

**Vereinbarung
nach § 140a SGB V
über die besondere ambulante ärztliche Versorgung von Patienten
mit
Diabetischem Fußsyndrom**

zwischen

**der Kassenärztlichen Vereinigung
Westfalen-Lippe
- nachfolgend KVWL genannt -**

und

**dem BKK-Landesverband NORDWEST
-handelnd für die teilnehmenden Betriebskrankenkassen-
- nachfolgend BKK-LV NW genannt -**

im Benehmen

**mit dem Berufsverband
der Diabetologischen Schwerpunktpraxen Westfalen-Lippe
- vertreten durch seinen Vorstand -**

sowie

**mit dem Fußnetz Westfalen
- vertreten durch seine Sprecher
Herrn Dr. Martin Lederle sowie Herrn Dr. Joachim Kersken -**

Anlage 1	Versorgungsinhalte und Kooperationsregelungen für das diabetische Fußsyndrom – Nationale Versorgungsleitlinie Diabetes mellitus Typ 2
Anlage 2	Teilnahmeerklärung des Hausarztes
Anlage 3	Teilnahmeerklärung der zertifizierten ambulanten Fußbehandlungseinrichtung (ZAFE)
Anlage 4	Fußschulung
Anlage 5	Teilnahmeerklärung des Versicherten
Anlage 6 a	Hilfsmittelversorgung beim Diabetischen Fußsyndrom (DFS)
Anlage 6 b	Anleitung zur schuhtechnischen Versorgung bei DFS
Anlage 7	Podologische Leistungen
Anlage 8	Häusliche Krankenpflege zur Wundversorgung
Anlage 9	DDG-zertifizierte Krankenhäuser
Anlage 10	Dokumentation
Anlage 11	Vergütungsvereinbarung Hausarzt
Anlage 12	Vergütungsvereinbarung ZAFE
Anlage 13	Gesicherte ICD10 Codierung Diabetes und Verschlüsselung der Wagner-Armstrong-Klassifikation mit Symbolnummern (SNR)
Anlage 14	Empfehlungen Wundauflagen und andere Materialien
Anlage 15	Liste der teilnehmenden Betriebskrankenkassen

Präambel

Die Partner dieser Vereinbarung sind davon überzeugt, dass die Qualität dieser besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung von Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom durch verbindlich festgelegte Behandlungspfade und die Förderung einer intensiveren Kooperation zwischen Hausärzten und zertifizierten ambulanten Fußbehandlungseinrichtungen (ZAFE), aufsetzend auf bestehende Strukturen der Disease-Management-Programme, weiter gesteigert werden kann. Durch eine zielgerichtete und qualifizierte Behandlung dieser Patienten lassen sich zudem ungünstige Krankheitsverläufe bis zu Amputationen vermeiden oder zumindest deutlich zeitlich verzögern. Die Steigerung der Lebensqualität der Betroffenen geht einher mit der Vermeidung von Folgekosten, die bei unzureichender Koordination und Fehlen verpflichtender qualitätsgesicherter Behandlungspfade entstehen. Die vorliegende Vereinbarung berücksichtigt Erkenntnisse aus vorausgegangenen Projekten des Fußnetzes Westfalen-Lippe und verfolgt das Ziel, die Prozesse zu verschlanken, die Ärzte EDV-technisch zu unterstützen und Behandlungserfolge deutlicher als bisher sichtbar zu machen. Gesundheitsökonomisch sollen durch diese Vereinbarung Einsparungen vor allem in den Bereichen stationäre Behandlung sowie Arznei- und Verbandmittel erzielt und die Hilfsmittelausgaben auf das notwendige Maß begrenzt werden.

§ 1

Gegenstand und Zielsetzung

(1) Gegenstand dieser Vereinbarung ist die Umsetzung gezielter Behandlungsabläufe im Bereich des Diabetischen Fußsyndroms. Als Diabetisches Fußsyndrom im Sinne dieser Vereinbarung gilt das Vorliegen einer der folgenden Läsionen unterhalb des Knies bei Patienten mit Diabetes:

- eine initiale Läsion (z. B. Druckkulkus, infizierte Wunde, Schwielenhämatom) bei nachgewiesener Diabetischer Neuropathie und/oder arterieller Durchblutungsstörung,
- eine chronische Wunde (> 6 Wochen) ohne Heilungstendenz,
- eine Diabetische neuropathische Osteoarthropathie (DNOAP) mit mindestens 2 klinischen Zeichen (Wärme, Schwellung, Schmerz, Rötung) oder radiologischem Befund,
- Zustand nach Amputation mit gefährdetem Stumpf oder mit besonderer Gefährdung nach abgeheiltem Ulcus.

Im Interesse einer wirkungsvollen Vorsorge können auch Versicherte mit einer diabetischen Neuropathie und/oder Diabetiker mit einer peripheren AVK (Risikopatienten für das Auftreten eines Diabetischen Fußsyndroms) an dieser Vereinbarung teilnehmen.

(2) Basis dieser Vereinbarung sind neben den Inhalten der Disease-Management-Programme Diabetes mellitus die Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln der Nationalen Versorgungsleitlinie Diabetes Mellitus Typ 2 in der jeweils aktuellen Fassung (vgl. **Anlage 1**). Durch diese eng aufeinander abgestimmten Behandlungsschritte soll die Ergebnisqualität und Wirtschaftlichkeit der Behandlung im Vergleich zur herkömmlichen Regelversorgung erhöht werden.

...

- (3) Die Ziele dieser Vereinbarung sind insbesondere:
- Sicherung einer hohen Behandlungsqualität durch zeitgerechten Behandlungsbeginn, konsequente Umsetzung der Behandlungsabläufe nach Absatz 1 und Einbeziehung ausschließlich besonders qualifizierter Leistungserbringer,
 - Reduzierung der Wundbehandlungszeit durch effiziente, stadienadaptierte Wundbehandlung,
 - Erhaltung/Verlängerung der Mobilität der Betroffenen,
 - deutliche Verringerung der Rezidivquote bereits im Folgejahr,
 - Vermeidung von Krankenhauseinweisungen,
 - kosteneffizienter Einsatz von Arznei- und Verbandmitteln,
 - Vermeidung nicht geeigneter Versorgungen mit Hilfsmitteln,
 - langfristig die Halbierung der Major-Amputationsrate entsprechend der St. Vincent-Deklaration.
- (4) Die an dieser besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte bekennen sich zu einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Versorgung der eingeschriebenen Versicherten mit diabetischer Fußkrankung. Sie stellen in diesem Sinne eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten interdisziplinär und sektorübergreifend sicher.

§ 2

Geltungsbereich und Versorgungsinhalte

- (1) Diese Vereinbarung gilt für die nach § 3 teilnehmenden Hausärzte und nach § 4 teilnehmenden ZAFE sowie für Versicherte der teilnehmenden Betriebskrankenkassen. Den bereits an inhaltsgleichen Vereinbarungen teilnehmenden Hausärzten und ZAFE erteilt die KVWL automatisch die Genehmigung für diese Vereinbarung.
- (2) Versorgungsregion ist der Bereich der KVWL.
- (3) Die Versorgungsinhalte und Behandlungspfade zur qualifizierten Versorgung des diabetischen Fußes sind in **Anlage 1** zusammengefasst. Die darin festgelegten Versorgungsabläufe sind für die teilnehmenden Vertragsärzte verbindlich. Sie schränken den im Einzelfall zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrags erforderlichen Behandlungsspielraum nicht ein. Medizinisch sinnvolle bzw. notwendige Abweichungen sind, soweit ihnen grundsätzliche Bedeutung zukommt und sie zu einer Weiterentwicklung beitragen, zuvor im Projektausschuss (vgl. § 13) zu beraten.

§ 2a

Teilnahme der Betriebskrankenkassen

- (1) Der BKK-LV NW koordiniert die Teilnahme der Betriebskrankenkassen an dieser Vereinbarung und stellt der KVWL eine Übersicht der teilnehmenden Betriebskrankenkassen (vgl. **Anlage 15**) zur Verfügung.
- (2) Die Betriebskrankenkasse kann ihre Teilnahme schriftlich gegenüber dem BKK-LV NW mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende kündigen. Der BKK-LV NW informiert die KVWL zeitnah über die Kündigung.

...

§ 3 Teilnahme und Aufgaben der Hausärzte

- (1) Hausärzte können an dieser Vereinbarung teilnehmen, wenn sie ihre Patienten mit Diabetes mellitus im Disease-Management-Programm Diabetes mellitus führen und die Vereinbarung durch Abgabe ihrer Teilnahmeerklärung nach **Anlage 2** als für sie verbindlich anerkennen. Darin benennen sie die jeweilige möglichst nächst erreichbare ZAFE nach § 4 dieser Vereinbarung, mit der sie im Rahmen dieser besonderen ambulante ärztlichen Versorgung kooperieren. Die Teilnahme ist freiwillig; sie beginnt mit dem Unterschriftsdatum der Teilnahmeerklärung. Die Teilnahmeerklärung ist an die KVWL zu übermitteln. Diese bestätigt dem Hausarzt eine Abrechnungsgenehmigung und informiert den BKK-LV NW und die ZAFE umgehend gesammelt in Dateiform (Arztnummer, Name, Praxisanschrift, Beginn der Teilnahme) über die teilnehmenden Hausärzte. Der BKK-LV NW, die teilnehmenden Betriebskrankenkassen und die KVWL sind berechtigt, Listen der teilnehmenden Ärzte und ZAFEs im Internet zu veröffentlichen.
- (2) Die teilnehmenden Hausärzte informieren Patienten, die die Kriterien nach § 6 Abs. 1 erfüllen, über die Inhalte der Vereinbarung und motivieren sie zur Teilnahme.
- (3) Die Hausärzte erheben einmal im Quartal den Fußbefund der in das Disease-Management-Programm eingeschriebenen Patienten und dokumentieren die Ergebnisse in den Dokumentationsbögen der Disease-Management-Programme Diabetes mellitus. Bei auffälligem Fußbefund nach § 1 Abs. 1 wird der Patient zur Einschreibung umgehend mit dem Hinweis „Diabetisches Fußsyndrom, DMP“ an die kooperierende ZAFE nach Absatz 1 Satz 2 überwiesen.
- (4) Sofern die Verordnung podologischer Leistungen nicht durch die ZAFE vorgenommen wird, stimmt sich der Hausarzt mit dieser und qualifizierten Podologen über die Grundsätze der Verordnung ab. Im Fall der Verordnung weist er den Patienten auf zugelassene Podologen (vgl. § 7 Abs. 2) hin.
- (5) Sofern der Hausarzt eine Versorgung mit Hilfsmitteln für den diabetischen Fuß (z. B. Einlagen, Schuhversorgungen) für indiziert hält, überweist er den Patienten an die ZAFE.
- (6) Bei akuten Fußkomplikationen, insbesondere dann, wenn üblicherweise eine Krankenhausaufnahme erfolgen würde, überweist der Hausarzt den Patienten an die ZAFE. Bei festgestellter Notwendigkeit einer stationären Behandlung wird der Patient auf die Möglichkeit der Versorgung in dafür besonders qualifizierten Krankenhäusern (vgl. § 7 Abs. 4) hingewiesen. Notfall-Einweisungen sollen durch regelmäßige Betreuung vermieden werden; bei nicht vermeidbarer Notfall-Einweisung mit der Indikation DFS soll eines der o.a. geeigneten Krankenhäuser ausgewählt und die ZAFE darüber informiert werden.

§ 4 Teilnahme der ZAFE

- (1) Teilnahmeberechtigt als ZAFE an diesem Vertrag sind anerkannte Diabetologische Schwerpunktpraxen (DSPn), die
 - über eine Zertifizierung der Arbeitsgemeinschaft Fuß der DDG als ambulante Fußbehandlungseinrichtung (ZAFE) verfügen und,
 - in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Teilnahme an diesem Vertrag mindestens 30 zugewiesene Patienten mit DFS behandelt haben
 - mindestens 1,5 Vollzeitäquivalente mit der Qualifizierung „Wundassistent/in DDG“ oder einer vergleichbaren Qualifikation beschäftigen.

Protokollnotiz

- (2) Die Teilnahmeerklärung nach **Anlage 3** ist an die KVWL zu übermitteln. Diese erteilt eine Abrechnungsgenehmigung und informiert den BKK-LV NW und das Fußnetz Westfalen-Lippe umgehend gesammelt in Dateiform (Arztnummer, Name, Praxisanschrift, Beginn der Teilnahme) über die teilnehmenden ZAFE.
- (3) Die ZAFE erklärt sich bereit, ein nach § 29 BMV-Ä anerkanntes Praxisverwaltungssystem (PVS) für den Einsatz intelligenter Steuerungsmodule zu nutzen. Die Vertragspartner werden sich hierzu über die Einführung und weitere Umsetzungsschritte abstimmen.
- (4) Eventuelle zusätzliche Nutzungs- oder Implementierungsgebühren, die der PVS-Anbieter für den Einbau und die Pflege der Schnittstelle erhebt, liegen nicht im Einflussbereich der Vertragspartner. Hier sind der ZAFE Preisvergleiche zwischen den PVS-Anbietern zu empfehlen.

§ 5 Aufgaben der ZAFE

- (1) Die ZAFE schreibt die von den Hausärzten überwiesenen, für die Teilnahme an dieser Vereinbarung geeigneten Versicherten ein, informiert die überweisenden Hausärzte über die Einschreibung und übernimmt die stadiengerechte Diagnostik und Therapie des diabetischen Fußsyndroms unter Beachtung der Vorgaben der medizinischen Inhalte der Disease-Management-Programme Diabetes mellitus und der **Anlage 1**. Die ZAFE übermittelt die Teilnahmeerklärung eines Patienten an die KVWL, die diese einmal im Quartal an die jeweilige Betriebskrankenkasse weiterleitet. Der BKK-LV NW übermittelt der KVWL eine Liste der Ansprechpartner und Kontaktdaten, einschl. E-Mail-Adressen der teilnehmenden Betriebskrankenkassen.
- (2) Die ZAFE dokumentiert die zutreffende Diagnose in der Abrechnung gegenüber der KVWL. Grundlage ist der jeweils geltende ICD-Schlüssel (vgl. **Anlage 13**).
- (3) Die ZAFE stellt eine sachgerechte Verordnung insbesondere von Arzneimitteln, u. a. zur Antibiose, und von geeigneten Wundtherapeutika zur lokalen Wundversorgung sicher. Dabei werden die Empfehlungen der AG AMV konsequent beachtet. Versorgungen mit nicht apothekenpflichtigen (Verband-)Mitteln werden grundsätzlich im Einverständnis mit dem Patienten mit der zuständigen Betriebskrankenkasse abgestimmt, um Wirtschaftlichkeitspotenziale auszuschöpfen.
- (4) Im Interesse wirtschaftlicher Ausgaben für Verbandmittel setzt die ZAFE vorrangig Wundauflagen und andere Materialien ein, die sich durch hohe Kosteneffizienz auszeichnen. Soweit Empfehlungen der AG AMV vorliegen sind diese konsequent zu beachten; andernfalls gelten die Empfehlungen nach **Anlage 14**.
- (5) Bei entsprechender medizinischer Indikation stellt die ZAFE die Verordnung für notwendige podologische Behandlungen aus, die von zugelassenen qualifizierten Podologen nach § 7 Abs. 2 erbracht werden.

...

- (6) Die ZAFE prüft die Notwendigkeit einer ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung mit Hilfsmitteln nach festgelegten Indikationskriterien, stellt ggf. eine Verordnung nach Muster 16 (Verordnungsblatt) aus, dokumentiert dies auf dem Vordruck nach **Anlage 6 b** und verweist den teilnehmenden Versicherten hierzu an die zugelassenen Orthopädie-Schuhmacher/Orthopädietechniker (vgl. § 7 Abs. 1).
- (7) Sofern das Therapieziel des Patienten mit ambulanten Mitteln nicht mehr zu erreichen ist, stellt die ZAFE dem Patienten eine Verordnung zur stationären Krankenhausbehandlung aus. Es gilt § 7 Abs. 4.

§ 6 Teilnahme der Versicherten

- (1) Versicherte der teilnehmenden Betriebskrankenkassen (vgl. **Anlage 15**), die an einem Disease-Management-Programm Diabetes mellitus teilnehmen und ein erhöhtes Risiko für das Auftreten eines diabetischen Fußsyndroms im Sinne des § 1 Abs. 1 haben, können an dieser qualitätsgesicherten Versorgung teilnehmen. Die Versicherten erklären ihre Teilnahme in einer nach § 4 teilnehmenden ZAFE auf dem Vordruck nach **Anlage 5**. Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig; sie beginnt frühestens mit dem Unterschriftsdatum in der Teilnahmeerklärung.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme an dieser besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung jederzeit schriftlich gegenüber der Betriebskrankenkasse kündigen. Die Teilnahme endet, sofern er keinen späteren Zeitpunkt für sein Ausscheiden bestimmt, mit Zugang des Kündigungsschreibens bei der Betriebskrankenkasse. Die Betriebskrankenkasse informiert den Hausarzt und die ZAFE über die Kündigung nach Satz 1.
- (3) Der Versicherte kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei seiner teilnehmenden Betriebskrankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Betriebskrankenkasse.
- (4) Die Teilnahme des Versicherten endet
 - a) mit dem Wechsel zu einem nicht beteiligten Kostenträger oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs,
 - b) mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der teilnehmenden Betriebskrankenkasse,
 - c) mit Zugang bzw. Wirksamkeit der Kündigung nach Absatz 2.

§ 7 Kooperation mit anderen Leistungserbringern

- (1) Die ZAFE verweisen auf die zugelassenen Orthopädie-Schuhmacher/Orthopädietechniker. Es gilt die **Anlage 6 a**.
- (2) Sofern zur Versorgung des diabetischen Fußes ambulante podologische Leistungen erforderlich werden, haben diese durch zugelassene qualifizierte Podologen zu erfolgen. Die maßgeblichen Indikationskriterien und Koordinationsabläufe werden in **Anlage 7** festgelegt. Diese sind bei der Verordnung podologischer Leistungen von den Hausärzten und der ZAFE neben den gültigen Heilmittel-Richtlinien für den Bereich Podologie zu beachten.
- (3) Sofern zur Versorgung des diabetischen Fußes, insbesondere zur Wundversorgung, ambulante Behandlungspflege erforderlich wird, erfolgt diese durch zugelassene Pflegedienste. Diese sollen mindestens zwei in der Wundbehandlung qualifizierten Mitarbeiter/innen vorhalten. Es gilt **Anlage 8**.

- (4) Wird nach Indikationssicherung durch die ZAFE eine stationäre Versorgung notwendig, werden die hiervon betroffenen Patienten auf die Möglichkeit der Versorgung in dafür besonders qualifizierten, nach den Kriterien der DDG zertifiziertes Krankenhaus (vgl. **Anlage 9**), hingewiesen.

§ 8 Dokumentation, Evaluation

- (1) Um eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der nach dieser Vereinbarung durchgeführten fachübergreifenden Behandlung zu ermöglichen, dokumentiert die ZAFE die Behandlungsschritte. Die Inhalte der Dokumentation sind in **Anlage 10** festgelegt.
- (2) Die Dokumentationen werden von den ZAFE ausgewertet. Sie stellen die Ergebnisse dem Projektausschuss in geeigneter Form zur Verfügung.
- (3) Die teilnehmenden Betriebskrankenkassen stellen dem Projektausschuss ihre vorliegenden Erkenntnisse über die Behandlungskosten (z. B. Kosten für Medikamente und Verbandmittel, Kosten für die adäquate Schuhversorgung, Kosten für die podologische Behandlung, Kosten für Behandlungspflege) der eingeschriebenen Patienten zur Verfügung (vgl. § 13).
- (4) Über eine Veröffentlichung der Ergebnisse nach Absatz 2 wird einvernehmlich im Projektausschuss entschieden (vgl. § 13).

§ 9 Qualitätssicherung

- (1) Die ZAFE bieten mindestens jährlich Qualitätszirkel für teilnehmende Hausärzte und kooperierende Leistungserbringer an. Für die Teilnahme an einem Qualitätszirkel erhalten die Hausärzte einen Nachweis. Die ZAFE informiert den BKK-LV NW über die Qualitätszirkel und die Teilnehmer.
- (2) Die Partner dieser Vereinbarung stimmen darin überein, dass die Teilnahme an einem im Rahmen der DMP Diabetes mellitus erforderlichen Qualitätszirkel für die Hausärzte gleichwertig ist mit einer Teilnahme an einem Qualitätszirkel nach § 9, wenn dort inhaltsgleiche Themen abgehandelt werden.

§ 10 Vergütung

- (1) Die vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte werden nach Maßgabe der jeweils geltenden Honorarvereinbarungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe vergütet, soweit nach Absatz 2 keine weitergehenden Vergütungsregelungen getroffen werden.
- (2) Die Vergütung für spezifische Leistungen nach dieser Vereinbarung wird für die Hausärzte und ZAFE in den **Anlagen 11 und 12** geregelt. Die für die Vergütung notwendigen finanziellen Mittel sollen aus Minderausgaben in den Leistungsbereichen Krankenhausbehandlung, Arznei- und Verbandmittel sowie Hilfsmittel refinanziert werden. Die Vergütungen nach den **Anlagen 11 und 12** werden zusätzlich zu den vertragsärztlichen Leistungen (gemäß EBM) außerhalb der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch die Betriebskrankenkasse gezahlt. Mit der Vergütung sind alle vertraglich aufgeführten Leistungen inkl. erforderlicher Dokumentation abgegolten.

- (3) Bei Anpassungen des EBM, von Sonderverträgen und/oder der Honorarverteilung gelten die Regelungen dieser Vereinbarung vorbehaltlich des Abschlusses einer neuen Vereinbarung weiter. Die Änderungen werden rechtzeitig zur Beratung in den Projektausschuss eingebracht und durch einvernehmliche Regelungen der Vertragspartner spätestens innerhalb von drei Monaten nach In-Kraft-Treten der Neuerungen ersetzt.

§ 11 Abrechnung

- (1) Die teilnehmenden ZAFE und die teilnehmenden Hausärzte rechnen die nach dieser Vereinbarung erbrachten Leistungen quartalsweise mit der KVWL ab.
- (2) Die Leistungen werden von der KVWL kassenseitig im Formblatt 3 unter der Kontenart 400, Kapitel 80 Abschnitt 4 mit einer Ausweisung der Leistung bis zur 6. Ebene unter Angabe der Häufigkeit erfasst und unter den in den **Anlagen 11 und 12** genannten Symbolnummern ausgewiesen.
- (3) Die KVWL erhebt für die Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag die satzungsgemäßen Verwaltungskosten.

§ 12 Datenschutz

- (1) Bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie bei der Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten bleiben die ärztliche Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Vorschriften unberührt und sind von allen Vertragspartnern zu beachten.
- (1) Ein behandelnder Leistungserbringer darf die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde von einem anderen Leistungserbringer nur dann abrufen, wenn der Versicherte ihm gegenüber seine Einwilligung erteilt hat, die Information für den konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden soll und der Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 des Strafgesetzbuches zur Geheimhaltung verpflichtet ist.
- (2) Die Vertragsparteien verpflichten sich, die für die Datenspeicherung und – Verarbeitung geltenden gesetzlichen Vorschriften nach den §§ 67 a und b SGB X einzuhalten.

§ 13 Projektausschuss

- (1) Zur Durchführung dieser Vereinbarungen, zur Klärung von Auslegungsfragen sowie Beilegung von Meinungsverschiedenheiten wird bei Bedarf ein Projektausschuss gebildet. Dem Projektausschuss gehören Vertreter der KVWL und der teilnehmenden Ärzte einerseits sowie andererseits des BKK-LV NW und der teilnehmenden Betriebskrankenkassen in gleicher Zahl an. Entscheidungen werden einvernehmlich getroffen; sie können auch auf dem Schriftwege herbeigeführt werden.
- (2) Auf Verlangen eines Vertragspartners ist der Projektausschuss einzuberufen. Jeder Vertragspartner trägt seine Kosten.

(3) Der Projektausschuss berät insbesondere zu Fragen

- des Leistungsumfanges,
- der einzubindenden qualifizierten Kooperationspartner,
- der Qualität der Versorgung
- der Vertragsauslegung und -weiterentwicklung,
- der Dokumentation und
- der ökonomischen und medizinischen Entwicklung .

§ 14

Maßnahmen bei Vertragsverletzung

(1) Verstößt der teilnehmende Vertragsarzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen nach dieser Vereinbarung, kann die KVWL im Auftrag der teilnehmenden Betriebskrankenkassen folgende Maßnahmen veranlassen:

- Aufforderung durch die KVWL, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
- keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen für die abgerechneten Leistungen nach den **Anlagen 11 und 12**,
- auf Antrag eines Vertragspartners und nach Entscheidung des Projektausschusses (vgl. § 13) Widerruf der Teilnahme und der Abrechnungsgenehmigung.

(2) Dem teilnehmenden Vertragsarzt/Genehmigungsinhaber ist vor Verhängung der Maßnahmen die Gelegenheit zu geben, sich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen zu äußern.

(3) Sonstige Schadenersatzansprüche sowie gesetzliche oder berufsrechtliche Maßnahmen bleiben unberührt.

§ 15

Öffentlichkeitsarbeit

(1) Die Vertragspartner stimmen sich über die Öffentlichkeitsarbeit ab.

(2) Die Betriebskrankenkassen informieren ihre Versicherten über die Möglichkeit der Teilnahme an dieser besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung.

§ 16

Salvatorische Klausel

(1) Sollte eine Bestimmung der Vereinbarung unwirksam oder die Vereinbarung unvollständig sein, so wird die Vereinbarung in ihrem 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) Die Vertragsparteien werden alles unternehmen, um auftretende Probleme bei der Durchführung dieser Vereinbarung durch Verhandlungen gütlich zu lösen.

...

§ 17
In-Kraft-Treten, Kündigung

- (1) Die Vereinbarung tritt am 01.10.2015 in Kraft. Sie kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende, frühestens zum 31.12.2016, gekündigt werden.
- (2) Soweit diese Vereinbarung die medizinischen Grundlagen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm) tangiert, sind erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen dieser Vereinbarung, die infolge geänderter Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 f Abs. 2 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgesehenen Fristen vorzunehmen. Kommt eine Einigung über die vorzunehmenden Änderungen nicht zustande, kann die Vereinbarung mit sofortiger Wirkung gekündigt werden.
- (3) Die Vereinbarung kann ferner aus wichtigem Grund gekündigt werden. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn die Voraussetzungen der Versorgung nach dieser Vereinbarung aus Gründen der Rechtsentwicklung oder wesentlichen medizinisch-wissenschaftlichen oder tatsächlichen Gründen entfallen.
- (4) Wenn die Zertifizierung als ambulante Fußbehandlungseinrichtung der DDG für eine oder mehrere an dieser Vereinbarung teilnehmende diabetologische Schwerpunktpraxen nicht oder nicht mehr erteilt wird oder die Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung entfällt, wird die Vereinbarung gegenüber dieser diabetologischen Schwerpunktpraxis mit sofortiger Wirkung beendet. Das Vertragsverhältnis der übrigen Partner dieser Vereinbarung bleibt hiervon unberührt.

Protokollnotiz zu § 4 Abs. 1:

Im Einzelfall kann im Einvernehmen mit der KVWL auch für einen nach § 4 Abs. 1 entsprechend qualifizierten und auf dem Gebiet der Versorgung von Patienten mit Diabetes ermächtigten Arzt eine Genehmigung nach § 4 Abs. 2 erteilt werden.

Dortmund, Essen, den 30.09.2015

Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe

BKK-Landesverband
NORDWEST

Dr. Gerhard Nordmann
2. Vorsitzender

Ass. jur. Dietmar Kämper
Geschäftsbereichsleitung