei denn, der FACHARZT erlangt erst zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung. In letzterem Fall ist der FACHARZT verpflichtet, den Eintritt der Änderung unverzüglich, d.h. ohne schuldhaftes Zögern, nachdem er von der jeweiligen Änderung Kenntnis erlangt hat, anzuzeigen. Schuldhaftes Zögern und verspätete Übermittlung

von Änderungen führen zur Rückforderung bereits gezahlter Vergütung sowie zu Schadensersatzforderungen für entstandene Aufwände gemäß ABSCHNITT III der Anlage 12 des Vertrages.

1.4 Einschreibung der Versicherten (§ 4 Abs. 1 des Vertrages)

1.4.1 Einschreibung beim FACHARZT

Der Patient erklärt in der FACHARZT-Praxis seine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm. Der FACHARZT markiert in der Vertragssoftware den Patienten als potenziellen Teilnehmer und druckt die Teilnahmeerklärung aus. Das Formular Teilnahmeerklärung „AOK-FacharztProgramm“ darf durch den FACHARZT inhaltlich nicht verändert werden. Mit der Teilnahmeerklärung wird insbesondere

- die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm für mindestens 12 Monate verbindlich vereinbart;
- der Patient auf grundlegende Teilnahmebedingungen am AOK-FacharztProgramm hingewiesen;
- eine datenschutzrechtliche Einwilligung des Patienten eingeholt.

Darüber hinaus gelten alle Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 7.

Vor Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung durch den Patienten wird der Versicherte durch den FACHARZT über den Inhalt des AOK-FacharztProgrammes und gemäß § 295a SGB V umfassend über die vorgesehene Datenübermittlung gemäß Anlage 7 Anhang 2 (Merkblatt zum AOK-FacharztProgramm für Versicherte der AOK Baden-Württemberg) informiert und erhält diese Information schriftlich durch den FACHARZT ausgehändigt. Mit der Einwilligung in die Teilnahme willigt der Versicherte zugleich in die damit verbundene Datenübermittlung gemäß § 295 a Abs. 1 und Abs. 2 SGB V ein.

Vor Übersendung der Einschreibedaten muss der Arzt in seiner Vertragssoftware in einer Abfrage bestätigen, dass die Unterschrift des Versicherten vorliegt. Zudem wird auf den ausgedruckten Exemplaren der Teilnahmeerklärung ein vierstelliger Code zu lesen sein, der ebenfalls korrekt in der Vertragssoftware eingegeben werden muss, bevor der Datensatz an das beauftragte Rechenzentrum übermittelt werden kann.

Ein Exemplar der unterzeichneten Teilnahmeerklärung „AOK-FacharztProgramm“ händigt der FACHARZT dem Versicherten aus. Der FACHARZT ist verpflichtet, die zweite vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Teilnahmeerklärung „AOK-FacharztProgramm“ entsprechend der geltenden Aufbewahrungsristen in der Arztpraxis aufzubewahren.

Damit die AOK ihrer vertraglichen Verpflichtung nach § 12 Abs. 3 und 4 des Vertrags nachkommen kann, müssen in Einzelfällen die Vertragspartner die Möglichkeit der Überprüfung der Teilnahmeerklärungen zur Sicherstellung der korrekten Umsetzung der Versicherten-Teilnahme am AOK-FacharztProgramm haben. Hiervon betroffen sind fachliche Klärungen, die für die AOK aufgrund des entfallenen Belegeinleseverfahrens nicht mehr ersichtlich sind, beispielhaft bei AOK-Versicherten mit einer vermerkten Betreuung (Abklärung, ob die Unterschrift durch Betreuer erfolgte). Der FACHARZT verpflichtet sich, die Vertragspartner bei der Sachverhaltsklärung zu unterstützen. Im Bedarfsfall ist der AOK eine Kopie der

Teilnahmeerklärung auszuhändigen bzw. zu schicken. Darüber hinaus ist eine stichprobenhafte Überprüfung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung „AOK-FacharztProgramm“ durch die Vertragspartner möglich.

Eine Einschreibung in das AOK-FacharztProgramm ist auch beim HAUSARZT möglich.

1.4.2 Verarbeitung bei der AOK

Die in der Teilnahmeerklärung „AOK-FacharztProgramm“ aufgeführten Daten des Versicherten sendet der FACHARZT nach erfolgter Unterschrift durch den Versicherten und den FACHARZT online mittels der Vertragssoftware an den MEDIVERBUND. Dieser sendet die Einschreibedaten regelmäßig an die AOK bzw. den von ihr beauftragten Dienstleister. Die annehmende Stelle bei der AOK prüft die Versichertendaten und überträgt die Versichertenstammdaten in ein AOK-internes System.

1.4.3 Prüfung und Bestätigung der Versicherteneinschreibung

Die AOK prüft durch Abgleich mit ihrem Versichertenbestand, ob der Patient bei der AOK versichert ist und an der HZV teilnimmt. Sind alle Versichertendaten korrekt ausgefüllt, kann der Versicherte gemäß den Teilnahmebedingungen der AOK (**Anlage 7** zum Vertrag: Teilnahmeerklärung AOK-FacharztProgramm und Merkblatt für Versicherte) am AOK-FacharztProgramm frühestens zum Folgequartal teilnehmen.

1.4.4 Übermittlung des Versichertenverzeichnisses und Teilnahmebeginn Versicherte

Die AOK meldet die Teilnahme des Versicherten an die Managementgesellschaft in einem Teilnehmerverzeichnis (TVZ).

Wenn eine „Teilnahmeerklärung AOK-FacharztProgramm“ eines AOK-Versicherten bis zum 1. Kalendertag des zweiten Monats vor Beginn eines Abrechnungsquartals bei der AOK eingegangen ist (1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November), führt dies in der Regel zur Einschreibung dieses Versicherten in das AOK-FacharztProgramm mit Wirkung zum nächsten Quartal. Die Managementgesellschaft erhält eine Liste der teilnehmenden Versicherten grundsätzlich zum 20. Tag des letzten Monats vor Beginn des Abrechnungsquartals. Da diese Liste immer nur in Abhängigkeit zur aktuellen HZV-Liste erstellt werden kann, verständigen sich die Vertragspartner bei Abweichungen.

Dem FACHARZT steht die Information über den Teilnahmestatus eines Patienten im AOK-FacharztProgramm zum Beginn eines Abrechnungsquartals über die Vertragssoftware zur Verfügung.

Die AOK informiert ihre teilnehmenden Versicherten über den Teilnahmestatus und das Beginn-Datum.

1.5 Änderungen im Versichertenbestand

Nach Maßgabe der AOK-Teilnahmebedingungen am AOK-FacharztProgramm können sich Änderungen im Versichertenbestand ergeben (z. B. Ausscheiden aus dem AOK-FacharztProgramm).

Änderungen im Versichertenbestand werden durch die AOK aufgenommen und im Rahmen der Lieferung eines historisierten Teilnehmerverzeichnisses (TVZ gemäß 2.1.4) an die Managementgesellschaft übermittelt.

1.6 Einschreibung von Versicherten, die ausschließlich Leistungen des Modules „Gestationsdiabetes“ in Anspruch nehmen (§ 4 Abs. 2 des Vertrages)

Die Patientin erklärt in der FACHARZT-Praxis ihre Teilnahme am Modul „Gestationsdiabetes“. Der FACHARZT druckt die Teilnahmeerklärung aus. Das Formular (Anlage 7a) darf durch den FACHARZT inhaltlich nicht verändert werden. Mit der Teilnahmeerklärung wird insbesondere

- die Patientin auf grundlegende Teilnahmebedingungen am Modul hingewiesen;
- eine datenschutzrechtliche Einwilligung der Patientin eingeholt.

Vor Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung durch die Patientin wird die Versicherte durch den FACHARZT über den Inhalt des Modules „Gestationsdiabetes“ und gemäß § 295a SGB V umfassend über die vorgesehene Datenübermittlung gemäß Anlage 7a Anhang 2 (Merkblatt für das Modul „Gestationsdiabetes“) informiert und erhält diese Information persönlich durch den FACHARZT ausgehändigt. Mit der Einwilligung in die Teilnahme willigt die Versicherte zugleich in die damit verbundene Datenübermittlung gemäß § 295 a Abs. 1 und Abs. 2 SGB V ein.

Ein Exemplar der unterzeichneten Teilnahmeerklärung händigt der FACHARZT der Versicherten aus. Der FACHARZT ist verpflichtet, die zweite vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Teilnahmeerklärung entsprechend der geltenden Aufbewahrungsristen in der Arztpraxis aufzubewahren.

Damit die AOK ihrer vertraglichen Verpflichtung nach § 12 Abs. 3 und 4 des Vertrags nachkommen kann, müssen in Einzelfällen die Vertragspartner die Möglichkeit der Überprüfung der Teilnahmeerklärungen zur Sicherstellung der korrekten Umsetzung der Versicherten-Teilnahme am Modul „ Gestationsdiabetes“ haben. Hiervon betroffen sind fachliche Klärungen, die für die AOK aufgrund des entfallenen Belegeinleseverfahrens nicht mehr ersichtlich sind, beispielhaft bei AOK-Versicherten mit einer vermerkten Betreuung (Abklärung, ob die Unterschrift durch Betreuer erfolgte). Der FACHARZT verpflichtet sich, die Vertragspartner bei der Sachverhaltsklärung zu unterstützen. Im Bedarfsfall ist der AOK eine Kopie der Teilnahmeerklärung auszuhändigen bzw. zu schicken. Darüber hinaus ist eine stichprobenhafte Überprüfung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung durch die Vertragspartner möglich.

Teilnahmebedingungen HZV-Versicherte

Die Teilnahmebedingungen für HZV-Versicherte, die sich in das AOK FacharztProgramm einschreiben, ergeben sich aus der Satzung der AOK in ihrer jeweils aktuellen Fassung in Verbindung mit der Teilnahmeerklärung "AOK-FacharztProgramm" und einem "Merkblatt" zum AOK-FacharztProgramm für Versicherte der AOK Baden-Württemberg. Die Teilnahmeerklärung und das Merkblatt sind in einem Anhang zu dieser Anlage enthalten.

Teilnahmebedingungen Versicherte – Modul Gestationsdiabetes

Die Teilnahmebedingungen für Versicherte, die sich in das Modul „Gestationsdiabetes“ einschreiben, ergeben sich aus der Teilnahmeerklärung "Modul Gestationsdiabetes" und einem "Merkblatt" für Versicherte der AOK Baden-Württemberg. Die Teilnahmeerklärung und das Merkblatt sind in einem Anhang zu dieser Anlage enthalten.

Nur für AOK-Facharztvertrag Diabetologie Modul "Gestationsdiabetes"

Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche
Versorgung gemäß § 140a SGB V

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

- ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über das Modul Gestationsdiabetes informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich grundsätzlich nur Haus- oder Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am Facharztvertrag Diabetologie teilnehmen.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da ggf. die Teilnahme am Modul "Gestationsdiabetes" nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- **die Teilnahme am Modul "Gestationsdiabetes" freiwillig ist.**
- ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem Modul ausgeschlossen werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft oder dem Wegzug aus Baden-Württemberg und der Konsultation von nicht am Facharztvertrag Diabetologie teilnehmenden Ärzten keine Leistungen im Rahmen des Moduls "Gestationsdiabetes" beansprucht werden können.
- meine Teilnahme für die Dauer meiner Behandlung im Rahmen der aktuellen Schwangerschaft bei einem teilnehmenden Haus- oder Facharzt erfolgt.
- mit meiner Einschreibung in das AOK-FacharztProgramm meine ausschließliche Teilnahme am Modul "Gestationsdiabetes" endet. Die Rechte und Pflichten ergeben sich ab dem Zeitpunkt der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm aus der Teilnahmeerklärung und dem Merkblatt des AOK-FacharztProgrammes.
- **ich die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Für das Modul „Gestationsdiabetes“ gilt zusätzlich die Besonderheit, dass der Widerruf gegenüber dem behandelnden Arzt, der hierfür als Empfangsbevollmächtigter der AOK fungiert, erfolgen kann.**
- meine im Rahmen des Moduls "Gestationsdiabetes" verarbeiteten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Modul gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Modul "Gestationsdiabetes".

Ich stimme zu, dass

- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenverarbeitung im Rahmen des Moduls "Gestationsdiabetes" sind im Merkblatt beschrieben.

Ja, ich möchte am Modul "Gestationsdiabetes" in Rahmen des Facharztvertrages Diabetologie teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung **einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Ordnungsdaten bzw. meiner Kontaktdaten erteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Nur für AOK-Facharztvertrag Diabetologie Modul "Gestationsdiabetes"

Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche
Versorgung gemäß § 140a SGB V

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

- ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über das Modul Gestationsdiabetes informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich grundsätzlich nur Haus- oder Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am Facharztvertrag Diabetologie teilnehmen.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da ggf. die Teilnahme am Modul "Gestationsdiabetes" nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- **die Teilnahme am Modul "Gestationsdiabetes" freiwillig ist.**
- ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem Modul ausgeschlossen werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft oder dem Wegzug aus Baden-Württemberg und der Konsultation von nicht am Facharztvertrag Diabetologie teilnehmenden Ärzten keine Leistungen im Rahmen des Moduls "Gestationsdiabetes" beansprucht werden können.
- meine Teilnahme für die Dauer meiner Behandlung im Rahmen der aktuellen Schwangerschaft bei einem teilnehmenden Haus- oder Facharzt erfolgt.
- mit meiner Einschreibung in das AOK-FacharztProgramm meine ausschließliche Teilnahme am Modul "Gestationsdiabetes" endet. Die Rechte und Pflichten ergeben sich ab dem Zeitpunkt der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm aus der Teilnahmeerklärung und dem Merkblatt des AOK-FacharztProgrammes.
- **ich die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Für das Modul „Gestationsdiabetes“ gilt zusätzlich die Besonderheit, dass der Widerruf gegenüber dem behandelnden Arzt, der hierfür als Empfangsbevollmächtigter der AOK fungiert, erfolgen kann.**
- meine im Rahmen des Moduls "Gestationsdiabetes" verarbeiteten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Modul gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Modul "Gestationsdiabetes".

Ich stimme zu, dass

- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenverarbeitung im Rahmen des Moduls "Gestationsdiabetes" sind im Merkblatt beschrieben.

Ja, ich möchte am Modul "Gestationsdiabetes" in Rahmen des Facharztvertrages Diabetologie teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung **einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verwaltungsdaten bzw. meiner Kontaktdaten erteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (AOK-FacharztProgramm) gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) gemäß § 73b SGB V

+ TE-ID+

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

- ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über das AOK-FacharztProgramm informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen und die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung jeweils um weitere 12 Monate.
- ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am jeweiligen AOK-FacharztProgramm teilnehmen, wenn es für dieses Fachgebiet einen Vertrag gibt. Die aktuellen Fachgebiete sind im Merkblatt aufgelistet. Über jede Erweiterung werde ich informiert.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da ggf. die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- **die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm freiwillig ist.**
- ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem AOK-FacharztProgramm ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem AOK-FacharztProgramm und dem AOK-HausarztProgramm erfolgt.
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am AOK-FacharztProgramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im AOK-FacharztProgramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.

Mir ist bekannt, dass

- **ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.**
- meine im Rahmen des AOK-FacharztProgramms verarbeiteten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem AOK-FacharztProgramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-FacharztProgramm.
- im AOK-FacharztProgramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgrammtTeilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenverarbeitung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms i.V.m. dem AOK-HausarztProgramm sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-HausarztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm teilnehme.
- **ich mit meiner Teilnahme am AOK-FacharztProgramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit dem AOK-HausarztProgramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss.** Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms durch die AOK informiert. **Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen am AOK-FacharztProgramm insgesamt einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms.** Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bleibt davon unberührt.

Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) **einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten Daten erteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

<TE-Code:>

Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (AOK-FacharztProgramm) gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) gemäß § 73b SGB V

+ TE-ID+

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

- ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über das AOK-FacharztProgramm informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen und die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung jeweils um weitere 12 Monate.
- ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am jeweiligen AOK-FacharztProgramm teilnehmen, wenn es für dieses Fachgebiet einen Vertrag gibt. Die aktuellen Fachgebiete sind im Merkblatt aufgelistet. Über jede Erweiterung werde ich informiert.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da ggf. die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- **die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm freiwillig ist.**
- ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem AOK-FacharztProgramm ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem AOK-FacharztProgramm und dem AOK-HausarztProgramm erfolgt.
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am AOK-FacharztProgramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im AOK-FacharztProgramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.

Mir ist bekannt, dass

- **ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.**
- meine im Rahmen des AOK-FacharztProgramms verarbeiteten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem AOK-FacharztProgramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-FacharztProgramm.
- im AOK-FacharztProgramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenverarbeitung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms i.V.m. dem AOK-HausarztProgramm sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-HausarztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm teilnehme.
- **ich mit meiner Teilnahme am AOK-FacharztProgramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit dem AOK-HausarztProgramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss.** Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms durch die AOK informiert. **Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen am AOK-FacharztProgramm insgesamt einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms.** Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bleibt davon unberührt.

Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) **einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten Daten erteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

<TE-Code:>

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Merkblatt zum „Gestationsdiabetes-Modul“ (Schwangerschaftsdiabetes-Modul) im Facharztvertrag Diabetologie für Versicherte der AOK Baden-Württemberg

Modul „Gestationsdiabetes“ – Was ist das?

Mit dem Facharztvertrag Diabetologie wollen die AOK und ihre Partner in Baden-Württemberg gemeinsam die Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung verbessern. Damit entsprechen sie einer Empfehlung des Gesetzgebers. Innerhalb des Facharztvertrages Diabetologie gibt es spezielle Leistungen für Versicherte mit Gestationsdiabetes (Schwangerschaftsdiabetes), das sog. „Gestationsdiabetes-Modul“ (Schwangerschaftsdiabetes-Modul). Ziel ist es, flächendeckend die besondere ambulante fachärztliche Versorgung von Gestationsdiabetes (Schwangerschaftsdiabetes) in besonderer Qualität zu gewährleisten und die Koordinierungsfunktion Ihres gewählten Hausarztes zu nutzen. Ihre Teilnahme am Modul „Gestationsdiabetes“ ist **freiwillig**.

Folgendes bitten wir Sie dabei zu beachten:

- Fachärzte/Therapeuten sollen nur auf Überweisung Ihres Hausarztes in Anspruch genommen werden. Sollte Ihr gewählter Hausarzt selbst am Facharztvertrag Diabetologie teilnehmen, ist eine Überweisung nicht erforderlich.
- Teilnehmen können alle weiblichen Versicherten der AOK, die an Gestationsdiabetes (Schwangerschaftsdiabetes) leiden.

Ihre Vorteile auf einen Blick

- Qualitätsgesicherte fachärztliche/therapeutische Versorgung, Behandlung nach medizinischen Leitlinien auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand
- Werktägliche Sprechstunden (Mo. - Fr.)
- Mindestens eine Abendterminsprechstunde pro Woche bis 20 Uhr für Berufstätige
- Nach Möglichkeit Reduzierung der Wartezeit auf maximal 30 Minuten bei vorheriger Anmeldung
- Schnelle Terminvergabe bis 2 Wochen nach Anmeldung
- Mehr Zeit für die Beratung
- Breites diagnostisches und therapeutisches Angebot

Einschreibung

Ihre Teilnahmeerklärung können Sie bei einem **am Facharztvertrag Diabetologie teilnehmenden Haus- oder Facharzt** ausfüllen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Teilnahme am „Gestationsdiabetes-Modul“.

Wenn Sie sich nicht für die Teilnahme an diesem Modul entscheiden, verbleiben Sie, wie bisher auch, in der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Arzt/Therapeut händigt Ihnen eine Kopie der Teilnahmeerklärung aus. Ihre Teilnahme beginnt sofort mit der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung. Die Teilnahmeerklärungen werden bei dem Arzt, bei dem Sie Ihre Teilnahme erklärt haben, als Empfangsbevollmächtigten der AOK aufbewahrt. Die AOK behält sich das Recht vor, die Teilnahmeerklärungen jederzeit bei diesen Ärzten abzurufen und einzusehen.

Widerruf der Teilnahme

Sie können die Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung innerhalb einer Frist von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK. Blinde und Sehbehinderte werden im Bedarfsfall im Rahmen der Einschreibung mündlich über die Möglichkeit des Widerrufs der Teilnahme belehrt.

Für das „Gestationsdiabetes-Modul“ gilt zusätzlich die Besonderheit, dass der Widerruf gegenüber dem behandelnden Arzt, der hierfür als Empfangsbevollmächtigter der AOK fungiert, erfolgen kann.

Kündigung / Ende / Arztwechsel

Eine gesonderte schriftliche Kündigung Ihrer Teilnahme ist nicht erforderlich und auch nicht vorgesehen.

Ihre Teilnahme am „Gestationsdiabetes-Modul“ endet automatisch, d.h. ohne Kündigung, sobald die medizinischen Voraussetzungen eines Gestationsdiabetes nicht mehr vorliegen oder Ihre medizinische Behandlung beendet ist. Darüber hinaus endet Ihre Teilnahme automatisch mit der Beendigung Ihrer Schwangerschaft.

Sollten Sie sich während der Teilnahme an diesem Modul in das **AOK-FacharztProgramm** einschreiben, endet mit der Einschreibung der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm Ihre Teilnahme an diesem gesonderten Modul. Dieses Modul ist ebenfalls Bestandteil des AOK-FacharztProgramms. Deshalb erleiden Sie mit der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm keinerlei Nachteile durch die Beendigung der Teilnahme an diesem gesonderten Gestationsdiabetes-Modul.

Sollten Sie mit Ihrem behandelnden Arzt, bei dem Sie die Teilnahme an diesem Modul erklärt haben, nicht zufrieden sein oder aus anderen Gründen Ihre Behandlung beenden wollen, können Sie sich zur weiteren Behandlung innerhalb des Gestationsdiabetes-Moduls jederzeit an einen anderen **teilnehmenden Facharzt oder Hausarzt** in Behandlung begeben. Damit dieser Sie innerhalb dieses Moduls weiterbehandeln kann, ist jedoch eine erneute Einschreibung (siehe Absatz „Einschreibung“) bei diesem neu gewählten Arzt erforderlich.

Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person gem. Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung

1. Verarbeitung von Sozialdaten bei der Einschreibung in das Gestationsdiabetes-Modul (Teilnahme)

Zur Einschreibung (Teilnahmeerklärung) in das Gestationsdiabetes-Modul werden folgende Sozialdaten verarbeitet:

- Name, Vorname des Versicherten
- Adresse des Versicherten
- Krankenversichertennummer des Versicherten
- Krankenkasse des Versicherten
- Geburtsdatum des Versicherten

Diese Daten werden in der behandelnden Arztpraxis in Form der Teilnahmeerklärung aufbewahrt. Die AOK Baden-Württemberg kann diese Teilnahmeerklärung jederzeit einsehen.

Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung im Rahmen der Teilnahmeerklärung:

Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO

§ 140a Abs. 4 Satz 1 SGB V

2. Verarbeitung von Sozialdaten im Rahmen der Teilnahme am Gestationsdiabetes-Modul (Durchführung)

Zur Durchführung der Behandlung im Rahmen des Gestationsdiabetes-Moduls werden folgende Sozialdaten von dem/der behandelnden Arzt/Ärztin verarbeitet:

Allgemeine Daten:

- die Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat
- den Familiennamen und Vornamen des Versicherten
- das Geburtsdatum des Versicherten
- das Geschlecht des Versicherten
- die Anschrift des Versicherten
- die Krankenversichertennummer des Versicherten
- den Versichertenstatus
- den Zuzahlungsstatus des Versicherten
- den Tag des Beginns des Versicherungsschutzes
- bei befristeter Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte das Datum des Fristablaufs
- der Tag der Leistungsanspruchnahme, ggf. Uhrzeit hierzu

Gesundheitsdaten:

- Erbrachte ärztliche Leistungen bzw. Leistungsziffern
- Diagnosen und Prozeduren gem. den Vorgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte
- Verordnungsdaten

Rechtsgrundlagen für diese Verarbeitung im Rahmen der Behandlung:

Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO

Art. 9 Abs. 2 lit. h) EU-DSGVO

§ 140a Abs. 5 Satz 1 SGB V

Im Anschluss an die Behandlung werden folgende Daten zur Durchführung der Teilnahme (Abrechnung inkl. Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung) an die Managementgesellschaft und von dort an die AOK Baden-Württemberg übermittelt:

- Krankenkasse, die Krankenversichertennummer und der Versichertenstatus
- Arztnummer, in Überweisungsfällen die Arztnummer des überweisenden Arztes
- Art der Inanspruchnahme
- Art der Behandlung

- Tag und, soweit für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung erforderlich, die Uhrzeit der Behandlung
- abgerechnete Gebührenpositionen mit den Diagnosen und Prozeduren gem. den Vorgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte
- Kosten der Behandlung

Wer ist die Managementgesellschaft und welche Aufgaben hat diese?

MEDIVERBUND AG
Liebknechtstr. 29
70565 Stuttgart
Tel.: 0711 80 60 79-0

Die zur Einschreibung (Teilnahmeerklärung) in das AOK-FacharztProgramm erforderlichen Daten (siehe oben) werden von der einschreibenden Facharztpraxis elektronisch verarbeitet und mittels vertragsspezifischer Praxissoftware über die Managementgesellschaft, MEDIVERBUND AG, an die AOK Baden-Württemberg weitergeleitet. Die Managementgesellschaft (MEDIVERBUND AG) ist für die Verarbeitung der von einschreibenden Facharztpraxis elektronisch übermittelten Daten zuständig und übernimmt somit die operative Durchführung des FacharztProgramms.

Pro Quartal werden abrechnungsrelevante Daten aus Ihrer Facharztpraxis verarbeitet und im Namen Ihres Arztes an die AOK Baden-Württemberg übermittelt. Zentrale Aufgabe der Managementgesellschaft ist somit auch die Sicherstellung einer schnellen, effizienten und fehlerfreien Honorarabrechnung.

Die Aufgaben im Überblick:

- Planung und Erstellung der Quartalsabrechnungen
- Auszahlung der ärztlichen Honorare
- Entwurf und Versand der Vertragsunterlagen (in Kooperation mit Krankenkassen und regionalen Arztverbänden)
- Telefonische Betreuung teilnehmender Facharztpraxen (Beantworten von Fragen zur Vertragsabwicklung, Vertragsunterlagen, etc.)
- Pflege der Arztstammdaten in einer zentralen Datenbank
- Täglicher elektronischer Datenträgeraustausch mit den Krankenkassen.

Nähere Informationen zur Managementgesellschaft finden Sie unter: <https://www.medi-verbund.de/>.

Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung im Rahmen der Teilnahmeerklärung:
 Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO, § 140a Abs. 4 Satz 1 SGB V

Zur Durchführung der Teilnahme gehört die wissenschaftliche Begleitung („Evaluation“) durch unabhängige Forschungseinrichtungen bzw. Hochschulen/Universitäten. Hierzu werden die zuvor genannten Daten in pseudonymisierter* Form an diese Einrichtungen übermittelt.

*Pseudonymisierung (Art. 4 Nr. 5 DSGVO): Die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden

Die beteiligten Forschungseinrichtungen können jederzeit unter <https://www.aok.de/pk/bw/> (Stichwort: AOK-FacharztProgramm) abgerufen werden.

Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung im Rahmen der Durchführung:
 Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO
 Art. 9 Abs. 2 lit. h) und j) EU-DSGVO § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V
 § 295a Abs. 1 und 2 SGB V
 § 75 SGB X

3. Wie lange werden die in Ziffer 1. und 2. genannten Daten aufbewahrt?

Die Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. m. § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem Modul gelöscht, soweit sie für die Er-

füllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am Modul.

4. Sonstiges zum Datenschutz

Nähere Informationen zum Datenschutz bei der AOK Baden-Württemberg, darunter die Angabe des Verantwortlichen, des/der Datenschutzbeauftragten sowie die Anschrift der Aufsichtsbehörde, finden Sie unter:

<https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/informationen-zur-datenverarbeitung-6/>

Merkblatt zum AOK-FacharztProgramm für Versicherte der AOK Baden-Württemberg

1. Was ist das AOK-FacharztProgramm?

Unter dem AOK-FacharztProgramm versteht man die Gesamtheit von Facharztverträgen der AOK Baden-Württemberg auf Rechtsgrundlage von § 140a SGB V. Ziel dieser Verträge ist es, flächendeckend die ambulante fachärztliche Versorgung in Verbindung mit der Hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) zu verbessern und dabei besonders die Verzahnung zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung zu fördern.

2. Welche Verträge gehören zum AOK-FacharztProgramm?

Die AOK Baden-Württemberg verfügt derzeit über einzelne Verträge in den Fachgebieten

- Kardiologie
- Gastroenterologie
- Psychiatrie/Neurologie/Psychotherapie (kurz: PNP)
- Orthopädie/Rheumatologie
- Urologie
- Diabetologie
- Nephrologie
- Pneumologie
- TeleDermatologie (hausärztlich angeforderte Telekonsile aus dem Fachgebiet Dermatologie)

3. Wer kann am AOK-FacharztProgramm teilnehmen?

Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der AOK Baden-Württemberg, die an der Hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V (AOK-HausarztProgramm) teilnehmen.

4. Hinweise zu Ihrer Teilnahme sowie zur Dauer und Mindestbindung

a) Allgemeines zur Teilnahme

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm ist **freiwillig** und **kostenfrei**. Erforderlich ist hierfür lediglich eine schriftliche oder elektronische Teilnahmeerklärung. Diese können Sie bei einem/r Hausarzt/ärztin des AOK-HausarztProgramms oder einem/r teilnehmenden Facharzt/ärztin der unter Ziffer 2 genannten Verträge abgeben. Diese/r leitet die Teilnahmeerklärung als gesicherten elektronischen Datensatz über die Managementgesellschaft an die AOK Baden-Württemberg weiter (hierzu Ziffer 1 der Patienteninformation zum Datenschutz).

Die Teilnahme am FacharztProgramm umfasst **alle** unter Ziffer 2 genannten **Verträge**, d. h. es erfolgt keine Teilnahme je Vertrag, sondern eine gesamthafte Teilnahme an allen Verträgen. Die Teilnahme schließt auch zukünftige Verträge des AOK-FacharztProgramms ein, die zum Zeitpunkt der Unterzeichnung Ihrer Teilnahmeerklärung noch nicht abgeschlossen sind. Über die neuen Verträge werden Sie jeweils gesondert informiert.

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm ist mit der Teilnahme an einem **Wahltarif** gem. § 53 Abs. 3 SGB V verbunden. Dieser beinhaltet die Befreiung von Zuzahlungen für viele rabattierte Generika (Arzneimittel) sowie für bestimmte Hilfsmittel (etwa für Diabetiker) und ist ebenfalls **kostenfrei**. Das Nähere zum Wahltarif ergibt sich aus § 17i unserer Satzung.

b) Beginn

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm wird zum Beginn eines Quartals wirksam (1. Jan. / 1. April / 1. Juli oder 1. Okt.). Über Ihren individuellen Starttermin informiert Sie ein Begrüßungsschreiben der AOK Baden-Württemberg. Damit die Teilnahme zum nächsten Quartal möglich ist, muss die Teilnahmeerklärung bis zum 1. Tag im zweiten Monat des Vorquartals bei der AOK Baden-Württemberg eingegangen sein.

Beispiele:

- *Eingang der Teilnahmeerklärung bei der AOK am 15. Jan. → Beginn am 1. April;*
- *Eingang der Teilnahmeerklärung bei der AOK am 15. Feb. → Beginn am 1. Juli*
(für den 1. April hätte die Teilnahmeerklärung bei der AOK bis 1. Feb. vorliegen müssen)

c) Dauer / Mindestbindung

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm erfolgt für 12 Monate (Mindestbindung) und verlängert sich jeweils um weitere 12 Monate, sofern sie nicht gekündigt wird oder aus sonstigem Grund (siehe Buchstabe d) endet.

d) Ende / Kündigung

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm kann mit einer Frist von einem Monat zum Ablauf des jeweiligen 12-Monats-Zeitraums schriftlich gekündigt werden (Anschrift: AOK Baden-Württemberg, AOK-FacharztProgramm, 70120 Stuttgart). Darüber hinaus endet die Teilnahme mit dem Ende der Versicherung bei der AOK Baden-Württemberg oder mit dem Ende der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm. Bei einer Beendigung der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm aufgrund der Beendigung der Tätigkeit des gewählten Hausarztes verbleiben Sie ein weiteres Quartal im AOK-FacharztProgramm. In diesem Übergangsquartal haben Sie die Möglichkeit, einen neuen Hausarzt zu wählen und somit im AOK-FacharztProgramm zu verbleiben.

Im Falle der Erweiterung des AOK-FacharztProgramms um einen neuen Vertrag (siehe Ziffer 2) erhalten Sie unabhängig von der Mindestbindungsfrist ein Sonderkündigungsrecht von einem Monat nach Information der AOK über den neuen Vertrag. Die Sonderkündigung wirkt zum Ende des nächstmöglichen Quartals.

e) Widerruf

Sie können die Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung innerhalb einer Frist von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK Baden-Württemberg ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK. Blinde und Sehbehinderte werden im Bedarfsfall im Rahmen der Einschreibung mündlich über die Möglichkeit des Widerrufs der Teilnahme belehrt.

5. Welche Pflichten sind mit der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm verbunden?

Mit der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm verpflichten Sie sich, grundsätzlich Arztpraxen in Anspruch zu nehmen, die an einem der unter Ziffer 2. genannten Verträge teilnehmen.* Teilnehmende Ärzte oder Psychotherapeuten sind tagesaktuell unter der Internetseite <https://www.medi-arztsuche.de/> abrufbar.

* Die Verpflichtung zur vorrangigen Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten des FacharztProgramms gilt nicht bei Dermatologen und nicht in medizinischen Notfällen oder der Inanspruchnahme des ärztlichen Notdienstes. Darüber hinaus können Ärzte/innen konsultiert werden, deren Fachrichtung nicht Bestandteil des AOK-FacharztProgramms ist.

Bei wiederholten Verstößen gegen diese Pflicht kann die AOK Baden-Württemberg zum Ende des nächstmöglichen Quartals Ihre Teilnahme am AOK-FacharztProgramm kündigen. Hierüber werden Sie gesondert informiert und zunächst zu einem vertragskonformen Verhalten aufgefordert. Darüber hinaus ist bei schweren oder wiederholten Verstößen gegen die Verpflichtungen aus dem FacharztProgramm eine Beteiligung an den Mehrkosten möglich, die der AOK Baden-Württemberg durch die unbegründete Konsultation von Praxen außerhalb des Programms entstehen.

6. Welche Rechte erhalten Sie aus der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm?

Mit der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm können Sie alle Vorteile aus den einzelnen Verträgen in Anspruch nehmen. Diese umfassen u. a. Mehrleistungen gegenüber der Regelversorgung (z. B. erweiterte Vorsorgeuntersuchungen) oder die Teilnahme am Wahltarif (siehe Ziffer 4). Diese Vorteile sind auf der Website der AOK Baden-Württemberg (<https://www.aok.de/pk/bw/>) ausführlich beschrieben.

Patienteninformation zum Datenschutz

Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person gemäß Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO):

1. Verarbeitung von Sozialdaten bei der Einschreibung in das AOK-FacharztProgramm (Teilnahme)

Zur Einschreibung (Teilnahmeerklärung) in das AOK-FacharztProgramm werden folgende Sozialdaten verarbeitet:

- Name, Vorname des Versicherten
- Adresse des Versicherten
- Krankenversichertennummer des Versicherten
- Krankenkasse des Versicherten
- Geburtsdatum des Versicherten
- Individueller aus der Vertragsarztsoftware generierter Einschreibecode

Diese Daten werden von der einschreibenden Arzt- bzw. Therapeutenpraxis elektronisch verarbeitet und mittels vertragsspezifischer Praxissoftware über die Managementgesellschaft an die AOK Baden-Württemberg weitergeleitet.

Wer ist die Managementgesellschaft und welche Aufgaben hat diese?

MEDIVERBUND AG
Liebknechtstr. 29
70565 Stuttgart
Tel.: 0711 80 60 79-0

Die zur Einschreibung (Teilnahmeerklärung) in das AOK-FacharztProgramm erforderlichen Daten (siehe oben) werden von der einschreibenden Facharztpraxis elektronisch verarbeitet und mittels vertragsspezifischer Praxissoftware über die Managementgesellschaft, MEDIVERBUND AG, an die AOK Baden-Württemberg weitergeleitet.

Die Managementgesellschaft (MEDIVERBUND AG) ist für die Verarbeitung der von einschreibenden Facharztpraxis elektronisch übermittelten Daten zuständig und übernimmt somit die operative Durchführung des FacharztProgramms.

Pro Quartal werden abrechnungsrelevante Daten aus Ihrer Facharztpraxis verarbeitet und im Namen Ihres Arztes an die AOK Baden-Württemberg übermittelt.

Zentrale Aufgabe der Managementgesellschaft ist somit auch die Sicherstellung einer schnellen, effizienten und fehlerfreien Honorarabrechnung. Die Aufgaben im Überblick:

- Planung und Erstellung der Quartalsabrechnungen
- Auszahlung der ärztlichen Honorare
- Entwurf und Versand der Vertragsunterlagen (in Kooperation mit Krankenkassen und regionalen Arztverbänden)
- Telefonische Betreuung teilnehmender Facharztpraxen (Beantworten von Fragen zur Vertragsabwicklung, Vertragsunterlagen, etc.)
- Pflege der Arztstammdaten in einer zentralen Datenbank
- Täglicher elektronischer Datenträgeraustausch mit den Krankenkassen.

Nähere Informationen zur Managementgesellschaft finden Sie unter: <https://www.medi-verbund.de/>.

Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung im Rahmen der Teilnahmeerklärung:
Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO, § 140a Abs. 4 Satz 1 SGB V

2. Verarbeitung von Sozialdaten im Rahmen der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm (Durchführung)

Zur Durchführung der Behandlung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms werden folgende Sozialdaten von dem/der behandelnden Arzt/Ärztin bzw. Therapeuten/Therapeutin verarbeitet:

Allgemeine Daten:

- Krankenkasse, einschließlich Kennzeichen für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat
- Familienname und Vorname des Versicherten
- Geburtsdatum des Versicherten
- Geschlecht des Versicherten
- Anschrift des Versicherten
- Krankenversichertennummer des Versicherten
- Versichertenstatus
- Zuzahlungsstatus des Versicherten
- Tag des Beginns des Versicherungsschutzes
- bei befristeter Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte: Datum des Fristablaufs
- Tag der Leistungsinanspruchnahme, ggf. Uhrzeit hierzu

Gesundheitsdaten:

- erbrachte ärztliche Leistungen bzw. Leistungsziffern
- Diagnosen und Prozeduren gem. Vorgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte
- Verordnungsdaten
- Zeiten der Arbeitsunfähigkeit inkl. Diagnosen

Rechtsgrundlagen für diese Verarbeitung im Rahmen der Behandlung:

Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO

Art. 9 Abs. 2 lit. h) EU-DSGVO

§ 140a Abs. 5 Satz 1 SGB V

Bei der Durchführung eines dermatologischen Telekonsils werden ausschließlich die hierfür notwendigen Daten erhoben und verarbeitet. Dies sind:

- Name, Adresse, Geburtsdatum und Versichertennummer
- Bilddokumentation(en) der untersuchten Hautstellen
- Behandlungsinformationen (Gesundheitsdaten)
- Daten, auf denen die Behandlung basiert (Laborwerte, Messdaten, Gesundheitsdaten)

Die Übermittlung der Daten erfolgt durch Ihren Hausarzt/Ihre Hausärztin verschlüsselt an einen am AOK-Facharztvertrag TeleDermatologie teilnehmenden Dermatologen. Weitere Informationen zum Facharztvertrag TeleDermatologie sowie zu den am Vertrag teilnehmenden Fachärzten/Fachärztinnen finden Sie unter <https://www.medi-arztsuche.de>.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitung: Behandlungsvertrag gem. Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. b) i. V. m. Art. 9 Abs. 2 lit. h), Abs. 3 EU-DSGVO, §§ 630a, 630c Abs. 1 BGB mit dem jeweiligen Arzt. Ihre

Einwilligung, sofern es um die Anfertigung der Bilddokumentation sowie die Weiterleitung an einen Dermatologen geht, gem. Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. a) i. V. m. Art. 9 Abs. 2 lit. a) EU-DSGVO.

Im Anschluss an die Behandlung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms werden folgende Daten zur Durchführung der Teilnahme (Abrechnung inkl. Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung) an die Managementgesellschaft (siehe oben) und von dort an die AOK Baden-Württemberg übermittelt:

- Krankenkasse, Krankenversichertennummer und Versichertenstatus
- Arztnummer; in Überweisungsfällen Arztnummer des überweisenden Arztes
- Art der Inanspruchnahme
- Art der Behandlung
- Tag und, soweit für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung erforderlich, die Uhrzeit der Behandlung
- abgerechnete Gebührenpositionen mit den Diagnosen und Prozeduren gem. Vorgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte
- Kosten der Behandlung

Zur Durchführung der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm gehört die wissenschaftliche Begleitung („Evaluation“) durch unabhängige Forschungseinrichtungen bzw. Hochschulen/Universitäten. Hierzu werden die zuvor genannten Daten in pseudonymisierter* Form an diese Einrichtungen übermittelt.

* Pseudonymisierung (Art. 4 Nr. 5 EU-DSGVO): Die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden.

Die beteiligten Forschungseinrichtungen können jederzeit unter <https://www.aok.de/pk/bw/> (Stichwort: AOK-FacharztProgramm) abgerufen werden.

Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung im Rahmen der Durchführung:

Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO

Art. 9 Abs. 2 lit. h) und j) EU-DSGVO § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V

§ 295a Abs. 1 und 2 SGB V

§ 75 SGB X

3. Wie lange werden die in Ziffer 1. und 2. genannten Daten aufbewahrt?

Die Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. m. § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem AOK-Facharzt-Programm gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am AOK-FacharztProgramm.

4. Sonstiges zum Datenschutz

Nähere Informationen zum Datenschutz bei der AOK Baden-Württemberg, darunter die Angabe des Verantwortlichen, des/der Datenschutzbeauftragten sowie die Anschrift der Aufsichtsbehörde, finden Sie unter:

<https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/informationen-zur-datenverarbeitung-6/>

Fachkonzept MEDIVERBUND und AOK

- (1) Die Fachkonzepte zur Arzteinschreibung, Versicherteneinschreibung und Abrechnung regeln in Ergänzung zu den in der Prozessbeschreibung FACHARZT erläuterten Prozessen die prozessuale, insbesondere die technische Umsetzung der Bestimmungen des Vertrages. Sie enthalten die „Prozessbeschreibung Managementgesellschaft“ und eine „Prozessbeschreibung AOK“ und werden kontinuierlich fortgeschrieben.
- (2) MEDIVERBUND und AOK stimmen sich jeweils zu Beginn eines Quartals über eine Erweiterung, Verbesserung und Aktualisierung der Fachkonzepte mit Wirkung zum Beginn des folgenden Quartals ab.
- (3) Die Vertragspartner vereinbaren hinsichtlich der Prozesse folgende Arbeitsteilung:
 - a) Die AOK steuert und bearbeitet Prozesse, die ihre eingeschriebenen Versicherten betreffen.
 - b) Die AOK führt insbesondere das Verzeichnis ihrer eingeschriebenen Versicherten (TVZ) und übermitteln diese gemäß der Vorgaben der Fachkonzepte an die Managementgesellschaft.
 - c) Sollte gemäß § 3 Abs. 3 lit. I) die Teilnahme an einem relevanten DMP erforderlich werden, prüft die AOK insbesondere die Teilnahme der FACHÄRZTE an diesem DMP und stellt der Managementgesellschaft die Prüfergebnisse gemäß den Vorgaben der Fachkonzepte zur Verfügung.
 - d) Die Managementgesellschaft erhält die für die Nutzung im Arzneimittelmodul erforderlichen Informationen (z. B. Arzneimittel, hinsichtlich derer die AOK Rabattverträge abgeschlossen haben, Substitutionslisten und die Algorithmen für die Substitution) in dem nach dem Fachkonzept vorgeschriebenen Format so, dass sie ohne Änderungen und Formatierungen verwendet werden können.
 - e) Die Managementgesellschaft erarbeitet insbesondere Prozesse, die die am Vertrag teilnehmenden FACHÄRZTE betreffen. Einzelheiten regeln die Fachkonzepte.
- (4) Die Fachkonzepte sind Betriebsgeheimnisse der Managementgesellschaft bzw. der AOK werden daher vertraulich behandelt und nicht veröffentlicht.
- (5) Die die FACHÄRZTE betreffenden Prozesse sind in der Prozessbeschreibung FACHARZT (**Anlage 6**) beschrieben.

Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware

Die AOK und der MEDIVERBUND haben sich auf die folgenden Vorgaben für die Vertragssoftware (Algorithmen) sowie die Verfahren der Datenübermittlung geeinigt.

ABSCHNITT I: Vertragssoftware

Funktionen der Vertragssoftware

Softwareprogramme, die nach Maßgabe des ABSCHNITTES II als Vertragssoftware zugelassen werden können, müssen alle vertragsspezifischen Funktionalitäten aufweisen (Pflichtfunktionen): Die Definition aller Pflichtfunktionen wird im Pflichtenheft geregelt.

ABSCHNITT II: Zulassungsverfahren

I. Grundsätze des Zulassungsverfahrens

- (1) Die AOK und die Managementgesellschaft werden die in ABSCHNITT I beschriebenen und künftig erforderlichen vertragsspezifischen Funktionalitäten der Vertragssoftware in einem Pflichtenheft („**Pflichtenheft**“) dokumentieren. Nicht-vertragsspezifische Funktionalitäten werden im Pflichtenheft nicht beschrieben. Das Pflichtenheft ist für jeweils mindestens 1 Quartal abschließend, d.h. es gibt über die im Pflichtenheft niedergelegten Anforderungen hinaus keine weiteren Anforderungen an die Vertragssoftware.
- (2) Die AOK und die Managementgesellschaft werden dieses Pflichtenheft jeweils abstimmen und bei Änderungen das Quartal definieren, ab dem die neu beschriebenen vertragsspezifischen Funktionalitäten verbindlich bzw. optional in einem neuen Release umzusetzen sind. Wird ein solches Pflichtenheft nicht spätestens neun Wochen vor einem Quartalsbeginn in einer abgestimmten Fassung veröffentlicht, müssen darin als verbindlich vorgeschriebene vertragsspezifische Funktionalitäten nicht vor dem Beginn des auf dieses Quartal folgenden Quartals umgesetzt sein.
- (3) Das Pflichtenheft besteht aus vertraulichen Teilen, die Betriebsgeheimnisse der AOK und der Managementgesellschaft enthalten, sowie öffentlichen Teilen, die nach Maßgabe der folgenden Absätze offen gelegt werden („**Teil A**“). Bei dem Teil A handelt es sich um eine fachliche Beschreibung der Funktionalitäten für die Herstellung von Vertragssoftware. Die AOK und die Managementgesellschaft bestimmen im gegenseitigen Einvernehmen diejenigen Bestandteile des Pflichtenhefts, die vertrauliche Unternehmensgeheimnisse und/oder schützenswertes geistiges Eigentum darstellen und daher nicht öffentlich sind („**Teil B**“). Der Teil B beinhaltet insbesondere
 - a) Substitutionsalgorithmen und die Listen des Arzneimittelmoduls;
 - b) Datenbasierte Verschlüsselung für die Managementgesellschaft;

- c) Beschreibung der Ansteuerung des Konnektors/Online-Keys;
 - d) Anbindung an eine/n elektronischen Patientenpass/Patientenakte;
 - e) Online-Aktualisierung (z.B. des Arzneimittelsmoduls);
 - f) Algorithmen zur Steuerung von Heil- und Hilfsmittelverordnungen
 - g) „Anbindung an die elektronische Arztvernetzung gem. Anhang 10 zu Anlage 12“
- (4) Der Teil B wird Prüfmodul von vertragsspezifischen, nicht dekompilebaren Softwarekomponenten und Schnittstellen umgesetzt („**gekapselter Kern**“). Die Managementgesellschaft wird in Abstimmung mit der AOK ein geeignetes Unternehmen („**Entwickler**“) mit der Entwicklung des Prüfmoduls beauftragen. Dabei ist sicherzustellen, dass Herstellern von Vertragssoftwareprogrammen („**Softwarehersteller**“) eine Lizenz für die Nutzung des gekapselten Kerns erteilt werden kann.
- (5) Die Managementgesellschaft wird verpflichtet, allen Softwareherstellern zu gleichen Bedingungen Zugriff auf den gekapselten Kern zu gewähren. Das Verhältnis zwischen dem Softwarehersteller und einem möglichen Entwickler des gekapselten Kerns bestimmt sich ausschließlich nach dem Lizenzvertrag über den gekapselten Kern. Weder die AOK noch die Managementgesellschaft haften für Schäden im Zusammenhang mit der Überlassung des gekapselten Kerns an Softwarehersteller.
- (6) Die Managementgesellschaft wird in Abstimmung mit der AOK jedem Softwarehersteller, der
- a) einen schriftlichen Antrag zur Offenlegung des Teil A an sie richtet,
 - b) seine Fachkunde und Zuverlässigkeit nachweist,
- Teil A zur Verfügung stellen. Der Nachweis nach lit. a) wird in der Regel durch die Vorlage eines Geschäftsberichtes erbracht, der die Tätigkeit des Softwareherstellers auf dem Gebiet der Softwareentwicklung belegt. Falls keine Lizenzvereinbarung zustande kommt, hat der Softwarehersteller das Pflichtenheft an die Managementgesellschaft zurückzugeben.
- (7) Die Managementgesellschaft kann mit Softwareherstellern eine Rahmenvereinbarung schließen, durch die im Hinblick auf die Nutzung durch FACHÄRZTE Rahmenbedingungen für die Belieferung von FACHÄRZTEN einschließlich der Lieferkapazitäten für die Vertragssoftware und die Pflege und Wartung durch den Softwarehersteller vorgegeben werden.
- (8) Die Herstellung und Sicherstellung der Funktionsfähigkeit der Vertragssoftware liegt in der alleinigen Verantwortung des Softwareherstellers. Mit der Überlassung des Teil A

wird weder durch die AOK noch durch die Managementgesellschaft eine Haftung für seine Eignung, Vollständigkeit oder Richtigkeit zur Herstellung von Vertragssoftware übernommen. Entsprechendes gilt für die Integrationsfähigkeit des gekapselten Kerns in ein Softwareprogramm des Softwareherstellers. Nicht vollständig umgesetzte und/oder veraltete Vertragssoftware-Versionen können zur Ablehnung von übermittelten Daten und zur Ablehnung von Vergütungen gemäß Abschnitte II und III der Anlage 12 führen.

- (9) Die Frist, innerhalb derer die Managementgesellschaft in Abstimmung mit der AOK über das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß Absatz 6 und damit über die Offenlegung von Teil A entscheidet, soll 3 Wochen nach Eingang aller in Absatz 6 genannten vollständigen Unterlagen bei der Managementgesellschaft nicht überschreiten.

II. Zulassung von Vertragssoftwareprogrammen

- (1) Das Pflichtenheft gemäß vorstehender Ziffer I ist die Grundlage des Zulassungsverfahrens für Softwareprogramme als Vertragssoftware. Auf dem Pflichtenheft aufbauend wird durch die AOK und die Managementgesellschaft ein Kriterienkatalog erstellt, der die Grundlage für die Prüfung von Vertragssoftwareprogrammen ist. Er enthält Pflichtfunktionen und kann optionale Funktionen enthalten bzw. Funktionen, die erst nach einem Übergangszeitraum von optionaler Funktion zur Pflichtfunktion werden. Die Managementgesellschaft wird in Abstimmung mit der AOK auf der Basis des Pflichtenhefts und des Kriterienkatalogs die Durchführung des Zulassungsverfahrens entweder selbstständig oder durch Beauftragung einer neutralen Prüfstelle durchführen.
- (2) Die Zulassung muss für jede neue Programmkomponente, die Kriterien des Kriterienkatalogs nach dem vorstehenden Absatz 1 berührt, und bei erheblichen Abweichungen von bestehenden Programmkomponenten nach Maßgabe von Absatz 2 neu durchgeführt und erteilt werden. Werden Pflichtfunktionen bezüglich einzelner Programmkomponenten nach Prüfung durch die Prüfstelle nicht zugelassen, entfällt die Zulassung des jeweiligen Softwareprogramms als Vertragssoftware insgesamt.
- (3) Mit der Regelung nach diesem ABSCHNITT II vereinbaren die Vertragspartner ausdrücklich eine Abweichung zu § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V im Sinne von § 140a Abs. 2 Satz 1 SGB V, wonach die Zulassung einer Vertragssoftware durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung erforderlich ist. Eine solche Zulassung ist für Vertragssoftware zusätzlich nicht erforderlich, damit sie von den FACHÄRZTEN genutzt werden kann.
- (4) Die Managementgesellschaft oder die gemäß Abs. 1 beauftragte Prüfstelle kann auf Veranlassung der Managementgesellschaft oder der AOK eine bereits zugelassene Vertragssoftware einer außerordentlichen Kontrollprüfung unterziehen. Bei einem sich aus einer solchen außerordentlichen Kontrollprüfung ergebendem, begründeten Verdacht, dass Pflichtfunktionen nicht ordnungsgemäß umgesetzt sind, kann die Ma-

nagementgesellschaft die Zulassung entziehen. Die betreffenden Pflichtfunktionen sind insbesondere solche mit Auswirkung auf

- (1) die Arzneimittelverordnung,
- (2) die Abrechnung (insbes. ordnungsgemäße Erfassung von Leistungen, Leistungsdatum, Impf- und Diagnoseziffern),
- (3) die Verarbeitung von Formularen z. B. (Überweisungen, Krankenhauseinweisung, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung),
- (4) die Erfassung- und Verwaltung des Teilnehmerstatus des FACHARZTES,
- (5) die elektronischen Einschreibung von Versicherten und Erfassung von Versichertenstammdaten,
- (6) die Online-Aktualisierungsfähigkeit bezogen auf die für die Nutzung des Arzneimittelmoduls erforderlichen Informationen.

ABSCHNITT III: Datenübermittlung

Die Datenübertragung ist nur über eine verschlüsselte Verbindung erlaubt. Folgende Datenübertragungswege sind zulässig: Gematikfähiger Konnektor mit Kompatibilität zu den Vertragssoftwareprogrammen; Einsatz eines HZV-Online-Keys.

ABSCHNITT IV: Managementgesellschaft

Der FACHARZT übermittelt sämtliche Leistungsdaten und Verordnungsdaten nach Maßgabe dieses Vertrages über die von ihm genutzte Vertragssoftware an die gemäß § 295a SGB V als Vertragspartner auf Leistungserbringerseite tätige Managementgesellschaft.

Schlichtungsverfahren

AOK und MEDIVERBUND („**Partei**“ bzw. „**Parteien**“) haben sich zur Schlichtung von Streitigkeiten, die sich zwischen ihnen im Zusammenhang mit diesem Vertrag gemäß § 140a SGB V oder über seine Gültigkeit ergeben, auf das wie folgt näher beschriebene Schlichtungsverfahren geeinigt:

§ 1 Grundsätze des Schlichtungsverfahrens

- (1) Die Einleitung gerichtlicher Schritte im Zusammenhang mit dem Vertrag oder bei Streitigkeiten über seine Gültigkeit ist erst nach Abschluss des in dieser Anlage geregelten Schlichtungsverfahrens zulässig (§ 4 Abs. 3, § 6).
- (2) Die Parteien werden eine effektive Konfliktschlichtung fördern, um im Falle einer unterbliebenen Einigung im Schlichtungsverfahren eine gerichtliche Auseinandersetzung ohne unangemessene zeitliche Verzögerung zu ermöglichen.
- (3) Die Parteien sollen sich vor einem gerichtlichen Verfahren in einem oder mehreren Schlichtungsgesprächen um eine einvernehmliche Beilegung der Streitigkeit bemühen.

§ 2 Person des Schlichters

- (1) Die Parteien bestimmen spätestens innerhalb von drei Monaten nach Feststellung der Erforderlichkeit die Person eines Schlichters („**Erster Schlichter**“). Der Erste Schlichter muss die Befähigung zum Richteramt haben. Er soll Erfahrung in schiedsgerichtlichen Verfahren haben.
- (2) Die Parteien bestimmen darüber hinaus spätestens innerhalb von drei Monaten nach Feststellung der Erforderlichkeit einen Stellvertreter des Schlichters, der im Falle der Verhinderung des Ersten Schlichters ein Schlichtungsverfahren durchführen kann. Er muss ebenfalls die Befähigung zum Richteramt haben und soll Erfahrung in schiedsgerichtlichen Verfahren haben. (Erster Schlichter und Stellvertreter einzeln oder zusammen auch „**Schlichter**“).
- (3) Die Schlichter werden jeweils aufgrund einer gesonderten Vereinbarung mit einer Laufzeit von zwei Jahren als Schlichter verpflichtet. Spätestens einen Monat vor dem Auslaufen dieser Vereinbarungen bestimmen die Parteien einen neuen Schlichter, wenn sie sich bis dahin nicht mit dem jeweiligen Schlichter über eine Fortführung seiner Tätigkeit für jeweils zwei weitere Jahre geeinigt haben. Dies gilt auch im Falle der vorzeitigen Beendigung der Vereinbarung mit dem Schlichter. Die Parteien verständigen sich zum Zwecke des Abschlusses einer solchen Vereinbarung über eine angemessene Vergütung für die Schlichter.

- (4) Der Schlichter hat keine Weisungsrechte und verhält sich grundsätzlich neutral. Er kann jedoch auf Wunsch der beteiligten Parteien eine aktive Vermittlungsrolle einnehmen.
- (5) Die Organisation des Schlichtungsverfahrens wird dem Schlichter übertragen. Einzelheiten hierzu regelt die Vereinbarung mit dem Schlichter.

§ 3 Einleitung des Schlichtungsverfahrens

- (1) Jede Partei ist zur Einleitung eines Schlichtungsverfahrens über jeden Gegenstand berechtigt, der im Verhältnis zur anderen Partei Gegenstand eines bei einem Gericht anhängigen Rechtsstreits sein kann. Die Einleitung erfolgt durch schriftliche Mitteilung einer Partei an den Ersten Schlichter und die jeweils andere Partei unter
 - a) genauer Bezeichnung des Streitgegenstandes und
 - b) Übermittlung zur Darstellung ihrer Rechtsauffassung geeigneter Unterlagen sowie
 - c) die Bitte an den Schlichter, Schlichtungsverhandlungen gemäß § 4 durchzuführen.
- (2) Durch die an den Ersten Schlichter gemäß dem vorstehenden Absatz übermittelten Unterlagen wird der Gegenstand des Schlichtungsverfahrens bestimmt („**Schlichtungsgegenstand**“). Im Falle seiner Verhinderung oder voraussichtlichen Verhinderung in Schlichtungsverhandlungen nach § 4 übermittelt der Erste Schlichter die zur Einleitung oder Fortführung des Verfahrens erforderlichen Unterlagen unverzüglich an seinen Stellvertreter und informiert die Parteien. Dies gilt entsprechend bei einer späteren Verhinderung des Ersten Schlichters an einem mit den Parteien nach § 4 abgestimmten Termin für das erste Schlichtungsgespräch.
- (3) Die an einem Schlichtungsverfahren gemäß dem vorstehenden Absatz 1 beteiligten Parteien können nach Einleitung des Schlichtungsverfahrens durch Übermittlung des Schlichtungsbegehrens an den Schlichter nur noch übereinstimmend durch wechselseitige schriftliche Erklärung auf die Durchführung von Schlichtungsverhandlungen gemäß § 4 verzichten. Durch diesen Verzicht gilt das Schlichtungsverfahren als beendet.

§ 4 Schlichtungsverhandlungen

- (1) Der Schlichter (§ 2 Abs. 2) fordert die Parteien spätestens 2 Wochen nach Eingang der Mitteilung des Schlichtungsbegehrens nach § 3 Abs. 1 auf, im Hinblick auf den Schlichtungsgegenstand Schlichtungsverhandlungen zu beginnen. Der Schlichter schlägt den

Parteien mindestens 2 geeignete Termine vor und berücksichtigt dabei die Belange der Parteien.

- (2) Die eingeladenen Parteien sind verpflichtet, sich innerhalb einer von dem Schlichter gesetzten angemessenen Frist mit der Angabe zu melden, zu welchem Termin und mit welchen Teilnehmern sie an den Schlichtungsverhandlungen teilnehmen werden. Das erste Schlichtungsgespräch soll spätestens 3 Wochen nach der Aufforderung durch den Schlichter stattfinden. Terminverlegungen auf einen späteren Zeitpunkt als 3 Wochen nach Aufforderung des Schlichters sind in begründeten Ausnahmefällen möglich.
- (3) Die jeweils andere Partei ist verpflichtet, an diesen Schlichtungsverhandlungen teilzunehmen. Die Parteien werden mindestens einen Schlichtungstermin durchführen.
- (4) Die Parteien können sich im Schlichtungstermin von Rechtsanwälten begleiten oder vertreten lassen. Im Sinne einer zielführenden Schlichtung ist jedoch die Anwesenheit mindestens eines solchen Vertreters jeder beteiligten Partei erforderlich, der zur Entscheidung über eine Einigung über den Schlichtungsgegenstand berechtigt ist.
- (5) Im Sinne einer zielführenden Schlichtung sollen etwaige schriftliche Stellungnahmen mindestens 3 Werktage vor den Schlichtungsverhandlungen an die beteiligte(n) Partei(en) und den Schlichter versandt werden.
- (6) Im Rahmen der Schlichtungsverhandlungen soll möglichst darauf verzichtet werden, den Schlichtungsgegenstand ohne sachlichen Grund und ohne sachgemäße Vorbereitungsmöglichkeit für die übrigen Beteiligten zu ändern oder zu erweitern. Die jeweils andere Partei ist berechtigt, eine Änderung oder Erweiterung des Schlichtungsgegenstandes abzulehnen.

§ 5 Beendigung des Schlichtungsverfahrens

- (1) Verlangt eine Partei nach Durchführung des ersten Termins der Schlichtungsverhandlungen deren Beendigung, ohne dass eine Einigung über den Gegenstand der Schlichtung erzielt wurde, so fertigt der Schlichter auf Verlangen einer Partei darüber ein Protokoll, das den Schlichtungsgegenstand näher bezeichnet und in dem das Vorbringen der Parteien zum Schlichtungsgegenstand in einer möglichst noch im Schlichtungstermin mit den Parteien abgestimmten Weise zusammengefasst wird. Mit Unterzeichnung des Protokolls durch den Schlichter gilt das Schlichtungsverfahren als beendet.
- (2) Wird in den Schlichtungsverhandlungen eine Einigung erzielt, und erklären alle beteiligten Parteien, dass sie die Vereinbarung als verbindlich anerkennen, ist darüber ein Protokoll zu fertigen, das von allen an der Schlichtung beteiligten Parteien sowie dem Schlichter zu unterzeichnen ist. In das Protokoll ist ausdrücklich aufzunehmen, dass eine Einigung erzielt wurde. Mit der Unterzeichnung des Protokolls über die Einigung

durch die im Schlichtungstermin anwesenden Parteien und den Schlichter gilt das Schlichtungsverfahren als beendet.

- (3) Das über die Schlichtungsverhandlungen nach den vorstehenden Absätzen 1 und 2 geführte Protokoll ist ein Ergebnis-, kein Verlaufsprotokoll. Das Protokoll kann eine Vertraulichkeitsvereinbarung enthalten. Sämtliche Parteien erhalten unverzüglich eine Abschrift des Protokolls.
- (4) Wird in dem Schlichtungsverfahren keine Einigung im Sinne des vorstehenden Absatz 2 erzielt, kann jede der Parteien des Schlichtungsverfahrens den Rechtsweg beschreiten. Die Beendigung des Schlichtungsverfahrens steht einem einvernehmlichen Neubeginn nicht entgegen.
- (5) Die Parteien des Schlichtungsverfahrens sind damit einverstanden, dass der Lauf gesetzlicher oder vertraglicher Verjährungsfristen in Bezug auf den Schlichtungsgegenstand bis zum Abschluss des obligatorischen Schlichtungsverfahrens gehemmt ist. § 203 BGB gilt entsprechend.

§ 6 Vertraulichkeit

Die Parteien sowie alle an den Schlichtungsverhandlungen beteiligten Personen sowie solche, die an gemeinsamen oder getrennten Sitzungen zwischen den Parteien teilgenommen haben, haben die Inhalte der Verhandlungen sowohl während als auch nach der Beendigung des Schlichtungstermins als vertraulich zu behandeln. Sie dürfen, soweit nicht anderweitig vereinbart, Dritten gegenüber keine Informationen offen legen, die das jeweilige Schlichtungsverfahren betreffen oder die sie in dessen Verlauf erhalten haben. Soweit eine Partei dies fordert, haben die Personen, die an Schlichtungsverhandlungen teilnehmen, eine Vertraulichkeitserklärung zu unterzeichnen.

§ 7 Kosten des Schlichtungsverfahrens

Die an dem Schlichtungsverfahren beteiligten Parteien tragen das Honorar des Schlichters und dessen Auslagen sowie die notwendigen Kosten des Schlichtungsverfahrens (Sekretariatsaufwand; Portokosten; Raummiete, etc.) zu gleichen Teilen und haften dafür als Gesamtschuldner. Im Übrigen trägt jede Partei ihre Kosten selbst.

ICD-Code	ICD Text	FGM/rtCGM	CSII (Insulinpumpe)	Gestationsdiabetes	Diabetisches Fußsyndrom/Ulcera DFU1	Diabetisches Fußsyndrom/Ulcera/Charcot Fuß DFU2	DFUV	DFUM
E10.20	(E10.20) Diabetes mellitus, Typ 1 Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E10.21	(E10.21) Diabetes mellitus, Typ 1 Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	x	x					
E10.30	(E10.30) Diabetes mellitus, Typ 1 Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E10.31	(E10.31) Diabetes mellitus, Typ 1 Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	x	x					
E10.40	(E10.40) Diabetes mellitus, Typ 1 Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E10.41	(E10.41) Diabetes mellitus, Typ 1 Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	x	x					
E10.50	(E10.50) Diabetes mellitus, Typ 1 Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E10.51	(E10.51) Diabetes mellitus, Typ 1 Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	x	x					
E10.60	(E10.60) Diabetes mellitus, Typ 1 Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E10.61	(E10.61) Diabetes mellitus, Typ 1 Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	x	x					
E10.72	(E10.72) Diabetes mellitus, Typ 1 Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E10.73	(E10.73) Diabetes mellitus, Typ 1 Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	x	x					
E10.74	(E10.74) Diabetes mellitus, Typ 1 Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	x	x		x ²	x ²	x ²	
E10.75	(E10.75) Diabetes mellitus, Typ 1 Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	x	x		x ²	x ²	x ²	
E10.80	(E10.80) Diabetes mellitus, Typ 1 Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E10.81	(E10.81) Diabetes mellitus, Typ 1 Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	x	x					
E10.90	(E10.90) Diabetes mellitus, Typ 1 Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E10.91	(E10.91) Diabetes mellitus, Typ 1 Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	x	x					
E11.20	(E11.20) Diabetes mellitus, Typ 2 Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E11.21	(E11.21) Diabetes mellitus, Typ 2 Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	x	x					
E11.30	(E11.30) Diabetes mellitus, Typ 2 Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E11.31	(E11.31) Diabetes mellitus, Typ 2 Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	x	x					
E11.40	(E11.40) Diabetes mellitus, Typ 2 Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E11.41	(E11.41) Diabetes mellitus, Typ 2 Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	x	x					
E11.50	(E11.50) Diabetes mellitus, Typ 2 Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E11.51	(E11.51) Diabetes mellitus, Typ 2 Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	x	x					
E11.60	(E11.60) Diabetes mellitus, Typ 2 Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E11.61	(E11.61) Diabetes mellitus, Typ 2 Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	x	x					
E11.72	(E11.72) Diabetes mellitus, Typ 2 Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E11.73	(E11.73) Diabetes mellitus, Typ 2 Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	x	x					
E11.74	(E11.74) Diabetes mellitus, Typ 2 Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	x	x		x ²	x ²	x ²	
E11.75	(E11.75) Diabetes mellitus, Typ 2 Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	x	x		x ²	x ²	x ²	
E11.80	(E11.80) Diabetes mellitus, Typ 2 Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E11.81	(E11.81) Diabetes mellitus, Typ 2 Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	x	x					
E11.90	(E11.90) Diabetes mellitus, Typ 2 Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E11.91	(E11.91) Diabetes mellitus, Typ 2 Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	x	x					
E12.20	(E12.20) Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehi- oder Mangelernährung (Malnutrition) Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E12.21	(E12.21) Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehi- oder Mangelernährung (Malnutrition) Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	x	x					
E12.30	(E12.30) Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehi- oder Mangelernährung (Malnutrition) Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E12.31	(E12.31) Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehi- oder Mangelernährung (Malnutrition) Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	x	x					
E12.40	(E12.40) Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehi- oder Mangelernährung (Malnutrition) Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E12.41	(E12.41) Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehi- oder Mangelernährung (Malnutrition) Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	x	x					
E12.50	(E12.50) Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehi- oder Mangelernährung (Malnutrition) Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E12.51	(E12.51) Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehi- oder Mangelernährung (Malnutrition) Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	x	x					
E12.60	(E12.60) Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehi- oder Mangelernährung (Malnutrition) Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E12.61	(E12.61) Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehi- oder Mangelernährung (Malnutrition) Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	x	x					
E12.72	(E12.72) Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehi- oder Mangelernährung (Malnutrition) Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E12.73	(E12.73) Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehi- oder Mangelernährung (Malnutrition) Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	x	x					
E12.74	(E12.74) Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehi- oder Mangelernährung (Malnutrition) Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E12.75	(E12.75) Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehi- oder Mangelernährung (Malnutrition) Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	x	x					
E12.80	(E12.80) Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehi- oder Mangelernährung (Malnutrition) Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E12.81	(E12.81) Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehi- oder Mangelernährung (Malnutrition) Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	x	x					
E12.90	(E12.90) Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehi- oder Mangelernährung (Malnutrition) Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E12.91	(E12.91) Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehi- oder Mangelernährung (Malnutrition) Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	x	x					
E13.20	(E13.20) Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E13.21	(E13.21) Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	x	x					
E13.30	(E13.30) Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E13.31	(E13.31) Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	x	x					
E13.40	(E13.40) Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E13.41	(E13.41) Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	x	x					
E13.50	(E13.50) Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E13.51	(E13.51) Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	x	x					
E13.60	(E13.60) Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E13.61	(E13.61) Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	x	x					
E13.72	(E13.72) Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E13.73	(E13.73) Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	x	x					
E13.74	(E13.74) Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	x	x		x ²	x ²	x ²	
E13.75	(E13.75) Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	x	x		x ²	x ²	x ²	
E13.80	(E13.80) Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E13.81	(E13.81) Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	x	x					
E13.90	(E13.90) Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	x	x					
E13.91	(E13.91) Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	x	x					
E24.4	(E24.4) Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend			x				
Z96.4	(Z96.4) Vorhandensein von endokrinen Implantaten		x ¹					
M14.67	(M14.67) Neuropathische Arthropathie: Knöchel und Fuß					x ³	x ³	
I70.24	(I70.24) Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration				x ³	x ³		x ³
I70.25	(I70.25) Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän				x ³	x ³		x ³
L89.17	(L89.17) Dekubitus 2. Grades: Ferse				x ³	x ³		x ³
L89.18	(L89.18) Dekubitus 2. Grades: sonstige Lokalisation der unteren Extremität				x ³	x ³		x ³
L89.27	(L89.27) Dekubitus 3. Grades: Ferse				x ³	x ³		x ³
L89.28	(L89.28) Dekubitus 3. Grades: sonstige Lokalisation der unteren Extremität				x ³	x ³		x ³
L89.37	(L89.37) Dekubitus 4. Grades: Ferse				x ³	x ³		x ³

Seite 2 von 2

ELEKTRONISCHE ARZTVERNETZUNG

Der FACHARZT hat die Möglichkeit, am Vertragsmodul zur elektronischen Arztvernetzung im Rahmen der AOK BW Selektivverträge teilzunehmen und die Fachanwendungen zu nutzen. Die Teilnahme (siehe II) ist für den FACHARZT freiwillig und kann entsprechend dieser Anlage gekündigt (siehe III) werden.

Ziel der elektronischen Arztvernetzung ist der sichere und schnelle Austausch strukturierter Behandlungsdaten zwischen den an der Patientenbehandlung beteiligten HAUSÄRZTEN und FACHÄRZTEN sowie im Falle der eAU der elektronische Versand eines bundeseinheitlichen Formularmusters (Muster 1a) an die AOK BW.

Mit diesem Vernetzungsschritt bauen die Vertragspartner die Funktionalität der alternativen Regelversorgung für HAUSÄRZTE und FACHÄRZTE sowie für am Haus- bzw. FacharztProgramm der AOK teilnehmende Versicherte weiter aus und sichern den digitalen Transformationsprozess in eigenständiger und unabhängiger Umsetzung. Dabei setzen sie weitest möglich auf technische Standards, die eine rechtliche und ökonomische Anschlussfähigkeit an zentrale Entwicklungen im Gesundheitswesen (Telematikinfrastruktur) ermöglichen.

Die elektronische Arztvernetzung startet mit drei Fachanwendungen. Mit der Teilnahme an dem Vertragsmodul „Elektronische Arztvernetzung“ verpflichten sich die FACHÄRZTE zur Schaffung der entsprechenden technischen Voraussetzungen.

I. Fachanwendungen

Die elektronische Arztvernetzung beinhaltet nachfolgend aufgeführte Fachanwendungen:

a) eArbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) - gültig bis 30.06.2023, Umstellung auf eAU gemäß Anforderungen Telematik-Infrastruktur mit erweiterter Regelwerksprüfung ab 01.04.2023)

Der elektronische Versand des Musters 1a der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erfolgt im Rahmen des Diabetologie-Vertrags und über die dort bereits verfügbaren Systeme und etablierten Infrastrukturen mit dem Ziel, weitestgehend papierersetzend zu sein. Hierzu wird ein neuer Prozess in der Arztpraxis etabliert, in dem die Übermittlung des Musters 1a an die AOK BW nicht mehr durch den Patienten, sondern durch die Arztpraxis direkt und digital erfolgt. Die Muster 1b und 1c müssen weiterhin in jedem Fall ausgedruckt werden.

Die papierersetzende elektronische Version des Musters 1a wird mit einer elektronischen Signatur eines an der IT-Vernetzung teilnehmenden Arztes signiert. Hierbei kann es z.B. durch Delegation an ärztliches Personal zu Abweichungen zwischen ausstellendem Arzt und signierendem Arzt kommen. Die Vertragspartner sind sich einig, dass diese Abweichungen kein Sanktionsgrund, sondern durch den Praxisablauf begründet sind.

Die Details zur Verwendung der elektronischen Signatur sind Bestandteil des Anforderungskatalogs der Vertragssoftware (Anlage 10) sowie der Anforderungen an die zentrale Infrastruktur/Betreibergesellschaft.

Die Fachanwendung eAU ist gültig bis 30.06.2023. Die Umstellung der eAU auf die gesetzlichen Anforderungen der Telematik-Infrastruktur ist ab 01.04.2023 möglich. Mit dem Übergangsquartal Q2/2023 endet die Möglichkeit eAUs über die Infrastruktur der eAV an die AOK BW übermitteln zu können. Im Zuge dessen müssen die eAUs gem. der Regelungen innerhalb der Vereinbarung über die Verwendung digitaler Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung (Vordruck-Vereinbarung digitale Vordrucke) Anlage 2b BMV-Ä übertragen werden. Ergänzend zu dem gesetzlichen Weg wird die erweiterte Regelwerksprüfung der eAU für alle HZV-Versicherten der AOK BW bei Ausstellung einer eAU verwendet.

b) eArztbrief

Mit dem elektronischen Arztbrief (eArztbrief) werden Daten, die für einen eArztbrief relevant sind, in strukturierter Form unter Zuhilfenahme eines offenen Standards elektronisch versendet, sodass der Empfänger des eArztbriefs die Möglichkeit hat, diese Daten elektronisch (weiter-)verarbeitbar in sein eigenes Praxisverwaltungssystem zu übernehmen. Zusätzlich können auch unstrukturierte Daten Teil des eArztbriefes sein.

Die Daten werden vor dem Versenden elektronisch signiert.

Die dann folgende Verschlüsselung ist so aufgebaut, dass nur der Empfänger in der Lage ist, die Daten zu entschlüsseln und zu lesen. Während des kompletten Transports des Briefes ist es keiner Stelle möglich, Zugriff auf das Dokument zu erhalten.

Der FACHARZT erhält in seiner Vertragssoftware die Möglichkeit, einen eArztbrief zu erstellen. Das Praxisverwaltungssystem unterstützt ihn weitest möglich durch die automatische Befüllung des eArztbriefes.

Grundsätzlich werden zwei Arten des Versands eines eArztbriefes unterschieden:

a. Adressierter Versand:

Dieser Versand dient dazu, einer bestimmten Einzelarztpraxis/einer BAG/einem MVZ einen eArztbrief zukommen zu lassen.

Der FACHARZT hat die Möglichkeit, über eine Suchmaske einen direkten Empfänger für seinen eArztbrief zu suchen. Hierfür stehen in der Suche verschiedene Merkmale zur Verfügung.

Wenn der FACHARZT über diese Maske einen Adressaten ausgewählt hat, wird der eArztbrief adressiert an diese Einzelarztpraxis/diese BAG/dieses MVZ verschickt.

Abholung:

Der FACHARZT erhält von seiner Vertragssoftware automatisch einen Hinweis, dass er einen neuen eArztbrief zugesendet bekommen hat. Er kann diesen dann aufrufen und weiterverarbeiten.

Wenn ein eArztbrief vom Server abgeholt wurde, so steht er keinem anderen Arzt mehr zur Verfügung.

Bezüglich der Abholung gilt, dass es keine Verpflichtung gibt, innerhalb eines bestimmten Zeitraums die Dokumente entgegenzunehmen. Jedoch ist zu beachten, dass sämtliche bis zum Ende des Folgequartals nicht abgeholten eArztbriefe automatisch gelöscht werden.

b. Gerichteter Versand:

Dieser Versand dient dem FACHARZT dazu, einer definierten Empfängergruppe (Empfängergruppe der Praxis) einen Brief zuzusenden, ohne dass beim Versand der Adressat namentlich bekannt ist. Näheres regelt die Beschreibung der Fachanwendung eArztbrief.

Der FACHARZT hat die Möglichkeit, eine Empfängergruppe zu wählen. Jeder FACHARZT gibt bei seiner Teilnahmeerklärung die Empfängergruppe an, deren typischen Leistungen Bestandteil seines Leistungsangebots sind (z.B. Orthopädie).

Abholung:

Der FACHARZT erhält von seiner Vertragssoftware automatisch einen Hinweis auf den Eingang eines gerichtet versendeten eArztbriefes, wenn die Karteikarte des betreffenden Patienten geöffnet wird und die Versichertenkarte des Patienten im aktuellen Quartal eingelesen wurde. Er kann sich dann entscheiden, diesen Arztbrief in sein System zu importieren.

Wenn ein eArztbrief vom Server abgeholt wurde, so steht er keinem anderen Arzt mehr zur Verfügung.

Bezüglich der Abholung gilt, dass es keine Verpflichtung gibt, innerhalb eines bestimmten Zeitraums die Dokumente entgegenzunehmen. Jedoch ist zu beachten, dass sämtliche bis zum Ende des Folgequartals nicht abgeholten eArztbriefe automatisch gelöscht werden.

c) HAUSKOMET (hausärztlich kontrollierte medikamentöse Therapie)

Bei HAUSKOMET handelt es sich um einen zentralen, durch den HAUSARZT gepflegten Medikationsspeicher zu einem Patienten mit AMTS-Funktionalität. FACHÄRZTE können lesend auf den Medikationsspeicher zugreifen und Ergänzungen in Form von Änderungsdatensätzen angeben. Haus- und Facharzt verantworten die Sicherheit der Pharmakotherapie gemeinsam, der HAUSARZT entscheidet im Sinne eines finalen Editors über die Änderungsdatensätze und übernimmt diese in den Medikationsspeicher. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen werden von den beteiligten Haus- und Fachärzten über ein AMTS-Modul geprüft. Der Arzt-zu-Arzt-Austausch von Medikationsinformationen auf elektronischen Weg wird berücksichtigt und fokussiert. HAUSKOMET ermöglicht eine Zusammenstellung von Medikationsinformationen, die vollumfänglich strukturiert verwendet werden können, z.B. für einen elektronischen AMTS-Check.

II. Teilnahme des FACHARZTES

Die Teilnahme ist gegenüber der Managementgesellschaft durch Abgabe der Teilnahmeerklärung nach diesem Anhang des Diabetologie-Vertrags („Teilnahmeerklärung zur elektronischen Arztvernetzung“) schriftlich zu beantragen. Voraussetzung für die Teilnahme ist der

Nachweis über die Installation des Vertragssoftwaremoduls zur elektronischen Arztvernetzung. Nach Eingang der Teilnahmeerklärung des FACHARZTES wird der FACHARZT mit Ausstellung der Teilnahmebestätigung als Teilnehmer der Vernetzung geführt. Im Rahmen seiner Teilnahmeerklärung zur elektronischen Arztvernetzung stimmt der FACHARZT der Veröffentlichung seiner Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung sowohl im Rahmen der Fachanwendungen als auch auf den Web-Angeboten der Vertragspartner zu.

III. Kündigung der Teilnahme des FACHARZTES

Ein an der Vernetzung teilnehmender FACHARZT kann seine Teilnahme an der Vernetzung mit einer Frist von 4 Wochen zum Kalenderquartalsende schriftlich gegenüber der Managementgesellschaft kündigen. Mit dem Folgequartal wird der Arzt nicht mehr als Teilnehmer der Vernetzung geführt.

Messenger-Lösung im Rahmen der ELEKTRONISCHEN ARZTVERNETZUNG

Nicht besetzt

ABSCHNITT II: LAUFZEIT

Die zeitliche Geltung dieser Vergütungsvereinbarung richtet sich nach § 19 Abs. 2 des Vertrages.

ABSCHNITT III: ALLGEMEINE VERGÜTUNGSBESTIMMUNGEN

I. Leistungsumfang

Der Leistungsumfang nach diesem Vertrag bestimmt sich gemäß der Vergütungstabelle.

II. Abrechnung des FACHARZTES für die eingeschriebenen Versicherten gemäß § 4 des Vertrages

- (1) Der FACHARZT rechnet für die Versicherten die nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen gemäß ABSCHNITT I ("Vergütungspositionen") ab. Damit sind grundsätzlich alle vom Facharztvertrag erfassten Leistungen abgegolten. Für Leistungserbringung und Abrechnung gilt das Leistungsspektrum der Praxis. Des Weiteren gilt § 19 Abs. 14 des Vertrages.
- (2) Verfügt ein am AOK-FacharztProgramm Diabetologie teilnehmender FACHARZT nicht über die entsprechenden Qualifikations- oder Ausstattungsvoraussetzungen, sollen solche Leistungen - soweit medizinisch erforderlich – im Rahmen eines Zielauftrags als Auftragsleistung an einen FACHARZT überwiesen werden. Von dieser Regel kann nur in begründeten Einzelfällen abgewichen werden. Stationäre Einweisungen zu Untersuchungen, die im Rahmen dieses Vertrages von einem FACHARZT angeboten werden können, sind zu vermeiden („ambulant vor stationär“).
- (3) Im Rahmen dieses Vertrages muss der FACHARZT alle Leistungen, soweit im Einzelfall medizinisch sinnvoll, erbringen. Hierfür sind keine Überweisungen auszustellen. Stationäre Einweisungen zu Untersuchungen, die im Rahmen dieses Vertrages von einem FACHARZT angeboten werden können, sind zu vermeiden („ambulant vor stationär“). Der FACHARZT muss Leistungen, soweit medizinisch erforderlich, die ihm in diesem Vertrag über den Qualitätszuschlag vergütet werden, erbringen.
- (4) Pro Tag wird nur ein Arzt-Patienten-Kontakt gezählt.
- (5) Arzt-Patienten-Kontakte sind wie nachfolgend definiert:
 - a) Ein APK beschreibt die Interaktion eines Hausarztes bzw. FACHARZTES und/oder

eines/r medizinisch qualifizierten Praxismitarbeiters/in und dem Patienten und/oder dessen Bezugsperson und beinhaltet einen konkreten Bezug zur haus- bzw. fachärztlichen Versorgung des Patienten.

- b) Ein persönlicher APK liegt vor, wenn die Interaktion nach lit. a) in räumlicher und zeitlicher Einheit erfolgt.
- c) Ein telemedizinischer APK liegt vor, wenn die Interaktion nach lit. a) außerhalb der räumlichen und/oder zeitlichen Einheit erfolgt. Der telemedizinische APK umfasst auch die Telefonie.
- d) Der persönliche wie auch der telemedizinische APK können auch im Weg der Delegation nach den geltenden berufsrechtlichen Bestimmungen erfolgen.
- e) Ein Ausschluss der (nichtärztlichen) Delegation nach lit. d) ist im Leistungsinhalt einer Leistungsposition ausdrücklich als ärztliche Behandlung zu vereinbaren.

Telemedizinische Kontakte gem. lit. c) sind mit der **Ziffer "FBE"** zu dokumentieren.

III. Besonderheiten bei Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ

- (1) Berufsausübungsgemeinschaften („**BAG**“) im Sinne dieses Vertrages sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse
 - a) von Vertragsärzten oder/und Vertragspsychotherapeuten oder
 - b) Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und MVZ oder
 - c) MVZ untereinanderzur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Keine BAG sind Praxisgemeinschaften, Teilberufsausübungsgemeinschaften, Apparategemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften. **Für Leistungserbringung und Abrechnung gilt das Leistungsspektrum der BAG.**
- (2) Innerhalb eines MVZ gilt für Leistungserbringung und Abrechnung das Leistungsspektrum des MVZ.
- (3) Werden Leistungen gemäß der Vergütungstabelle nicht durch den abrechnenden FACHARZT, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG/des MVZ erbracht und zusätzlich gegenüber der KV abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages.

- (4) Die Abrechnung von Vertretungsfällen innerhalb von BAG/MVZ ist nicht möglich.
- (5) Die Vertragspartner stimmen überein, dass für Leistungserbringung und Abrechnung das Leistungsspektrum einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), einer Arztpraxis mit angestellten Ärzten und eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) gilt. Grundsätzlich können angestellte Ärzte nur dann im Rahmen des Vertrages tätig werden, wenn auch eine Genehmigung des Zulassungsausschusses (§ 96 SGB V) für eine Tätigkeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (§ 32b der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte Ärzte) vorliegt. Aus Gründen der flächendeckenden Sicherstellung der Versorgung im Rahmen des Vertrages gem. § 140a SGB V kann der Beirat gem. § 22 des Vertrages Ausnahmen hiervon beschließen, die befristet werden können.

IV. Umfang von Leistungen, die weiterhin über KV abgerechnet werden können

Zusätzlich zur Vergütung nach diesem Vertrag darf ein FACHARZT weiterhin bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß EBM im Einzelfall die fachärztlichen Leistungen über die KV und/oder ein Disease Management Programm abrechnen, die nicht Bestandteil dieses Vertrages sind.

V. Doppel- und Fehlabbrechnungen

- (1) Eine Doppelabbrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages kann zu einem Schaden der AOK führen, wenn sie aufgrund einer Vereinbarung mit der KV aufgrund einer Auszahlung des von dem FACHARZT abgerechneten Betrages durch die KV zu einem Vergütungsanspruch der KV gegenüber der AOK führt. Die Managementgesellschaft ist deshalb berechtigt, für Rechnung der AOK im Falle einer Doppelabbrechnung den gegenüber der KV von dem FACHARZT abgerechneten Betrag als Schadensersatz zu verlangen, sofern der FACHARZT nicht nachgewiesen hat, dass er eine Zahlung von der KV nicht erhalten hat oder die fehlerhafte Abrechnung gegenüber der KV berichtigt hat. Die Managementgesellschaft ist insoweit zur Aufrechnung von Vergütungsansprüchen des FACHARZTES nach diesem Vertrag berechtigt. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Schadensersatzanspruch entsprechend.

- (2) Für den bei einer Doppelabrechnung gemäß § 19 Abs. 1 des Vertrages entstandenen Verwaltungsaufwand schuldet der FACHARZT der AOK einen pauschalierten Ersatz für den Bearbeitungsaufwand in Höhe von 15 € (Euro) für jeden fehlerhaft gegenüber der KV abgerechneten Versicherten pro Quartal. Die Managementgesellschaft ist berechtigt, den Anspruch auf den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand nach Satz 1 für Rechnung der AOK geltend zu machen. Dazu tritt die AOK ihren Anspruch auf Schadensersatz an die Managementgesellschaft ab, soweit dieser zur Aufrechnung mit dem Anspruch auf die Vergütung des FACHARZTES berechtigt ist. Nach Aufrechnung ist die Managementgesellschaft der AOK zur Erstattung des aufgerechneten Betrags verpflichtet. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand entsprechend.
- (3) Für den bei einer Fehlabrechnung gemäß § 19 Abs. 9 des Vertrages entstandenen Verwaltungsaufwand schuldet der FACHARZT der AOK einen pauschalierten Ersatz für den Bearbeitungsaufwand in Höhe von 15 € (Euro) für jeden fehlerhaft gegenüber der Managementgesellschaft abgerechneten Versicherten pro Quartal. Die Managementgesellschaft ist berechtigt, den Anspruch auf Ersatz für den Bearbeitungsaufwand nach Satz 1 für Rechnung der AOK geltend zu machen. Dazu tritt die AOK ihren Anspruch auf Schadensersatz an die Managementgesellschaft ab, soweit dieser zur Aufrechnung mit dem Anspruch auf die Vergütung des FACHARZTES berechtigt ist. Nach Aufrechnung ist die Managementgesellschaft der AOK zur Erstattung des aufgerechneten Betrags verpflichtet. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand entsprechend.

ABSCHNITT IV: ABRECHNUNGSVERFAHREN

I. Abrechnung der vertraglichen Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft

- a) Der FACHARZT ist, unbeschadet der Erfüllung eines Vergütungstatbestandes nach dem vorstehenden Abschnitt I, bei jedem FACHARZT-Patienten-Kontakt verpflichtet, bezogen auf eingeschriebene Versicherte das Leistungsdatum und alle behandlungsrelevanten Diagnosen – sofern gegeben auch unter Einhaltung der Vorgaben der jeweils aktuell geltenden Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich – vollständig und unter Auswahl des spezifischen, endstelligen ICD-10-Codes über die Vertragssoftware zu übermitteln.
- b) Der FACHARZT ist verpflichtet, spätestens 5 Arbeitstage (Zugang bei der Managementgesellschaft) vor Übermittlung der Abrechnung nach diesem Vertrag Änderungen seiner Stammdaten (insbesondere Änderungen seiner Bankverbindung) mittels des Stammdatenblatts gemäß **Anlage 1** an die Managementgesellschaft zu melden. Fristgemäß gemeldete Änderungen werden für den folgenden

Abrechnungsnachweis berücksichtigt. Nach Fristablauf gemeldete Änderungen können erst in der nächsten Abrechnung berücksichtigt werden.

- c) Mit Übersendung des Abrechnungsnachweises wird dem FACHARZT erneut Gelegenheit zur Korrektur seiner auf dem Abrechnungsnachweis genannten Bankverbindung gegeben. Er hat eine solche Korrektur unverzüglich nach Erhalt des Abrechnungsnachweises an die Managementgesellschaft zu melden.
- d) Die Managementgesellschaft kann unter Berücksichtigung kaufmännischer Vorsicht bei ihrer Liquiditätsplanung monatlich pauschalierte Abschlagszahlungen an den FACHARZT auf den vertraglichen Vergütungsanspruch leisten.

II. Abrechnung der Vergütung gegenüber der AOK nach diesem Vertrag

- (1) Die Managementgesellschaft ist gegenüber der AOK verpflichtet, die Vertragsabrechnung des FACHARZTES auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 12** unter Zugrundelegung der in **Anlage 13** enthaltenen Abrechnungsprüfkriterien zu prüfen.
- (2) Die Managementgesellschaft übersendet der AOK nach ihrer Prüfung eine vorläufige Abrechnungsdatei auf Grundlage der Abrechnung des FACHARZTES nach diesem Vertrag zur Prüfung. Die AOK haben eine Prüffrist von 25 Arbeitstagen („Kassen-Prüffrist“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in Anlage 13 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüfen. Ist die AOK der Auffassung, dass die ihr von der Managementgesellschaft übermittelte Abrechnungsdatei nicht den Vorgaben dieser Anlage 12 entspricht, hat sie dies innerhalb der Prüffrist der Managementgesellschaft schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („Rüge“). Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Rüge.
 - a) Erfolgt innerhalb der Kassen-Prüffrist keine Rüge, ist die AOK innerhalb einer Zahlungsfrist von 8 Kalendertagen („**Zahlungsfrist**“) zum Ausgleich des in der AOK-Abrechnung genannten Betrages verpflichtet. Die Zahlungsfrist beginnt mit Ablauf der Prüffrist. Die AOK erhält unbeschadet der Verpflichtung zur Zahlung nach dem vorstehenden Satz über diesen Betrag eine Rechnung. Die nach Ablauf der Prüffrist unbeanstandete AOK-Abrechnung gilt als abgestimmte Kassen-Abrechnung („**abgestimmte Kassen-Abrechnung**“). Hinsichtlich Rückforderungen aufgrund späterer sachlich-rechnerischer Berichtigungen wird die AOK auf das Verfahren nach § 20 Abs. 2 des Vertrages verwiesen.

- b) Erfolgt innerhalb der Kassen-Prüffrist eine Rüge, ist die AOK hinsichtlich des Betrages, der nicht von der Rüge betroffen ist (unbeanstandete Abrechnungspositionen), entsprechend lit. a) zur Zahlung verpflichtet. Sie erhält unbeschadet der Verpflichtung zur Zahlung innerhalb der Zahlungsfrist, die nach Ablauf der Prüffrist beginnt, hinsichtlich des Betrages der unbeanstandeten Abrechnungspositionen eine Rechnung.
- c) Hinsichtlich des gerügten Teils der AOK-Abrechnung überprüft die Managementgesellschaft die Abrechnung unverzüglich erneut. Nach Prüfung übersendet sie der AOK für das Folgequartal eine Rechnung, die entweder auf einer gemäß der Rüge korrigierten Abrechnungsdatei oder der bisherigen Abrechnungsdatei beruht, wenn diese auch nach ihrer erneuten Prüfung fehlerfrei ist. Die Rechnung gilt unbeschadet der Absätze 2 und 4 des § 20 des Vertrages als abgestimmte Kassen-Abrechnung. Die Zahlungsfrist für den sich aus dieser Rechnung ergebenden Teil des Anspruches nach § 20 Abs. 1 des Vertrages läuft ab Zugang dieser Rechnung.
- (4) Die AOK hat ihre Zahlungen auf das von der Managementgesellschaft gegenüber der AOK schriftlich benannte Konto („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Soweit nach Ablauf der Zahlungsfrist kein Zahlungseingang auf dem Abrechnungskonto erfolgt ist, gerät die AOK in Verzug. Der Verzugszins beträgt 8 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz.

Die Geltendmachung eines weiteren Verzugsschadens der Managementgesellschaft bleibt unberührt.

ABSCHNITT V: ANHÄNGE

Die folgenden Anhänge sind Bestandteil dieser **Anlage 12**:

Anhang 1 zu Anlage 12: Diagnosenliste (ICD 10 Kodierungen)

Anhang 2 zu Anlage 12: ELEKTRONISCHE ARZTVERNETZUNG

Anhang 3 zu Anlage 12: Messenger-Lösung im Rahmen der ELEKTRONISCHEN ARZTVERNETZUNG

DIABETOLOGIE			
Vergütungs- position	Versorgungs- und Leistungsinhalte	Praxisbezogene (BSNR) Vergütungsregeln	Betrag
Fachärztliche diabetologische Leistungen			
D2aFA D2aDB	Ersteinstellung von Patienten zur Therapie mittels rtCGM Anamnese, Aufklärung und Einzelberatung zur Therapie mittels rtCGM durch den Arzt und die Diabetesberater/in - Gesprächsinhalte Arzt: Klärung der Indikation und Motivation, Wirkprinzip der Gewebezuckermessung, Grenzen und Möglichkeiten der Methode erläutern, Grundprinzip der Alarmfunktion - Gesprächsinhalte Diabetesberater/in: Demonstration des Sensors, Akzeptanz klären, Möglichkeit der Dokumentation und Auswertung über EDV erläutern und an individuelle Patientenbedürfnisse anpassen, Dokumentation in der Praxis-EDV Verordnung rtCGM-Gerät gem. Anlage 2 bzw. 2a Übergabe und Einweisung zum rtCGM-Gerät Voraussetzung für die Übergabe eines rtCGM-Gerätes ist die ausreichende Einweisung des Versicherten in den Umgang mit dem rtCGM-Gerät bzw. vorhandene Kenntnisse darüber. Kontinuierliche Qualitätssicherung, Dokumentation und Bereitstellung von Daten für das Register gemäß Anlage 2a.	Gesamteinheiten einmalig pro Arzt-Patienten-Beziehung in maximal zwei aufeinander folgenden Quartalen abrechenbar. Abrechenbar in Einheiten á 10 Minuten D2aFA: Max. 30 Min. (3 Einheiten) insgesamt D2aDB: Max. 20 Min. (2 Einheiten) insgesamt D2aFA: Nicht im selben Quartal mit D2bFA, D2bDB, D2d, D3aFA, D3aDB, D3bFA, D3bDB, D3c, D3d, D3e sowie den EBM-Ziffern 03355, 04590 und 13360 abrechenbar. D2aDB: Nicht im selben Quartal mit D2bDB, D2bFA, D2d, D3aDB, D3aFA, D3bDB, D3bFA, D3c, D3d und D3e abrechenbar Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß der Diagnosenliste (Anhang 1 zu Anlage 12). D2aFA: Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. D2aDB: Es ist ein persönlicher Diabetesberater-Patienten-Kontakt erforderlich.	18,50 EUR je Einheit für FA 12 EUR je Einheit für DB

D2bFA D2bDB	Folgebetreuung von Patienten zur Therapie mittels rtCGM Auswertung und Besprechung der Messergebnisse Einzelberatung zur weiteren Therapie mittels rtCGM durch den Arzt und die Diabetesberater/in - Gesprächsinhalte Arzt: Auswertung der elektronischen Daten und Therapieanpassung, Alarmfunktion überprüfen - Gesprächsinhalte Diabetesberater/in: Auslesen des Sensors in das EDV-System, Überprüfung der ärztlichen Anordnung im Alltag, Beantwortung von Fragen, Sichern der Therapieadhärenz, Alarmeinstellung überprüfen, Dokumentation in der Praxis-EDV Verordnung von Hilfsmitteln (Sensoren) gem. Anlage 2 bzw. 2a Voraussetzung für die Übergabe eines rtCGM-Gerätes ist die ausreichende Einweisung des Versicherten in den Umgang mit dem rtCGM-Gerät bzw. vorhandene Kenntnisse darüber. Diese wird im Regelfall durch den vollständigen Besuch aller Schulungseinheiten nachgewiesen Kontinuierliche Qualitätssicherung, Dokumentation und Bereitstellung von Daten für das Register gemäß Anlage 2a.	Abrechenbar persönlich oder telemedizinisch in Einheiten á 10 Minuten D2bFA: Max. 20 Min. (2 Einheiten) je Quartal D2bDB: Max. 20 Min. (2 Einheiten) je Quartal D2bFA: Nicht im selben Quartal abrechenbar mit D2aFA, D2aDB, D2c, D2e, D3aFA, D3aDB, D3bFA, D3bDB, D3c, D3d, D3e sowie den EBM-Ziffern 03355, 04590, 13360 D2bDB: Nicht im selben Quartal abrechenbar mit D2aDB, D2aFA, D2c, D2e, D3aDB, D3aFA, D3bDB, D3bFA, D3c, D3d und D3e Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß der Diagnosenliste (Anhang 1 zu Anlage 12). D2bFA: Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)).	18,50 EUR je Einheit für FA 12 EUR je Einheit für DB
--------------------------------------	--	--	--

D2c	Anleitung zur initialen Selbstanwendung eines rtCGM-Gerätes Anleitung zur initialen Selbstanwendung eines Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung gemäß Anlage 2 bzw. 2a. Die Schulung erfolgt in Gruppen mit bis zu 6 zu schulenden Personen. Die Schulung umfasst insgesamt sechs Einheiten á 90 Minuten. Die Schulung sollte ab Geräteabgabe innerhalb von drei Monaten abgeschlossen sein. Voraussetzung für die Verordnung von Verbrauchsmaterial zu rtCGM-Geräten ist die ausreichende Einweisung des Versicherten in den Umgang mit dem rtCGM-Gerät bzw. vorhandene Kenntnisse darüber. Diese wird im Regelfall durch den vollständigen Besuch aller Schulungseinheiten nachgewiesen. Die Versorgung mit notwendigem Verbrauchsmaterial im Rahmen der Schulung ist von dieser Voraussetzung ausgenommen Es darf nur die Anzahl an Modulen abgerechnet werden, die der Patient tatsächlich besucht hat. Die Teilnahme an jedem Modul ist jeweils durch die Unterschrift des teilnehmenden Versicherten zu dokumentieren. Versicherte, die bereits vor Vertragsbeginn rtCGM angewendet haben, müssen bei Einschreibung in das Modul Diabetes-Technologie nicht erneut geschult werden. Versicherte, die bereits FGM angewandt haben und darin geschult wurden, werden bei einem Wechsel über D2d geschult.	Je Schulungseinheit und Patient Maximal sechs Einheiten innerhalb von zwei aufeinander folgenden Quartalen. Einmalig pro Arzt-Patienten-Beziehung. Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß der Diagnosenliste (Anhang 1 zu Anlage 12). Nicht neben den DMP-Ziffern 99227-99235 am selben Tag abrechenbar. Nicht neben den EBM-Ziffern 03355, 04590 und 13360 im selben Quartal abrechenbar. Nicht neben D2bFA, D2bDB, D2d, D3aFA, D3aDB, D3bFA, D3bDB, D3c, D3d, D3e im selben Quartal abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	40 EUR je Einheit
-------------------	---	---	---------------------------------

D2d	Nachschulung zur Selbstanwendung eines rtCGM-Gerätes Nachschulung zur Selbstanwendung eines Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung gemäß Anlage 2 bzw. 2a. Die Schulung erfolgt in Gruppen mit bis zu 6 zu schulenden Personen. Die Schulung umfasst insgesamt bis zu zwei Einheiten á 90 Minuten.	Je Schulungseinheit und Patient Maximal zwei Einheiten pro Krankheitsfall abrechenbar. Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß der Diagnosenliste (Anhang 1 zu Anlage 12). Nicht neben den DMP-Ziffern 99227-99235 am selben Tag abrechenbar. Nicht neben den EBM-Ziffern 03355, 04590 und 13360 im selben Quartal abrechenbar. Nicht neben D2aFA, D2aDB, D2c, D2e, D3aFA, D3aDB, D3bFA, D3bDB, D3c, D3d und D3e im selben Quartal abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	40 EUR je Einheit
D2e	Sachkostenpauschale Unterrichtsmaterial i. V. m. D2c	Ein Mal pro Arzt-Patienten-Beziehung.	12,50 EUR
D2f	Im-/Explantation und Wechsel eines Eversense® rtCGM-Sensors Ärztliche Leistung inkl. Anamnese, Aufklärung und Beratung zur Therapie mit einem Eversense® rtCGM-Sensor. Beratung und Aufklärung durch Diabetesberater/in.	Maximal einmal pro Quartal abrechenbar. Maximal dreimal im Krankheitsfall abrechenbar. Inkl. Aller Sachkosten (exklusive Sensoren). Nur abrechenbar von FACHÄRZTEN, die ein zertifiziertes Eversense-Zentrum sind (https://www.eversense.de/). Bei Leistungserbringung durch einen Vertragsarzt außerhalb des Facharztvertrages Diabetologie (Zielauftrag zur Durchführung des Eingriffes durch einen FACHARZT an einen Vertragsarzt) erfolgt die Abrechnung der Leistung durch den teilnehmenden FACHARZT. Die Vergütung der Leistung erfolgt ausschließlich über den Facharztvertrag Diabetologie. Die Vergütung des durchführenden Vertragsarztes ist im Binnenverhältnis zwischen FACHARZT und Vertragsarzt zu regeln. Eine privatärztliche Rechnungsstellung an Versicherte ist unzulässig.	95,00 EUR

		Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß der Diagnosenliste (Anhang 1 zu Anlage 12). Nur für Versicherte abrechenbar, die im Zeitraum bis 31.03.2021 (Leistungsdatum) bereits mit einem Eversense® rtCGM-Sensor versorgt wurden.	
D3aFA D3aDB	Ersteinstellung von Patienten zur Therapie mittels CSII Anamnese, Aufklärung und Einzelberatung zur Therapie mittels CSII durch den Arzt und die Diabetesberater/in - Gesprächsinhalte Arzt: Überprüfung der Indikation, Überprüfung der Fähigkeit des Patienten, Aufklärung über die Möglichkeiten und Risiken der Therapie, Berechnung der Basalrate, Festlegung der zu programmierenden Pumpenparameter, Auswahl des Kathetersystems, Festlegung des Insulins - Gesprächsinhalte Diabetesberater/in: Demonstration der Pumpen, Auswahl des geeigneten Gerätes angepasst an die Patientenbedürfnisse, ggf. Probetragen der Pumpe, Rufbereitschaft, Betreuung in der Einstellungsphase, Programmieren der Pumpe, Einbeziehung der Angehörigen, Besprechen von Katheterproblemen, Überprüfung der Schulungsinhalte, Überprüfung der sachgemäßen Anwendung von Pumpe und Katheter Verordnung CSII-Gerät gem. Anlage 2 bzw. 2a Übergabe und Einweisung zum CSII-Gerät	Leistungen einmalig pro Arzt-Patienten-Beziehung in drei aufeinander folgenden Quartalen abrechenbar. Abrechenbar in Einheiten á 10 Minuten D3aFA: Max. 100 Min. (10 Einheiten) insgesamt D3aDB: Max. 200 Min. (20 Einheiten) insgesamt D3aFA: Nicht im selben Quartal abrechenbar mit D2aFA, D2aDB, D2bFA, D2bDB, D2c, D2d, D2e, D3bFA, D3bDB und D3d sowie den DMP-Ziffern 99225 und 99247 D3aDB: Nicht im selben Quartal abrechenbar mit D2aDB, D2aFA, D2bDB, D2bFA, D2c, D2d, D2e, D3bDB, D3bFA und D3d sowie den DMP-Ziffern 99225 und 99247 Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß der Diagnosenliste (Anhang 1 zu Anlage 12). Z96.4 G ist zusätzlich zu kodieren. D3aFA: Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. D3aDB: Es ist ein persönlicher Diabetesberater-Patienten-Kontakt erforderlich.	18,50 EUR je Einheit für FA 12 EUR je Einheit für DB

	Voraussetzung für die Übergabe eines CSII-Gerätes ist die ausreichende Einweisung des Versicherten in den Umgang mit dem CSII-Gerät bzw. vorhandene Kenntnisse darüber. Kontinuierliche Qualitätssicherung, Dokumentation und Bereitstellung von Daten für das Register gemäß Anlage 2a.		
D3bFA D3bDB	Folgebetreuung von Patienten zur Therapie mittels CSII Auswertung und Besprechung der Messergebnisse Einzelberatung zur weiteren Therapie mittels CSII durch den Arzt und die Diabetesberater/in - Gesprächsinhalte Arzt: Auswertung des Pumpenprotokolls, Therapieanpassung, Überprüfung der Therapietreue, Untersuchung der Injektionsstellen - Gesprächsinhalte Diabetesberater/in: Auslesen der Pumpendaten, Besprechung der Dokumentation, Klären von Patientenfragen, Sichern der Therapieadhärenz Verordnung von Hilfsmitteln (Sensoren) gem. Anlage 2 bzw. 2a Voraussetzung für die Verordnung von Verbrauchsmaterial zu CSII-Geräten ist die ausreichende Einweisung des Versicherten in den Umgang mit dem CSII-Gerät bzw. vorhandene Kenntnisse darüber. Die wird im Regelfall durch den vollständigen Besuch aller Schulungseinheiten nachgewiesen. Kontinuierliche Qualitätssicherung, Dokumentation und Bereitstellung von Daten für das Register gemäß Anlage 2a.	Abrechenbar persönlich oder telemedizinisch in Einheiten á 10 Minuten D3bFA: Max. 30 Min (3 Einheiten) pro Quartal D3bDB: Max. 50 Min. (5 Einheiten) pro Quartal D3bFA: Nicht im selben Quartal abrechenbar mit D2aFA, D2aDB, D2bFA, D2bDB, D2c, D2d, D2e, D3aFA, D3aDB, D3c, D3e sowie den DMP-Ziffern 99225 und 99247 D3bDB: Nicht im selben Quartal abrechenbar mit D2aDB, D2aFA, D2bDB, D2bFA, D2c, D2d, D2e, D3aDB, D3aFA, D3c, D3e sowie den DMP-Ziffern 99225 und 99247 Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß der Diagnosenliste (Anhang 1 zu Anlage 12). Z96.4 G ist zusätzlich zu kodieren. D3bFA: Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)).	18,50 EUR je Einheit für FA 12 EUR je Einheit für DB

D3c	Anleitung zur initialen Selbstanwendung einer Insulinpumpe (CSII) Anleitung zur initialen Selbstanwendung einer Insulinpumpe gem. Anlage 2 bzw. 2a. Die Schulung erfolgt in Gruppen mit bis zu 6 zu schulenden Personen. Die Schulung umfasst insgesamt bis zu 12 Einheiten á 90 Minuten. Die Schulung sollte ab Anlage der Insulin-Pumpe innerhalb von sechs Monaten abgeschlossen sein. Voraussetzung für die Verordnung von Verbrauchsmaterial zu CSII ist die ausreichende Einweisung des Versicherten in den Umgang mit dem CSII-Gerät bzw. vorhandene Kenntnisse darüber. Die wird im Regelfall durch den vollständigen Besuch aller Schulungseinheiten nachgewiesen. Die Versorgung mit notwendigem Verbrauchsmaterial im Rahmen der Schulung ist von dieser Voraussetzung ausgenommen. Es darf nur die Anzahl an Modulen abgerechnet werden, die der Patient tatsächlich besucht hat. Die Teilnahme an jedem Modul ist jeweils durch die Unterschrift des teilnehmenden Versicherten zu dokumentieren. Versicherte, die bereits vor Vertragsbeginn CSII angewendet haben, müssen bei Einschreibung in das Modul Diabetes-Technologie nicht erneut geschult werden.	Je Schulungseinheit und Patient Maximal 12 Einheiten innerhalb von 3 aufeinander folgenden Quartalen. Einmal pro Arzt-Patienten-Beziehung. Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß der Diagnosenliste (Anhang 1 zu Anlage 12). Z96.4 G ist zusätzlich zu kodieren. Nicht neben den DMP-Ziffern 99225 und 99247 im selben Quartal abrechenbar. Nicht neben den Ziffern D2aFA, D2aDB, D2bFA, D2bDB, D2c, D2d, D2e, D3bFA, D3bDB und D3d im selben Quartal abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	40 EUR je Einheit
-------------------	--	---	---------------------------------

D3d	Nachschulung zur Selbstanwendung einer Insulinpumpe (CSII) Nachschulung zur Selbstanwendung einer Insulinpumpe gemäß Anlage 2 bzw. 2a. Die Schulung erfolgt in Gruppen mit bis zu 6 zu schulenden Personen. Die Schulung umfasst insgesamt bis zu zwei Einheiten á 90 Minuten.	Je Schulungseinheit und Patient Maximal zwei Einheiten pro Krankheitsfall abrechenbar. Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß der Diagnosenliste (Anhang 1 zu Anlage 12). Z96.4 G ist zusätzlich zu kodieren Nicht neben der DMP-Ziffern 99225 und 99247 im selben Krankheitsfall abrechenbar. Nicht neben den Ziffern D2aFA, D2aDB, D2bFA, D2bDB, D2c, D2d, D2e, D3aFA, D3aDB, D3c und D3e im selben Quartal abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	40 EUR je Einheit
D3e	Sachkostenpauschale Unterrichtsmaterial i. V. m. D3c	Einmal pro Arzt-Patienten-Beziehung.	12,50 EUR
D3fDB	Komplexitätszuschlag für Diabetesberater/innen zur Folgebetreuung von Patienten mittels CSII in Kombination mit rtCGM/FGM Der Versorgungs- und Leistungsinhalt ergibt sich aus den Vergütungsziffern D3bDB in Kombination mit D1bDB und/oder D2bDB	Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß der Diagnosenliste (Anhang 1 zu Anlage 12). Z96.4 G ist zusätzlich zu kodieren. Nur abrechenbar bei Patienten, die parallel zu einer Insulinpumpe (Code: Z96.4 G) auch mit einem rtCGM- und/oder FGM-Gerät ausgestattet sind. D3fDB: Nur additiv zu den Positionen D3bDB und/oder D3bFA abrechenbar. Max. 10 Min. (1 Einheit) pro Quartal	10 EUR je Einheit für DB

Fachärztliche diabetologische Leistungen bei Gestationsdiabetes			
D4	Gestationsdiabeteskomplex Diabetesberater/in Anamnese, Kooperation mit Gynäkologen, Aufklärung und Beratung zur Therapie bei Gestationsdiabetes durch die Diabetesberater/in - Gesprächsinhalte Diabetesberater/in: Erstellung eines individuellen Ernährungsplans, Erlernen der BZ-Selbstkontrolle und Dokumentation, Erklären der Grenzwerte, Rufbereitschaft, Individualschulung (2 x 45 min), Ketonmessung im Urin	Gesamteinheiten persönlich oder telemedizinisch einmalig pro Arzt-Patienten-Beziehung und pro Schwangerschaft in maximal drei aufeinander folgenden Quartalen abrechenbar. Abrechenbar in Einheiten á 10 Minuten Maximal 150 Minuten (15 Einheiten) insgesamt Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß der Diagnosenliste (Anhang 1 zu Anlage 12).	10 EUR je Einheit für DB
D5	Gestationsdiabeteskomplex Diabetologe/in Ersts Schulung und Beratung durch den FACHARZT inkl. Schulungsmaterial, Folgeschulung und Verlaufskontrolle, Überprüfung der Messergebnisse und Befunde, Anpassung individueller Therapiemaßnahmen	Einmalig pro Arzt-Patienten-Beziehung pro Schwangerschaft abrechenbar. Diese Leistung ist vom FACHARZT persönlich oder telemedizinisch zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß der Diagnosenliste (Anhang 1 zu Anlage 12). Nicht abrechenbar bei Versicherten, die an einem Disease Management Programm (DMP) für Diabetes mellitus Typ 1 oder 2 teilnehmen. Nur abrechenbar von Ärzten mit der Genehmigung für die Betreuung von Typ-1-Diabetikerinnen mit Kinderwunsch oder bestehender Schwangerschaft. Eine parallele privatärztliche Rechnungsstellung ist unzulässig, soweit die Leistungen nach den Regelungen dieses Vertrages abrechenbar sind.	80 EUR

Elektronische Arztvernetzung			
EAVP	Pauschale elektronische Arztvernetzung Umsetzung der Fachanwendungen zur elektronischen Arztvernetzung gem. Anhang 2 zu Anlage 12	Der Zuschlag wird automatisch einmal pro Quartal je LANR vergütet, sofern eine aktive Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung gem. Anhang 2 zu Anlage 12 und die Teilnahmebestätigung zur Elektronischen Arztvernetzung vorliegen sowie alle technischen Voraussetzungen der Teilnahme (Software, gültige Zertifikate) erfüllt sind. Der Zuschlag erfolgt ab dem Quartal, in dem die Teilnahmebestätigung an der Elektronischen Arztvernetzung ausgestellt wird. Im Falle einer parallelen Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V der AOK Baden-Württemberg (HZV/AOK-HausarztProgramm) und gleichzeitiger Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung in beiden Verträgen, erfolgt der Zuschlag über die HZV. Eine Abrechnung über den Facharztvertrag Diabetologie ist in diesem Falle ausgeschlossen. Im Falle einer Teilnahme einer LANR an mehreren Facharztverträgen gem. § 140a SGB V der AOK Baden-Württemberg (AOK-FacharztProgramm), wird der Zuschlag insgesamt ebenfalls nur einmal ausbezahlt.	250 EUR

Fachärztliche diabetologische Leistungen bei Diabetischem Fußsyndrom Nachfolgende Leistungen können ausschließlich von an diesem Vertrag teilnehmenden FACHÄRZTEN abgerechnet werden, die zusätzlich die Voraussetzungen zur Versorgung des Diabetischen Fußsyndroms gem. Anlage 2b erfüllen.			
DFUEW	Überweisungszuschlag zur fachärztlichen Behandlung bei Diabetischem Fußsyndrom	Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern • eine Überweisung vom HAUSARZT vorliegt. • mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) Nur additiv zu DFU1 oder DFU2 abrechenbar.	10 EUR
DFU1	Behandlungskomplex Ulcus/Ulcera bei Wagner Stadium 1 und 2 Behandlung eines Diabetischen Fußsyndroms mit Ulcus/Ulcera (Wagner-Klassifikation 1 oder 2) entsprechend der ärztlichen Leistungsinhalte nach Anlagen 2b und 17.	Abrechenbar in Einheiten á 10 Minuten. Nur abrechenbar bei Vorliegen eines Arzt-Patienten-Kontaktes. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. Maximal 40 Minuten (4 Einheiten) pro Quartal abrechenbar. Maximal eine Einheit pro Tag abrechenbar. Nicht neben den EBM-Ziffern 02311 und 02312 im selben Quartal abrechenbar. Nicht neben DFU2 im selben Quartal abrechenbar. Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß der Diagnosenliste (Anhang 1 zu Anlage 12).	10 EUR je Einheit

DFU2	Behandlungskomplex Ulcus/Ulcera bei Wagner-Stadium 3 und höher bzw. Charcot-Fuß Behandlung eines Diabetischen Fußsyndroms mit Ulcus/Ulcera (Wagner-Klassifikation 3 oder höher) oder/und eines Charcot-Fußes entsprechend der ärztlichen Leistungsinhalte nach Anlagen 2b und 17.	Abrechenbar in Einheiten á 10 Minuten. Nur abrechenbar bei Vorliegen eines Arzt-Patienten-Kontaktes. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich Maximal 40 Minuten (4 Einheiten) pro Quartal abrechenbar. Maximal eine Einheit pro Tag abrechenbar. Nicht neben den EBM-Ziffern 02311 und 02312 im selben Quartal abrechenbar. Nicht neben DFU1 im selben Quartal abrechenbar. Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß der Diagnosenliste (Anhang 1 zu Anlage 12).	10 EUR je Einheit
DFUV	Behandlungskomplex Verbandwechsel/Wund-dokumentation/Fotodokumentation Behandlung eines Diabetischen Fußsyndroms mit Ulcus/Ulcera entsprechend der Leistungsinhalte einer/s Wundassistenten/in nach Anlagen 2b und 17.	Abrechenbar in Einheiten. Eine Einheit entspricht einem Verbandwechsel. Nur abrechenbar bei Vorliegen eines Arzt-Patienten-Kontaktes mit Verbandwechsel und Wund-/Fotodokumentation. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. Maximal 12 Einheiten pro Quartal abrechenbar. Nicht neben den EBM-Ziffern 02311 und 02312 im selben Quartal abrechenbar. Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß der Diagnosenliste (Anhang 1 zu Anlage 12). Inkl. aller Sachkosten (Ausnahme: Verbandmittel).	20 EUR je Einheit

DFUM	Zuschlag zu Behandlungskomplex Verbandwechsel/Wunddokumentation/Fotodokumentation DFUV bei multiresistenten Keimen Behandlung eines Diabetischen Fußsyndroms mit Ulcus/Ulcera und multiresistenten Keimen entsprechend der Leistungsinhalte nach Anlagen 2b und 17.	Abrechenbar in Einheiten. Eine Einheit entspricht einem Verbandwechsel. Nur abrechenbar bei Vorliegen eines Arzt-Patienten-Kontaktes mit Verbandwechsel und Wund-/Fotodokumentation. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. Nur additiv zu Vergütungsziffer DFUV am selben Tag abrechenbar. Inkl. aller Sachkosten (Ausnahme: Verbandmittel). Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß der Diagnosenliste (Anhang 1 zu Anlage 12).	15 EUR je Einheit
--------------------	--	---	---------------------------------

Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Die Managementgesellschaft prüft die Abrechnung des FACHARZTES auf Vertragsmäßigkeit und Plausibilität (§§ 19, 20 des Vertrages, **Anlage 12**) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen (ordnungsgemäße Dokumentation über und gemäß den Vorgaben der Vertragssoftware). Zusätzlich führt die AOK eine solche Prüfung anhand der AOK-Abrechnung der Managementgesellschaft durch.
- (2) Die Prüfung erfolgt **insbesondere** anhand der folgenden Daten:
 - a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme am Vertrag;
 - b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Leistungen und der Zuschläge (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);
 - c) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;
 - d) Angabe der erforderlichen Diagnosendokumentation gemäß ICD 10 (endstellig, korrekt, aktuell);
- (3) Der Umfang der von der Managementgesellschaft zum Zwecke der Prüfung der AOK gemäß § 20 des Vertrages i.V.m. Anlage 12 übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelten Daten.
- (4) Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den FACHARZT über die Vertragssoftware nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand (**Anlage 10**) übermittelten Dokumentation.
- (5) Die Managementgesellschaft erfasst die nach ihrer Prüfung und der Prüfung der AOK gesetzlich und vertraglich im Sinne der vorstehenden Absätze ordnungsgemäß erbrachten Leistungen in einem dem FACHARZT übersandten Abrechnungsnachweis (§ 19 Abs. 5 des Vertrages). Zu Einzelheiten der Prüfung und Versendung des Abrechnungsnachweises sowie zu möglichen Abrechnungskorrekturen wird auf das in den §§ 19, 20 des Vertrages und **Anlage 12** ABSCHNITTE III und IV niedergelegte Verfahren verwiesen.
- (6) Die Managementgesellschaft und die AOK unterrichten sich wechselseitig unverzüglich über auffällige Abrechnungen von FACHÄRZTEN.

- (7) Wenn die Prüfungen gemäß Ziffer 2 Auffälligkeiten ergeben, kann neben der vertraglich vorgesehenen Abrechnungskorrektur das Verfahren nach **Anlage 15** Anwendung finden.
- (8) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe von § 19 Abs. 2 des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

Prüfwesen

Abschnitt I: Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung

- (1) Die AOK prüft die Abrechnungen der FACHÄRZTE über die Abrechnungsprüfkriterien der **Anlage 13** im Rahmen der Prüfung der AOK-Abrechnung (§ 20 Abs. 1 des Vertrages) hinaus insbesondere hinsichtlich
 - a) des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht;
 - b) der Plausibilität von Art und Umfang der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen, auch in Bezug auf die angegebene Diagnose;
 - c) der Plausibilität der Zahl der von eingeschriebenen Versicherten in Anspruch genommenen FACHÄRZTE und sonstigen Ärzten und der dabei abgerechneten Leistungen durch Überprüfung der FACHARZT-Abrechnung und der Abrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg auf Grundlage der ihr insoweit über die aus der Umsetzung des Vertrags hinaus vorliegenden Daten;
 - d) der Plausibilität von Verordnungen im Rahmen dieses Vertrags – auch in Verbindung mit Verordnungen aus der kollektivvertraglichen Versorgung soweit davon eingeschriebene Versicherte betroffen sind.
- (2) Die AOK kann (z. B. über Versichertenbefragungen) auch die Leistungserbringung der FACHÄRZTE hinsichtlich der Leistungsqualität (z.B. die grundsätzliche Einhaltung von Behandlungsleitlinien gemäß **Anlage 2**) sowie die Einhaltung der sonstigen vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere gemäß § 5 des Vertrages (z.B. werktägliche Sprechstunde, Abendsprechstunde) überprüfen.
- (3) Durch das Verfahren nach den vorstehenden Absätzen 1 und 2 soll die gesetzeskonforme, vertragsgemäße, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung sichergestellt werden. Unnötiger bürokratischer Prüfaufwand soll vermieden werden.
- (4) Die AOK unterrichtet die Managementgesellschaft über die Durchführung der Prüfungen gemäß den vorstehenden Absätzen 1 und 2 und deren Ergebnisse, soweit sie diesen Vertrag betreffen.
- (5) Wenn die Prüfungen gemäß Absatz 1 Auffälligkeiten ergeben, die diesen Vertrag betreffen, kann die Managementgesellschaft den betroffenen FACHARZT zu einer schriftlichen Stellungnahme auffordern. Lassen sich die Auffälligkeiten durch die schriftliche Stellungnahme nicht vollständig ausräumen oder wird eine Stellungnahme nicht innerhalb angemessener Frist vorgelegt, führt die Managementgesellschaft in der

Regel mit dem FACHARZT ein Gespräch (telefonisch oder persönlich). Der FACHARZT ist verpflichtet, an diesem Gespräch teilzunehmen. Das Gespräch dient dazu, die durch die Prüfung entstandenen Auffälligkeiten soweit möglich auszuräumen. Seitens der Managementgesellschaft kann mit Zustimmung des FACHARZTES ein von D BW eG, MEDI Baden-Württemberg e.V. und/oder von der AOK vorgeschlagener Arzt/eine Ärztin oder ein sonstiger Mitarbeiter der AOK hinzugezogen werden. Der FACHARZT kann einen Beistand, maximal 2 Personen, hinzuziehen. Für Prüfungen gemäß Abs. 1 lit. d) kann die Managementgesellschaft darüber hinaus auch FACHÄRZTE beauftragen, einen FACHARZT, der gemäß Abs. 1 auffällig ist, hinsichtlich der Klärung von Auffälligkeiten persönlich oder telefonisch zu kontaktieren. Sowohl die Managementgesellschaft als auch die von der Managementgesellschaft beauftragten FACHÄRZTE erhalten von der AOK zur Erfüllung ihrer Aufgabe die Adressen des betreffenden FACHARZTES, der gemäß Abs. 1 auffällig wurde, mitgeteilt. Zur Identifizierung der konkreten Fälle erhalten die Managementgesellschaft und die beauftragten FACHÄRZTE neben dem Sachverhalt und Zeitraum das Geburtsjahr und das Geschlechtsmerkmal des betroffenen, eingeschriebenen Versicherten mitgeteilt.

- (6) Lassen sich die Auffälligkeiten durch das Gespräch nach Absatz 5 und eine Abrechnungskorrektur durch die Managementgesellschaft nicht klären bzw. beseitigen (§ 19 Abs. 5 bzw. Abs. 9 des Vertrages), erfolgt die Abstimmung von im Einzelfall angemessenen Maßnahmen (z.B. Hinweise, Beratungen) im Abrechnungsgremium. Das Abrechnungsgremium setzt sich aus jeweils zwei Vertretern der Managementgesellschaft und der AOK zusammen. Unbeschadet des vorstehenden Satzes kann die Managementgesellschaft rechtliche Schritte gemäß § 8 Absatz 4 des Vertrages einleiten (Abmahnung bis hin zur fristlosen Kündigung).
- (7) Falls nach Durchführung des Verfahrens gemäß Ziffern 5 und 6 konkrete Anhaltspunkte für schwerwiegende Verstöße gegen den Vertrag bestehen, die nicht ausgeräumt werden können, kann die AOK in begründeten Einzelfällen als ultima ratio Schweigepflichtentbindungserklärungen von den betroffenen Patienten einholen und entsprechende Einsicht in die Patientenakten nehmen oder Patienten befragen. Dem FACHARZT wird vor einer solchen Maßnahme erneut Gelegenheit zur Stellungnahme innerhalb einer Frist von mindestens 6 Wochen gegeben.
- (8) Die AOK kann, sofern dazu Veranlassung besteht, die Managementgesellschaft zu einer gezielten Abrechnungsprüfung hinsichtlich einzelner Abrechnungsprüfkriterien gemäß **Anlage 13** auffordern. Die Managementgesellschaft kann, sofern dazu Veranlassung besteht, die AOK zu Prüfungen nach dieser **Anlage 15** auffordern.
- (9) Die Prüfungen gemäß dieser Anlage können im Auftrag der AOK auch durch Auftragnehmer im Sinne des § 80 SGB X durchgeführt werden.

- (10) Eine sachlich-rechnerische Richtigstellung nach § 19 Abs. 5. bzw. 9 des Vertrages bleibt von Maßnahmen nach dieser Anlage 15 unberührt.
- (11) **Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass das Prüfwesen fortzuschreiben und an aktuelle Entwicklungen anzupassen ist.** Zur näheren Ausgestaltung des Prüfverfahrens wird der Beirat Verfahrensregelungen im Einzelnen vorschlagen.

Abschnitt II: Verhältnis zu § 106

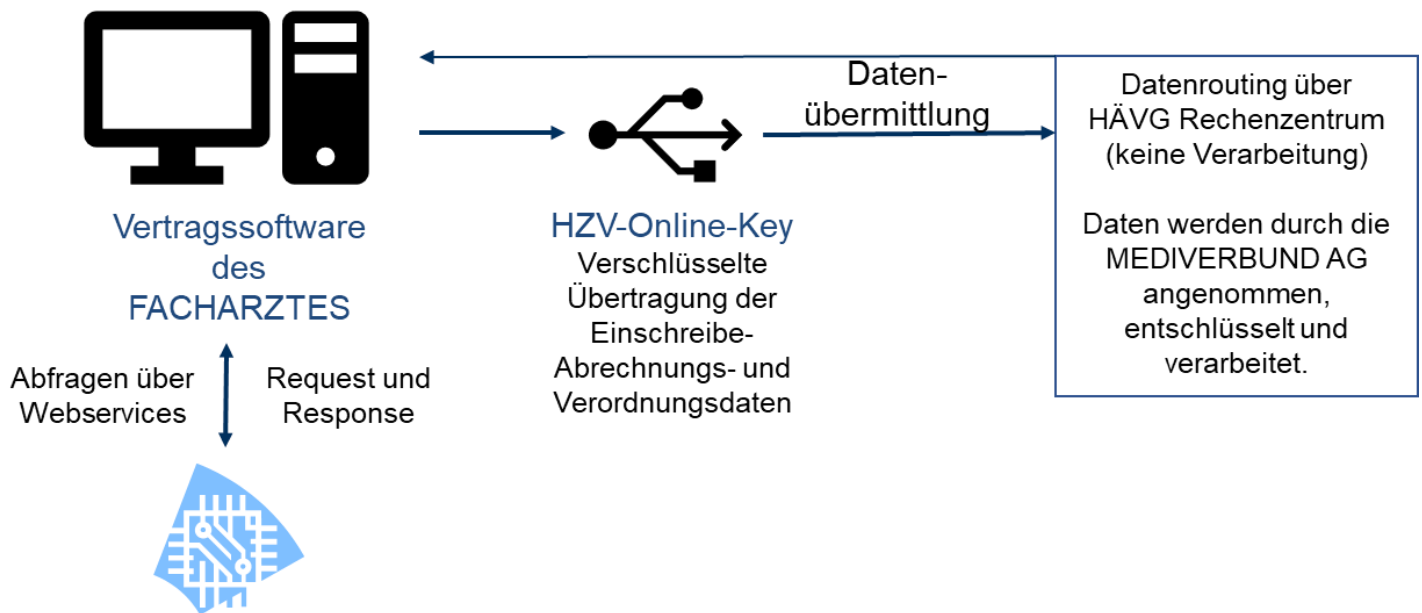
- (1) § 106 SGB V bleibt im Übrigen unberührt.
- (2) Wird im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß §§ 106 SGB V und 106b SGB V von der Gemeinsamen Prüfungsstelle oder vom Gemeinsamen Beschwerdeausschuss ein rechtskräftiger Bescheid ausgestellt, ist MEDIVERBUND verpflichtet im Auftrag der AOK, den Anteil der Nachforderung, der auf die selektivvertragliche Versorgung nach diesem VERTRAG entfällt, bei dem FACHARZT einzufordern. Für die Fälle in denen FACHÄRZTE einer Verrechnung mit den Honorarzahlen zustimmen, muss MEDIVERBUND eine Verrechnung vornehmen und den Zahlungseingang sicherstellen. Eine Ratenzahlung ist auf max. 5 Monate begrenzt. Der FACHARZT wird über den festgesetzten Betrag durch ein Rechnungsstellungsverfahren in Kenntnis gesetzt. FACHÄRZTE ohne Honorarauszahlungen, z.B. aufgrund der Beendigung der Vertragsteilnahme oder Insolvenz, sind von der Regelung ausgeschlossen. Der Einzug wird in diesen Fällen von der AOK übernommen. Zudem erfolgt bei Regressforderungen über 15.000 € der Regresseinzug direkt durch die AOK. Gleiches gilt für FACHÄRZTE, die einer Aufrechnung/Verrechnung mit den Abschlags- bzw. Restzahlungen widersprechen.

Datenschutz

Datenübermittlung

I. Schaubild der Datenübermittlung

Übermittlung der Einschreibe- und Abrechnungsdaten vom FACHARZT an die Managementgesellschaft:



HÄVG-Prüfmodul

Das HÄVG-Prüfmodul ist ein durch die Vertragssoftware der Selektivvertragspartner genutztes Modul, auf dem dieser Facharztvertrag aufsetzt, und enthält:

- Algorithmus zur Arzneimittelsubstitution (Rabattverträge)
- Vertragliche und abrechnungsrelevante Plausibilitätsprüfungen
- Verschlüsselung der Daten

II. Datenübermittlung vom FACHARZT an die Managementgesellschaft gem. § 295a Abs. 2 SGB V:

- Informationen über den abrechnenden Arzt (BSNR, LANR, MEDIVERBUND-ID, ggf. akademischer Grad, Vorname, Name, Straße, PLZ, Ort, ggf. Telefon und Fax)
- Informationen zur verwendeten Software (KV- Prüfnummer, System-ID, Name der Software, Version, Ansprechpartner des Softwarehauses mit Kontaktdaten)
- Informationen zum HÄVG-Prüfmodul (HÄVG-Prüfmodul-ID, Name, Version, Ansprechpartner des Softwarehauses mit Kontaktdaten)
- Identifikator für den Facharztvertrag

- Angaben zum abzurechnenden Versicherten (Versicherten-ID, Vorname, Name, Straße, PLZ, Ort, Geburtsdatum, Geschlecht, Kassen-IK, Versichertennummer und Status)
- Abrechnungsrelevante Daten (Art der Inanspruchnahme, Abrechnungsziffern, Diagnosen-Text, Diagnosen-Code, Art der Diagnosen, Behandlungsdatum, verwendete ICD-Version, Seitenlokalisierung, Diagnosesicherheit)
- LANR und BSNR des überweisenden Arztes
- ggf. Informationen zu Stellvertretern (LANR, BSNR, MEDIVERBUND-ID, ggf. akademischer Grad, Vorname, Name)
- Informationen zur Weiterüberweisung (Überweisungsdatum, Quartal, Geschlecht, Überweisung an, Überweisungsart, Auftragsart, Unfallkennzeichen)
- Hinweise zur Medikamentenverordnung (Aut idem, Anzahl, PZN, ATC, Preis, Gebührenpflicht, Begründungspflicht, Impfstoff, Sprechstundenbedarf, Verordnungszeitpunkt, Freitext)

III. Datenübermittlung von der Managementgesellschaft an die AOK

- Informationen über den abrechnenden Arzt (LANR, BSNR, MEDIVERBUND-ID, ggf. akademischer Grad, Vorname, Name, LANR und BSNR des überweisenden Arztes)
- Angaben zum abzurechnenden Versicherten (Versicherten-ID, Vorname, Name, Versichertennummer, Kassen-IK, Status, Geschlecht, Abrechnungsziffern, präventive bzw. kurative Behandlungsfälle, ICD-10 Diagnosen, OPS, Behandlungsdatum, Art der Inanspruchnahme)

IV. Datenschutzvereinbarungen zwischen der Managementgesellschaft, der AOK und teilnehmenden FACHÄRZTEN

Die Zusammenarbeit der Parteien nach Maßgabe des Facharztvertrages bringt es mit sich, dass die Managementgesellschaft, die AOK und die teilnehmenden FACHÄRZTE gemeinsam über die Zwecke und/oder Mittel im Bereich der Verarbeitung von Versichertendaten im Rahmen der Versicherteneinschreibung gem. § 4 des Facharztvertrages und der Abrechnung gem. Abschnitt V des Facharztvertrages bestimmen und durch ihre Zusammenarbeit als gemeinsame Verantwortliche iSv Art. 26 iVm Art. 4 Nr. 7 DSGVO agieren. Dementsprechend regeln die Parteien nachfolgend ihre datenschutzrechtlichen Rechte und Pflichten in Bezug auf die gemeinsame Verarbeitung der Versichertendaten i.S.d. Art. 26 DSGVO.

1. Zweck der Verarbeitung:

- (1) Die Verarbeitung von Daten ist der Managementgesellschaft, der AOK und den teilnehmenden FACHÄRZTEN nur zum Zweck der Erfüllung des Facharztvertrages und nach Maßgabe der datenschutzrechtlichen Vorschriften gestattet. Die Daten und die daraus erzielten Verarbeitungsergebnisse werden ausschließlich für die Erfüllung und nach den vereinbarten Vorgaben des Vertrages verwendet. Die Managementgesellschaft und die AOK legen die Inhalte des Facharztvertrages gemeinsam fest.
- (2) Die Parteien bewahren die verarbeiteten Daten jeweils im eigenen Zuständigkeitsbereich unter Verschluss bzw. unter Einsatz entsprechender technischer Mittel vor unbefugtem Zugriff gesichert und nur solange auf, wie es für die Erfüllung der genannten Leistungen erforderlich ist, es sei denn, zwingende gesetzliche Vorschriften sehen eine entsprechend längere Aufbewahrungsfrist vor. Für die Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen ist jede Partei selbst verantwortlich.
- (3) Der Umfang und Inhalt der von den Versicherten im Rahmen der besonderen Versorgung verarbeiteten Daten ergeben sich aus §§ 140a, 295 und 295a SGB V i.V.m. dem Facharztvertrag.

2. Informationspflichten gegenüber den Versicherten gem. Art. 13 DSGVO

- (1) Die Informationspflichten nach Artikel 13 DSGVO gegenüber dem teilnehmenden Versicherten werden vom HAUSARZT/FACHARZT erfüllt. Die Versicherten werden vom HAUSARZT/FACHARZT mit der Teilnahmeerklärung und dem dazugehörigen Merkblatt über die erforderlichen Informationen und die wesentlichen Inhalte der Vereinbarung gem. Art. 26 DSGVO in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form unentgeltlich informiert.
- (2) Die Managementgesellschaft und die AOK legen gemeinsam den Inhalt und die Formulierung dieser Informationen im Einzelnen fest.

3. Wahrnehmung sonstiger Betroffenenrechte der Versicherten gem. Art. 15 ff. DSGVO

Für die Erfüllung der Betroffenenrechte der Versicherten nach Art. 15 ff. ist die AOK verantwortlich. Ungeachtet dessen, sind sich die Parteien einig, dass sich betroffene Personen zwecks Wahrnehmung ihrer Betroffenenrechte an alle Parteien wenden können. In diesem Fall wird die jeweils andere Partei das Ersuchen an die zuständige Partei unverzüglich weiterleiten. Näheres hierzu regeln die Teilnahmeerklärungen und Merkblätter der Versicherten gem. Anlage 7.

4. Datensicherheit

Jede Partei trägt im Rahmen ihres Verantwortungsbereiches die Gewähr dafür, dass die in Art. 32 DSGVO genannten technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit getroffen worden sind und eingehalten werden.

5. Vorgehen bei Datenschutzverletzungen/Kommunikation mit Aufsichtsbehörden

- (1) Für die Prüfung und Bearbeitung aller Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten, einschließlich der Erfüllung deshalb bestehender Meldepflichten gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde (Art. 33 DSGVO) bzw. den Betroffenen (Art. 34 DSGVO) ist jede Partei selbst zuständig.
- (2) Die Managementgesellschaft und die AOK unterrichten sich gegenseitig unverzüglich über den Verdacht auf Datenschutzverletzungen oder andere Unregelmäßigkeiten bei der Datenverarbeitung und bei Störungen des Verarbeitungsablaufs.

6. Haftung

- (1) Die Parteien haften gegenüber den Betroffenen nach Art. 82 DSGVO.
- (2) Die Managementgesellschaft, die AOK und die FACHÄRZTE haften nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen für Schäden, die infolge eines schuldhaften Verstoßes gegen die Datenschutzbestimmungen und/oder durch die schuldhafte Verletzung dieser Vereinbarungen entstehen. Eine Partei, die von Dritten oder einer weiteren Partei im Zusammenhang mit der Verletzung von gesetzlichen und vertraglichen Datenschutzbestimmungen in Anspruch genommen wird, hat gegen die Partei, in deren Verantwortungsbereich gemäß der Zuordnung der Verantwortung für die Datenverarbeitung die Einhaltung der verletzten Datenschutzvorschriften fällt, einen Anspruch auf Freistellung von sämtlichen dieser Ansprüche.
- (3) Im Innenverhältnis haften die Parteien einander nur für ihren Anteil an der haftungsauslösenden Ursache. Nummer 6 Absatz 2 Satz1 gilt entsprechend im Falle einer gegen eine Partei wegen eines Verstoßes gegen Datenschutzvorschriften verhängten Geldbuße, sofern die mit der Geldbuße belegte Partei die Rechtsmittel gegen den Bußgeldbescheid ausgeschöpft hat. Bleibt eine Partei mit einer Geldbuße belastet, die nicht ihrem Verantwortungsanteil an dem Verstoß entspricht, ist die jeweils andere Partei verpflichtet, sie von der Geldbuße in dem Umfang freizustellen, in dem sie die Verantwortung für den sanktionierten Verstoß trägt. Ungeachtet dessen bleibt durch diesen Vertrag die volle Eigenverantwortung der Parteien gegenüber Betroffenen unberührt (Art. 26 Abs. 3 DSGVO).

7. Sonstige Pflichten

- (1) Die Parteien werden alle mit der Datenverarbeitung beschäftigten Personen schriftlich zur Vertraulichkeit im Hinblick auf die Daten verpflichtet.

- (2) Jede Partei führt für sich ein eigenes Verzeichnis zu allen Kategorien von in gemeinsamer Verantwortung durchgeführten Tätigkeiten der Verarbeitung, das alle Angaben nach Art. 30 Abs. 2 DSGVO enthält.
- (3) Sofern und solange die gesetzlichen Voraussetzungen gegeben sind, bestellt jede Partei selbst einen fachkundigen und zuverlässigen Datenschutzbeauftragten gemäß Art. 37 DSGVO.

V. Datenschutzvereinbarungen zwischen der Managementgesellschaft und der AOK

- (1) Die Managementgesellschaft und die AOK verarbeiten über den Regelungsbe-
reich von **Ziffer III** hinaus im Rahmen des HZV-Vertrages gemeinsam die Daten
der teilnehmenden FACHÄRZTE gemäß den Bestimmungen von **Abschnitt IV
des Facharztvertrages**. Nachfolgend regeln die Managementgesellschaft und die
AOK ihre datenschutzrechtlichen Rechte und Pflichten in Bezug auf die gemein-
same Verarbeitung der Daten i.S.d. Art 26 DSGVO in diesem Verarbeitungsbe-
reich.
- (2) Die Managementgesellschaft und die AOK sind verpflichtet für ihren Zuständig-
keitsbereich den Datenverarbeitungsablauf lückenlos und soweit technisch mög-
lich revisionssicher zu dokumentieren. Die entsprechende Dokumentation ist für
einen Zeitraum von 12 Monaten vorzuhalten und bei Bedarf der Managementge-
sellschaft und der AOK vorzulegen.
- (3) Die Managementgesellschaft und die AOK sind nur berechtigt, die Daten im Gel-
tungsbereich des Sozialgesetzbuches oder eines Mitgliedsstaates der EU oder ei-
nes anderen Vertragsstaates des Abkommens über den EWR zu verarbeiten.

1. Informationspflichten gegenüber den FACHÄRZTEN gem. Art. 13 DSGVO

- (1) Die Informationspflichten nach Artikel 13 DSGVO gegenüber dem teilnehmenden
FACHARZT werden von der Managementgesellschaft erfüllt. Der FACHARZT wird
von der Managementgesellschaft im Rahmen der Teilnahmeerklärung der Ärzte
(Anhang zu Anlage 1) sowie dieser Anlage 16 (Ziffer VI) über die erforderlichen
Informationen und die wesentlichen Inhalte der Vereinbarung gem. Art. 26 DSGVO
in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form unentgelt-
lich informiert.

2. Wahrnehmung sonstiger Betroffenenrechte der FACHÄRZTE gem. Art. 15 ff. DSGVO

Für die Erfüllung der Betroffenenrechte der FACHÄRZTE nach Art. 15 ff. ist die
Managementgesellschaft verantwortlich. Ungeachtet dessen, sind sich die Par-
teien einig, dass sich betroffene Personen zwecks Wahrnehmung ihrer Betroffe-
nenrechte an alle Parteien wenden können. In diesem Fall wird die jeweils andere
Partei das Ersuchen an die zuständige Partei unverzüglich weiterleiten. Näheres
hierzu regeln die Teilnahmeerklärungen und Merkblätter der Versicherten gem.

3. Verpflichtung auf das Sozialgeheimnis

Die Managementgesellschaft und die AOK sind verpflichtet, für die vertragsgemäße Datenverarbeitung nur Personen einzusetzen, die auf das Sozialgeheimnis gem. § 35 SGB I verpflichtet sind. Ferner stellen sie sicher, dass das von ihnen eingesetzte Personal im Sinne der Datenschutzvorschriften ausreichend informiert, angewiesen und auf die Vertraulichkeit verpflichtet wurde.

4. Sonstige Rechte und Pflichten

- (1) Die nach der DSGVO, dem BDSG oder anderen Regelungen im Sozialgesetzbuch erforderlichen Meldungen über die Datenverarbeitung an die zuständigen Aufsichtsbehörden nehmen die Managementgesellschaft und die AOK in eigener Zuständigkeit wahr.
- (2) Änderungen und Nebenabreden zu dieser Datenschutzanlage bedürfen der Schriftform und sind von allen Vertragsparteien zu unterschreiben. Mögliche Auftragnehmer der Managementgesellschaft und/oder der AOK müssen auch nach dem im Vertrag genannten Vertragsende hinsichtlich der im Rahmen der Abwicklung der vertraglich vereinbarten Leistungen verarbeiteten Daten zur Geheimhaltung verpflichtet werden. Die Managementgesellschaft und die AOK unterliegen entsprechend der Geheimhaltungspflicht.
- (3) Die Verletzung von gesetzlichen oder vertraglichen Datenschutzbestimmungen durch eine Partei ist stets ein wichtiger Grund für die Managementgesellschaft und die AOK zur außerordentlichen Kündigung des Vertrages. Dies gilt auch, wenn ein Auftragnehmer gegen gesetzliche oder vertragliche Datenschutzbestimmungen verstößt und dieses Verhalten einem Vertragspartner zuzurechnen ist.
- (4) Mögliche Auftragnehmer der Managementgesellschaft oder der AOK müssen auch nach dem Ende des Vertrages hinsichtlich der im Rahmen der Abwicklung der vertraglich vereinbarten Daten zur Geheimhaltung verpflichtet werden. Die AOK und die Managementgesellschaft unterliegen entsprechend der Geheimhaltungspflicht.
- (5) Im Übrigen gelten die getroffenen Vereinbarungen aus **Ziffer III** für die Managementgesellschaft und die AOK entsprechend für den Verarbeitungsbereich von **Ziffer IV**.

VI. Information für den FACHARZT gem. Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung über die Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der Teilnahme und des Teilnahmeantrages an der HZV

- (1) Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung durch den MEDI Baden-Württemberg e.V., den BvDU, AGNU und die Managementgesellschaft zum Zweck der Teilnahme des Arztes an dem Facharztvertrag ist Art. 5 und Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO

in Verbindung mit dem Facharztvertrag nach § 140a SGB V. Die Datenverarbeitung erfolgt in Kenntnis des betroffenen Vertragsarztes bzw. FACHARZTES. Er kennt den Inhalt des Vertrages und die mit Eingehung, Durchführung und Beendigung seiner Teilnahme am Vertrag verbundene Datenverarbeitung. Die Daten werden ausschließlich für diese Zwecke verarbeitet.

- (2) Empfänger der Daten des FACHARZTES sind die jeweilige Krankenkasse und Ihre Dienstleister sowie die Managementgesellschaft, MEDI Baden-Württemberg e.V. und die teilnehmenden Berufsverbände BvDU und AGNU.
- (3) Die Dauer der Datenverarbeitung ergibt sich aus Vertrag sowie aus Gesetz. Nach Ablauf der vertraglichen und gesetzlichen Fristen werden die entsprechenden Daten gelöscht.
- (4) Der FACHARZT hat das Recht auf Auskunft zu seinen Daten (Art. 15 Abs. 1 und Abs. 2 DSGVO), auf Löschung seiner Daten (Art. 17), auf Berichtigung seiner Daten z.B. falscher Daten (Art. 16 Satz 1) und auf Sperrung seiner Daten (Art. 18) sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art 20 DSGVO) und ein Beschwerderecht (Art. 77 DSGVO). Hierfür wendet er sich an die verantwortliche Stelle:

MEDIVERBUND AG
Liebknechtstraße 29
70565 Stuttgart
Telefon: (07 11) 80 60 79-0
Fax: (07 11) 80 60 79-555
E-Mail: datenschutz-team@medi-verbund.de

- (5) Datenschutzbeauftragter der MEDIVERBUND AG, Liebknechtstr. 29, 70565 Stuttgart; Tel. 0711 80 60 79-0; ist Herr Markus Zechel; migosens Datenschutz Service Desk, Wiesenstraße 35, 45473 Mülheim a. d. Ruhr, Tel.: 0208 993 95 112, Email: datenschutz@migosens.de, Internet: www.migosens.de)
- (6) Beschwerden gegen die Datenverarbeitung durch den Hausärzteverband und/oder die Krankenkasse sowie gegen die Datenverarbeitung durch die Managementgesellschaft sind an die verantwortliche Stelle zu richten. Alternativ besteht ein Beschwerderecht gegenüber einer Aufsichtsbehörde. Die Aufsichtsbehörde in Baden-Württemberg:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Hausanschrift:
Königstrasse 10 a
70173 Stuttgart

Postanschrift:
Postfach 10 29 32 70025 Stuttgart
Tel.: 0711/615541-0
Fax: 0711/615541-15

VII. Teilnehmende HSA/KSA gem. Anlage 4

Diese Anlage gilt für teilnehmende Hochschulambulanzen sowie Kinderspezialambulanzen mit Schwerpunkt Kinder-Endokrinologie bzw. -Diabetologie (HSA/KSA) gem. § 30 des Vertrages zur Versorgung in dem Fachgebiet der Diabetologie in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V vom 01.04.2017 (Diabetologie-Vertrag) entsprechend. Die HSA/KSA gelten insofern als teilnehmende FACHÄRZTE.

Qualifikations- und Qualitätsanforderungen Modul „Diabetischer Fuß“

1. Diabetisches Fußsyndrom

Das diabetische Fußsyndrom ist ein klassisches interdisziplinäres Problem, bei dem bekanntermaßen verschiedene medizinische Fachdisziplinen und Assistenzberufe mit eingebunden sind.

Die *Basisuntersuchungen* fokussieren – unabhängig vom aktuellen Wundheilungsstadium (siehe Wunddokumentation) – auf die Diagnostik der pathogenetisch führenden Neuropathie und die möglicherweise begleitende periphere Arteriosklerose.

- **Gerade die frühzeitige Gefäßdiagnostik genießt einen besonderen Stellenwert, da durch sie operativen Maßnahmen determiniert werden.**

Basis aller konservativen und operativen Schritte ist die Schaffung eines gut durchbluteten Wundbettes – zum einen durch ein lokales Debridement, zum anderen durch revaskulisierende Maßnahmen. Neben der Revaskularisation ist in der Akutphase die frühzeitige und breit angelegte Antibiose in Situationen mit klinischen Zeichen einer Infektion unabdingbar. Erst nach Stabilisierung der Wundverhältnisse und dem Beginn der Granulationsphase sind Wundauflagen, die primär die Wundheilung aktivieren sollen, sinnvoll. Besonders problematisch sind Läsionen mit Begleitinfektion und/oder begleitender peripherer Arteriosklerose zu sehen.

Weiterhin ist die Therapie von Patienten mit einer Osteomyelitis oder in den Stadien 4 und 5 nach Wagner-Armstrong besonders schwierig. Eine weitere Besonderheit beim Menschen mit einem Diabetes mellitus stellt die Osteoarthropathie, der Charcot-Fuß, dar.

2. Konservative Therapie

- Wesentliche Voraussetzung ist eine konsequente Druckentlastung.
- Ein weiteres Grundprinzip der Behandlung des diabetischen Fußes ist die Stoffwechseloptimierung mit normnaher Blutzuckereinstellung (evtl. auch durch eine zeitlich begrenzte Insulintherapie) und strukturierter Patientenschulung.
- Bei klinischen Zeichen einer Infektion ist eine frühzeitige und gezielte antibiotische Therapie (d.h. es muss ein Wundabstrich, besser noch Gewebebiopsie, mit Keimbestimmung und Antibiotogramm erfolgen) unerlässlich. Diese hat aufgrund der durch den Diabetes mellitus bedingten Infektabwehrschwäche einen besonderen Stellenwert.

- In der Akutphase ist eine konsequente und radikale Nekrosektomie bzw. das scharfe Debridement notwendig, um durch das Entfernen von devitalisiertem und infiziertem Gewebe eine Granulation zu induzieren. Im Stadium der Granulation können diverse, die Wundheilung aktivierende oder unterstützende Wundauflagen und –therapeutika zum Einsatz kommen. Zu unterscheiden ist die Behandlung von feuchten, potentiell infizierten Wunden und trockenen Wunden mit oder ohne Nekrose.
- Generell ist bei der Therapie des diabetischen Ulkus eine nichtokklusive und feuchte Wundbehandlung zu empfehlen.
- Es gilt, die Amputation zu vermeiden. Im Falle einer notwendigen Amputation sollte diese soweit möglich minimalinvasiv in einer auf dieses Krankheitsbild spezialisierten Einrichtung erfolgen.

2.1 Generelle Therapiekonzepte

Das therapeutische Management umfasst Maßnahmen zur Stoffwechseloptimierung (Umstellung auf eine intensivierte Insulintherapie – sofern möglich), Ruhigstellung bzw. Entlastung der betroffenen Extremität, Wundsäuberung und strukturierte Wundbehandlung, sowie begleitende Maßnahmen (PTA, peripherer Gefäßbypass) und eine gezielte Antibiose. Kleine, wiederholte Traumata, wie überlastungsbedingter, mechanischer Stress, sowie erhöhter Druck aufgrund falschen Schuhwerks stellen eine signifikante Komponente in der Entstehung der diabetischen Fußulzerationen dar. Insbesondere der maximale plantare Fußdruck im Vorfußbereich ist deutlich erhöht. Auch in der Therapie der diabetischen Fußläsion kommt der konsequenten Entlastung eine zentrale Stellung zu. Um diese auf den Fuß wirkenden Drücke für den Wundbereich zu reduzieren, müssen spezielle entlastende Maßnahmen erwogen werden. Hinzu kommt, dass die gestörte Biomechanik z. B. verursacht durch eine reduzierte Beweglichkeit (»limited joint motility«) oder strukturelle Fußdeformität (Hallux valgus), bewirkt, dass sich erhöhte Drücke entwickeln und weiter verstärken. Die am besten in Studien untersuchte Entlastungstechnik ist der »total contact cast«, der derzeit noch als der Goldstandard für die Entlastung zu gelten hat.

Aber auch andere Hilfsmittel wie Unterarmgehstützen, Orthesen oder auch die Entlastung mittels Rollstuhl können bei Wunden und Charcot-Fuß zur Anwendung kommen. Ebenso kann (initial) die völlige Immobilisierung des Patienten notwendig sein; dadurch ergeben sich allerdings bei den vorwiegend älteren Patienten oft weitere Probleme (z. B. ein erhöhtes Thrombose- oder Pneumonierisiko), d.h. es müssen entsprechende Maßnahmen wie eine Thromboseprophylaxe und pflegerische, beatmungsfördernde Maßnahmen initiiert werden. In späteren Heilungsphasen (ab dem Stadium der Granulation, s. unten) kann eine ausreichende Druckreduktion mittels Verbands- oder Entlastungsschuhen erzielt werden.

2.2 Prinzipien der lokalen konservativen Therapie

Zur Unterstützung der biologischen Resorptionsvorgänge ist zur Beseitigung infizierten oder abgestorbenen Gewebes ein mechanisches oder biologisches Debridement notwendig, das für die Wirksamkeit nachfolgender Behandlungsmaßnahmen bedeutsam ist.

Initial steht diese **Wundreinigung** im Vordergrund, wobei in dieser *Akutphase* Nekrosen tangential abgetragen und der Wundrand angefrischt werden muss (unter Erhalt von evtl. vorhandenem Granulationsgewebe). Verwendung finden dabei u. a. Skalpell oder Kürette. Zur weiteren Reinigung kann z. B. mit Ringer-Laktat-Lösung (diese ist kaliumhaltig und schafft so ein günstiges, kaliumreiches Milieu für das einsprossende Granulationsgewebe) ausreichend gespült werden. Die Wunde wird mit einem nicht haftenden, nicht das Granulationsgewebe zerstörenden Wundverband versorgt.

- **Auf Salben, okklusive Verbände oder aggressive Desinfektion soll verzichtet werden.**

Bei infizierten Wunden kann eine Spülung mit milden Antiseptika erfolgen (z.B. Polihexanide oder Octenidin), von jodhaltigen Präparaten oder Wasserstoffperoxid ist abzuraten. Es liegen für die zuletzt genannten Präparate keine ausreichenden Daten eines effektiven Einflusses auf die Infektion vor; im Gegenteil wird sogar die Proliferation der Zellen im Wundgebiet negativ beeinträchtigt. Für jodhaltige Präparate ist weiterhin die Auslösung einer thyreotoxischen Krise bei vorbestehender Schilddrüsenerkrankung beschrieben.

In der nachfolgenden *Granulationsphase* kommen eine milde mechanische Wundreinigung und ausreichende Spülungen zum Einsatz. Hyperkeratotische Wundränder müssen regelmäßig abgetragen werden (ohne das Granulationsgewebe zu verletzen/abzutragen). Ab diesem Stadium können ggfs. die Wundheilung aktivierende und stimulierende Wundauflagen, wie z. B. Hydrokolloide oder Alginat eingesetzt werden. Diese Verbände sollten allerdings nicht okklusiv angewendet werden. Daher muss u.U. das Verbandsmaterial auf Wundgröße zurechtgeschnitten und aufgelegt werden. Der Verbandswechsel muss täglich mit Kontrolle der Wundsituation und des Infektionsstatus erfolgen.

In der abschließenden Phase der *Epithelialisierung* dient der Verbandswechsel der Wundreinigung. Die sorgfältige Spülung des Wundareals wird fortgeführt, der Verbandswechsel erfolgt in dieser Heilungsphase alle 24–48 h.

Häufig stellt sich nach erfolgreicher Granulation der Wunde kein abschließender Epithelverschluss ein, sodass sich hier u.U. die Indikation zur – frühzeitigen – Hauttransplantation ergibt.

2.3 Praktisches Vorgehen bei der konservativen Wundbehandlung

Für das praktische Vorgehen hat sich das TIMEKonzept etabliert, dass die 4 wichtigsten Aspekte der Wundbehandlung beschreibt: **T**issue (Gewebe), **I**nfection (Infektkontrolle), **M**oister (Feuchtigkeitskontrolle), **E**pidermal margin (Wundrandanfrischung).

2.4 Debridement

Das Debridement, nachdem eine AVK ausgeschlossen wurde, ist die erste und wichtigste Stufe der Therapie des diabetischen Fußulkus, da die zerstörte Matrix und der Zelldetritus die Wundheilung nachhaltig stören. Dabei muss jegliches, nicht vitales und infiziertes Gewebe, auch knöcherne Strukturen, entfernt werden, ebenso wie der umgebende Kallus, bis der Wundrand aus leicht blutendem Weichteilgewebe und nichtinfiziertem Knochen besteht. Dabei sind weitergehende Maßnahmen im Rahmen des Debridements sowie der Nekrosectomie in entsprechenden chirurgischen Operationseinheiten durchzuführen. Das chirurgische Debridement mit einem Skalpell (alternativ Kürette o. ä.) sollte jegliches devitalisiertes Gewebe entfernt werden. Die Wundränder sollten 2–3 mm in das gesunde, gut durchblutete, weiche und nicht hyperkeratotische Gewebe ausgedehnt werden. Ideal ist, wenn nach dem Debridement das Kapillarbett, sichtbar an kleinsten Punktblutungen im behandelten Wundbereich, erreicht wird. Alternativ kann ein enzymatisches oder biologisches Debridement erwogen werden, wobei die Effektivität dieser Maßnahmen einem gründlichen chirurgischen Debridement unterlegen ist.

- **Ziel des Debridements ist die Wiederherstellung der Wundbasis sowie der funktionellen Proteine der extrazellulären Matrix, was sich in einem neu gebildeten vitalen Wundgrund äußert.**

Dieses Debridement ist unbedingt notwendig bevor die Applikation anderer, die Wundheilung modulierender oder stimulierender Therapeutika auf die Wunde erfolgt. Das Debridement verfolgt 4 Ziele:

- I. Die Entfernung von Bakterien,
- II. Die Stimulation der Granulation / der Wundheilung,
- III. Die Entfernung von hyperkeratotischem Gewebe, welches die Granulation hemmt,
- IV. Die Reduktion der lokalen Infektion.

2.5 Infektbekämpfung

Das diabetische Fußulkus fungiert als Portal für die Invasion einer systemischen Infektion (ausgehend von der Begleitinfektion der Weichteile in unmittelbarer Nachbarschaft des diabetischen Ulkus oder der begleitenden Osteomyelitis). Gerade die Infektion spielt beim Patienten mit Diabetes mellitus eine besondere Rolle, da z.B. aufgrund des Systemcharakters des Diabetes mellitus bereits eine Infektabwehrschwäche besteht.

Eine mikrobiologische Bestimmung der Bakterienflora des Ulkus sollte bereits bei der ersten Vorstellung des Patienten mit einem diabetischen Fußsyndrom vorgenommen werden und bei Infektanzeichen mit einer gezielten frühzeitigen antibiotischen Therapie begonnen werden. Wenn möglich, kann auch eine Gewebebiopsie zur mikrobiologischen Untersuchung herangezogen werden.

Im Rahmen der antibiotischen Therapie sind lokale Antibiotika unbedingt zu vermeiden, da durch solche keine ausreichenden Wirkspiegel – insbesondere in tieferen Bereichen der Wunde – erzielt werden. Daneben können vermehrt lokale allergische Reaktionen ausgelöst und die Entwicklung von Resistenzen gefördert werden.

Tiefe Infektionen benötigen ein tiefes chirurgisches Debridement jeglichen devitalisierten Gewebes. Ab dem *Stadium 2* ist eine Antibiose obligat. Diese kann im *Stadium 2a* durch eine orale Gabe erfolgen. Bei einem *Stadium 2b* sollte mit einer intravenösen Phase rasch ein ausreichender Wirkspiegel des Antibiotikums aufgebaut werden. Nach 1- bis 2wöchiger Therapie kann, sofern die Entzündungszeichen rückläufig sind und es auch der klinische Lokalbefund erlaubt, auf eine orale Gabe umgestellt werden.

Liegt ein *Stadium 3* vor, muss unbedingt eine intravenöse Antibiose erfolgen. Diese sollte entsprechend den Leitlinien der Osteomyelitistherapie mindestens 6–8 Wochen intravenös erfolgen. Wichtig ist eine ausreichende Sanierung des Knocheninfektes, daher muss der initialen intravenösen Antibiotikagabe eine orale Phase folgen. Zu empfehlen ist eine Fortführung der Antibiose bis zum Vorliegen eines „negativen“ Knochenszintigramms. Die Therapiedauer kann somit im Einzelfall bis zu 6 Monaten betragen. In den *Stadien 4 und 5* ist die Dauer einer Antibiose in Abhängigkeit vom Erfolg der Defektsanierung (z. B. im Rahmen einer Minor-Amputation) und dem klinischen Bild individuell anzupassen.

Ziel dieser Maßnahmen ist die Kontrolle der Infektion, da eine nicht beherrschte Infektion zu den meisten beim Diabetes mellitus notwendigen Amputationen führt.

2.6 Mykosen

Nicht vergessen werden darf die die Wundheilung beeinträchtigende Wirkung einer Mykose (in der Wunde, in Zehenzwischenräumen, Tinea corporis oder Onychomykose); diese Mykosen können selbst Beschwerden verursachen oder eine bakterielle Infektion fördern.

Auch für Mykosen ist die Bestimmung des Erregers mittels Wundabstrich und der Pilzkultur zu fordern. Eine Therapie ist lokal oder systemisch möglich. Bei der *Tinea corporis* (Hautpilz) bieten sich Cremes an (besser resorbierbar als Lösungen), eine Lokalthherapie über drei Wochen ist meist ausreichend. Bei ausgeprägtem Befund muss systemisch mit Allylaminen (z.B. Terbinafin) oder Azolen (z.B. Itraconazol) behandelt werden, wobei bei systemischer Therapie meist eine einwöchige Behandlungsdauer ausreichend ist.

Die Ergebnisse der lokalen Therapie bei *Onychomykosen* sind nicht so günstig, sodass meist nur eine systemische Gabe zum Therapieerfolg führt. Die Antimykotika (z. B. Terbinafin, Itraconazol, Fluconazol etc.) müssen oft über Monate verordnet werden. Sofern weniger als 2/3 des Nagels befallen sind, kann auch die Lokalthherapie mit ciclopiroxolamin- oder amorolfinhaltigem Nagellack erfolgreich sein. Es ist zu empfehlen Baumwollsocken zu tragen, diese täglich zu wechseln und bei 60 Grad Celsius umgedreht von innen nach außen zu waschen.

2.7 Wundfeuchtigkeit

Die sog. »feuchte Wundbehandlung« hat sich schon seit einigen Jahren als bevorzugtes Wundmanagement bei chronischen Wunden etabliert.

Die Austrocknung der Wunde verlangsamt, neben der Beförderung der Entwicklung einer Nekrose oder Mumifikation, die Migration von Epithelzellen. Dagegen führt ein Überschuss von Feuchtigkeit zu einer Mazeration. Daher ist es entscheidend für die jeweilige Wunde ein ausgeglichenes Feuchtigkeitsmilieu zu erzielen. Dabei sind die modernen Wundauflagen ein hilfreiches Mittel; weiterhin kann das Exsudat mittels Kompressionstherapie oder auch der Vakuumtherapie kontrolliert werden.

Diese Maßnahmen zielen auf eine Wiederherstellung der epithelialen Mobilität, der Ödemvermeidung (die eine reduzierte arterielle Versorgung des Wundgebietes zur Folge hat), der Kontrolle der Exsudatmenge und der Vermeidung von Störungen der Hautintegrität (z. B. Mazeration).

2.8 Wundrand

Der Wundverschluss erfolgt üblicherweise vom Wundrand her. Neben einer erneuten chirurgischen Wundanfrischung (als Aktivierung der Wundheilung) kann »bioengineered« Haut oder Hauttransplantate (Mash-Graft, Reverdin-Transplantat, autologe Keratinozyten) erwogen werden.

Ziel ist durch eine Migration von Keratinozyten (oder der Transplantation autologer, biologisch aktiver Keratinozyten) und aktiven Wundzellen eine verbesserte Re-Epithelialisierung und Remodeling zu erreichen.

2.9 Prinzipien und Ziele der Wundbettpräparation

Ziel der Wundbettpräparation ist die Bildung eines gut vaskularisierten Granulationsgewebes so dass man sich in Gewebe ohne Zeichen einer lokalen Infektion befindet, mit darauf basierender, abschließender Wundheilung. Das ausreichende Debridement stimuliert das Wundbett, und den Wundheilungsprozess mit Bildung von Granulationsgewebe, sowie die Reduktion der bakteriellen Last im Wundbereich.

In der Akutphase der Wunde kann ggf. zur Stabilisierung der bakteriellen Last sowie der Wundreinigung ein langwirkendes silberhaltiges Wunddressing zur Anwendung kommen.

Nach dem Debridement sollte das Gewebe feucht gehalten werden, um die Neuformation von devitalem Gewebe zu vermeiden.

Generell ist festzustellen, dass die Auswahl des Wundverbandes abhängig von der Ätiopathogenese der Läsion (neuropathisch, neuroischämisch etc.) ist, sowie auch von der Beschaffenheit der Wunde, z.B. Oberfläche, Hautdefekt, tiefe auf den Muskelapparat reichende Läsion oder Läsion mit zusätzlichen Affektion des Knochens.

Die Auswahl der Wundauflage muss bei jeder Wiedervorstellung des Patienten re-evaluiert und den aktuellen Wundverhältnissen angepasst werden. Dieses Management ist notwendig, da auch die Wunde sich konstant während der Behandlung verändert.

2.10 Wundbehandlungsmittel und Therapieverfahren beim DFS

Ziel einer jeglichen Wundbehandlung muss eine schnelle Heilung (eine sichtbare Heilungstendenz nach 4 Wochen ist anzustreben, um dies zu bestimmen muss ein Ausgangswert erhoben werden) und die Verhinderung von klinisch manifesten Infektionen sein. Ein konsequentes chirurgisches Debridement ist durchzuführen, es sei denn, es besteht eine relevante Einschränkung der Durchblutung. Neuropathische Ulzera heilen am schnellsten innerhalb eines feucht-warmen Wundmilieus. Die Auswahl der Lokaltherapeutika erfolgt entsprechend der Wundsituation (Wundheilungsphase).

3. Behandlung von Nekrosen und anderen Belägen

3.1 Chirurgisches Debridement

Die Entfernung von Nekrosen, bradytrophen Gewebsanteilen und Bakterien ist eine Grundvoraussetzung für die Wundheilung. Verschiedene Untersuchungen belegen, dass durch ein regelmäßiges, radikales Debridement die Heilungsraten beim neuropathischen Fuß signifikant erhöht sind im Vergleich zu einer konservativen Wundbehandlung. Für ein chirurgisches Debridement ist die Durchblutungssituation der betroffenen Extremität von ausschlaggebender Bedeutung. Nur bei ausreichender Durchblutung kann von einer Heilung

ausgegangen werden, sodass im Vorfeld bei nicht tastbaren Fußpulsen die Durchblutung evaluiert werden muss.

- **Bei unzureichender Durchblutung werden die Ulzera trocken versorgt. Eine kurzfristige Abdeckung mit silberhaltigen Wundauflagen bei klinischen Zeichen einer lokalen Infektion ist möglich. Bei lokalchirurgischen Maßnahmen ist ferner darauf zu achten, dass eine ausreichende Menge lebensfähiges Weichteilgewebe vorhanden ist, um nicht Knochen freizulegen.**

Bei schmerzempfindenden Patienten sollte für eine ausreichende Analgesie gesorgt werden, ggf. muss ein Debridement unter Narkose stattfinden

3.2 Autolytisches Debridement

Hydrogele (3.3) oder die sog. Feuchttherapie (3.4) unterstützen ein autolytisches Debridement. Mittels zugeführter Feuchtigkeit kommt es im Ulkus zur Aktivierung von Makrophagen und anderen phagozytierenden Zellen; Nekrosen und Beläge werden angedaut und lösen sich vom Wundgrund.

- **Aufgrund von Mazerationsgefahr durch Überlappung der Wundauflage auf die wundumgebende Haut, ist der Einsatz okklusiver oder semiokklusiver Auflagen abzulehnen. Die Wundbehandlung hat so zu erfolgen, dass die Wundränder trocken bleiben.**

➤

Wenn nach 72 h noch keine Autolyse zu beobachten ist, sollte eine andere Form des Debridements gewählt werden, z.B. chirurgisch.

3.3 Hydrogele

Hydrogele bestehen aus einem dreidimensionalen Netzwerk hydrophiler Polymere in wässriger Lösung mit verschiedenartigen Zusätzen. Das Gel wird ca. 2–5 mm dick auf den Wundgrund aufgetragen und mit einem nichtokklusiven Sekundärverband abgedeckt. Hierzu eignen sich imprägnierte, wirkstofffreie Wunddistanzschutzzitter, die eine schnelle Feuchtigkeitsabgabe nach außen verhindern. Wundhöhlen müssen mit einem Wundfüller wie z. B. Alginaten vorsichtig austamponiert werden. Um eine Hydrobalance (Abgabe Feuchtigkeit – Aufnahme Wundsekret) zu erhalten, sollten Hydrogele möglichst 2–3 Tage auf der Wunde verbleiben. In dieser Zeit tritt auch eine Wundruhe ein, die sich fördernd auf den gesamten Wundheilungsprozess auswirkt.

3.4 Feuchttherapie

Eine weitere Variante der schonenden Wundreinigung ist das Tränken von Kompressen mit Ringer-Laktat-Lösung. Hierzu eignen sich mehrschichtige Wundauflagen mit Superabsorbent, die größere Mengen an Wundsekret speichern können und kontinuierlich Ringer-Laktat-Lösung abgeben. Auch hier ist auf trockene Wundränder zu achten, die Kompressen dürfen nicht größer als das Ulkus sein. Als wirkungsvoll hat sich die Nasstherapie mit Hydroclean erwiesen. Hydroclean ist eine kissenförmige Wundauflage, die eine höhere Affinität zu proteinhaltigem Wundexsudat als zu salzhaltigen Lösungen hat und durch die Exsudataufnahme Ringer-Laktat-Lösung aus dem Wundkissen verdrängt. Dadurch wird eine ausgesprochen gute Spülwirkung erzielt.

3.5 Enzymatisches Debridement

Die Wirksamkeit von enzymatischen Präparaten ist umstritten, sodass in der Praxis teilweise eine Abkehr von dieser Therapieoption zu beobachten ist. Unabhängig davon ergeben sich dann Einsatzmöglichkeiten, wenn kein chirurgisches Debridement erfolgte und ein autolytisches Debridement nicht zum erwünschten Ziel führte. Unterstützend für den Erfolg einer enzymatischen Wundreinigung ist ein feuchtwarmes Wundmilieu, wozu allerdings okklusive oder semiokklusive Wundauflagen benötigt werden. Hier zeichnet sich dann allerdings wieder das Problem von Mazerationen ab.

3.6 Biochirurgie

Kontrolliert in die Wunde eingebrachte Larven der Goldfliege *Lucilia sericata* geben ihre Verdauungssäfte in die Umgebung ab, wodurch abgestorbenes Gewebe verflüssigt wird. Diesen Verdauungsbrei nutzen die Larven für ihre Ernährung und saugen ihn auf. Gleichzeitig sondern die Larven Wirkstoffe ab, die eine ausgesprochen gute antimikrobielle Wirkung haben, z. B. gegen multiresistente Keime (MRSA). Auch konnten in den larvalen Verdauungssekreten Wachstumsfaktoren gefunden werden, die möglicherweise eine zusätzliche Stimulation der Wundheilung hervorrufen.

4. Feuchtigkeitsbalance und Granulationsförderung

Allgemein anerkannt bei chronischen, nicht ischämischen Wunden ist die stadienorientierte Wundbehandlung. Die Auswahl der Wundauflage im individuellen Fall sollte anhand der Exsudatmenge, dem Vorliegen oder Fehlen von Infektionszeichen sowie anhand von Kosten-Effektivitätskriterien getroffen werden. Zu beachten ist insbesondere die Erhaltung und Schaffung eines physiologisch feuchten Wundmilieus und Vermeidung von Flüssigkeitsaustritt aus dem Verband.

Die Lokaltheraeutika zur Feuchtigkeitsbalance und Granulationsförderung werden im Anhang Wundauflagen beschrieben.

5. V.A.C. Therapie

Die Möglichkeit zur ambulanten Durchführung einer V.A.C.-Therapie (Vacuum Assisted Closure) wird zurzeit durch den gemeinsamen Bundesausschuss der Kassen (GBA) geprüft, ein Beschluss wird in naher Zukunft erwartet. Diese Entscheidung ist hinsichtlich einer Verankerung der Leistung und einer entsprechenden Kostenübernahme im Facharztvertrag abzuwarten. Die V.A.C. - Therapie erzeugt durch den Schaumstoff-Folienverband und die Vakuum-Pumpe einen kontrollierten Unterdruck an der Wunde. Mittels der T. R. A. C. – Technologie (Therapeutic Regulated Accurate Care) wird direkt an der Wunde der Unterdruck gemessen und Druckunterschiede, die durch Bewegung oder äußere Einflüsse entstehen von bis zu 50 mmHg ausgeglichen. Dies gewährleistet eine kontrollierte, kontinuierliche und sichere Therapie. Die Größe des Unterdruckes kann eingestellt werden. Die V.A.C.-Therapie hat sich im stationären Bereich für den Wundverschluss, u.a. bei diabetischen Ulzera, als nützlich erwiesen.

Üblicherweise werden zwei Therapieformen unterschieden:

Kontinuierliche Therapie: über den gesamten Behandlungszeitraum wird ein kontinuierlicher Unterdruck von bis zu 125 mmHg erzeugt.

Intermittierende Therapie: die Therapie wechselt zwischen Unterdruck und normalem Druck z.B. 5 Minuten Sog und 2 Minuten Pause.

Empfohlene Schaumstofffolienverbände:

Reinigungs- und Granulationsphase: Behandlung mit hydrophobem, grobem, offenporigen Polyurethanschaumstoff (Porengröße 0,4-2 mm).

Unterdruck 50-125 mmHg

Verbandswechsel bei großen tiefen Wunden jeden 2-3. Tag.

Für infizierte Wunden steht ein silberbeschichtetes Dressing zur Verfügung

Epithelisierungsphase: Behandlung mit hydrophilem, dichtem, weniger offenporigen Polyvinylalkohol-Schaumstoff (Porengröße 0,7-1,5 mm). Verbandswechsel alle 5-7 Tage.

Diese Unterdruckbehandlung erzielt folgende Effekte:

- Wundverkleinerung durch zusammenziehen der Wundränder
- Erhöhte Granulationstendenz durch verstärkte Kapillareinsprossung und Stimulation des Wundheilungsprozesses
- Verkleinerung des Wundödems

- Reinigung der Wunde
- Kontrolle der Exsudation
- Durchblutungssteigerung im Wundbereich

Die V.A.C. Therapie sollte bei Nekrosen, freiliegenden Gefäßen, Bypass oder bei unbehandelter Osteomyelitis nicht eingesetzt werden.