

**Vereinbarung**  
**für ein Versorgungskonzept**  
**zur Betreuung und Behandlung von Patienten mit**  
**diabetischem Fußsyndrom und Hochrisikofuß im Rahmen von**  
**strukturierten Behandlungsprogrammen zur Betreuung von**  
**Patienten mit Diabetes mellitus**

zwischen

der AOK Sachsen-Anhalt,  
Lüneburger Straße 4, 39106 Magdeburg

und

der IKK gesund plus  
Umfassungsstraße 85, 39124 Magdeburg

(im Folgenden Krankenkassen genannt)

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt  
Doctor-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg  
(im Folgenden KVSA genannt)

## **Präambel**

Das diabetische Fußsyndrom stellt eine der häufigsten Komplikationen im Zusammenhang mit einer Diabetes mellitus - Erkrankung dar. Bedeutendste Konsequenzen diabetischer Fußprobleme sind Ulzerationen und Amputationen, bis zu 10 % der Menschen mit Diabetes mellitus leiden an einem Fußulkus.

Das Hauptproblem bei der diabetischen Podopathie ist die Amputationsgefahr. Die Füße der Patienten erkranken mit Sensibilitätsstörungen, die von arteriellen Durchblutungsstörungen begleitet sein können. In der Folge kommt es zu schmerzlosen Verletzungen, Geschwüren und Nekrosen an den Füßen – insbesondere an druckbelasteten Stellen. Diese schmerzlosen Gewebsschäden veranlassen schlimmstenfalls die Fußamputation.

Eine rechtzeitige Revaskularisation senkt die Amputationsrate bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit. Verspätete Behandlung mindert bei akuten diabetischen Fußläsionen den Behandlungserfolg. Das hohe Amputationsrisiko kann durch die rechtzeitige und zielgerichtete Betreuung dieser Risikopatienten durch Spezialeinrichtungen reduziert werden.

Durch diese Vereinbarung soll eine zielgerichtete, der Komplexität der Erkrankung gerecht werdende qualifizierte Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom, aufsetzend auf bestehende Strukturen etabliert werden.

Die Vertragspartner sehen daher die Notwendigkeit, die Voraussetzungen für die Betreuung dieser Risikopatienten in besonderen Einrichtungen zu schaffen.

## **§ 1**

### **Geltungsbereich**

- (1) Diese Vereinbarung regelt den Leistungsumfang und die Vergütung für die Behandlung und Betreuung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom und Hochrisikofuß mit einer Wagner/Armstrong-Klassifizierung der Stadien A 2-5, B 2-5, C 1-5 und D 1-5 in Sachsen-Anhalt, die in einem strukturierten Behandlungsprogramm eingeschrieben sind.
- (2) Als Geltungsbereich dieser Vereinbarung gelten die Mittelbereiche gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie. Diese sind in Anlage 1 benannt. Je Mittelbereich ist maximal die Erteilung einer Genehmigung für einen teilnehmenden Arzt (im Weiteren Fußambulanz) möglich. In den Mittelbereichen Magdeburg-Stadt und Halle-Stadt können maximal je zwei Fußambulanzen genehmigt werden.

## **§ 2**

### **Teilnahme Ärzte**

- (1) Die KVSA schreibt die Fußambulanzen je Mittelbereich gemäß Anlage 1 unter Benennung der Teilnahmevoraussetzungen und Vergütung aus. Die Ausschreibung erfolgt für einen Teilnahmezyklus von jeweils drei Jahren. Es können sich Ärzte bewerben, die die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen.

- (2) Teilnahmeberechtigt sind Haus- und Fachärzte, die im Bereich der KVSA vertragsärztlich tätig sind:
  - a. Vertragsärzte,
  - b. durch Vertragsärzte angestellte Ärzte,
  - c. Ärzte in zugelassenen Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 SGB V,
  - d. Ärzte in Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt gem. § 105 Abs. 1 Satz 2 SGB V.
- (3) Die Ärzte, die sich gemäß Abs. 1 bewerben und im Rahmen dieser Vereinbarung als Fußambulanz tätig werden, müssen die Strukturvoraussetzungen der Anlage 2 erfüllen und gegenüber der KVSA nachweisen.
- (4) Die Ärzte beantragen ihre Teilnahme an dieser Vereinbarung über die Teilnahmeerklärung nach Anlage 3 dieser Vereinbarung.
- (5) Neben der Teilnahme als Fußambulanz können Ärzte zusätzlich als operativ-spezialisierte Fußambulanz an der Vereinbarung teilnehmen. Die Teilnahme ist über Anlage 4 dieser Vereinbarung zu beantragen.
- (6) Die Bewerbung für eine Teilnahme als Fußambulanz für den jeweiligen Mittelbereich hat bis zum 31.10. eines Jahres für den jeweils folgenden dreijährigen Teilnahmezyklus mit Beginn zum 01.01. des Folgejahres zu erfolgen. Die KVSA entscheidet unter Beachtung der Strukturvoraussetzungen nach Anlage 2 sowie der Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 dieser Vereinbarung über die Genehmigung als Fußambulanz.
- (7) Die Teilnahme des Arztes in dem jeweiligen Mittelbereich ist auf einen Zeitraum von maximal 3 Jahren begrenzt.
- (8) Ab dem zweiten Teilnahmezyklus nach Abs. 4 ist die Zertifizierung zur ärztlich geleiteten Fußbehandlungseinrichtung nach der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) oder eine gleichwertige Qualifikation als Strukturvoraussetzung anzustreben.
- (9) Die Teilnahme des Arztes endet:
  - mit dem Ende oder dem Wegfall der Berechtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.
  - durch Beendigung der Vereinbarung seitens der Krankenkassen oder der KVSA.
  - automatisch zum Ende des jeweiligen Teilnahmezyklus.
  - durch Aufhebung der Genehmigung durch die KVSA, wenn die Genehmigungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen oder sich herausstellt, dass die Genehmigungsvoraussetzungen nicht vorgelegen haben.

Die teilnehmenden Ärzte sind unverzüglich schriftlich über die Beendigung der Vereinbarung durch die KVSA zu informieren.

### **§ 3 Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte**

- (1) Neben der Strukturvoraussetzung gemäß Anlage 2 müssen folgende Mindestanzahlen für eine Teilnahme als Fußambulanz für den ersten ausgeschriebenen dreijährigen Teilnahmezyklus erfüllt werden:
  - a. Für bereits tätige Fußambulanzen im Jahr 2019: mindestens 35 behandelte Patienten im Jahr 2019 nach der Vereinbarung zur Betreuung und Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom und Hochrisikofuß im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen zur Betreuung von Patienten mit Diabetes vom 01.01.2008
  - b. Für Ärzte, die bisher über keine Genehmigung als Fußambulanz verfügt haben: mindestens 35 behandelte Patienten im Jahr 2019 nach der GOP 02311
- (2) Für eine Teilnahme als Fußambulanz für die weiteren Teilnahmezyklen ab dem 01.01.2024 sind neben den Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 2 ebenfalls Mindestfallzahlen zu erfüllen. Die Höhe der nachzuweisenden Mindestfallzahlen wird von den Vereinbarungspartnern bis spätestens 31.12.2022 festgelegt und veröffentlicht.

### **§ 4 Einbeziehung der Hausärzte**

- (1) Einbezogen werden alle im Bereich der KVSA tätigen Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internisten und Praktische Ärzte:
  - a. in Niederlassung,
  - b. bei einem Vertragsarzt angestellt,
  - c. ermächtigt gemäß § 24 Abs. 3 der Zulassungsverordnung,
  - d. tätig in zugelassenen Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V und Medizinischen Versorgungszentren gemäß § 95 SGB V,
  - e. tätig in Eigeneinrichtungen der KVSA gemäß § 105 Abs. 1 Satz 2 SGB V.
- (2) Die unter (1) benannten Hausärzte identifizieren Patienten mit Diabetes mellitus mit einem erhöhten Risiko für das diabetische Fußsyndrom anhand der Fußinspektionsintervalle der Anlage 7 „Versorgungsinhalte“ des strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 2 oder Diabetes mellitus Typ 1 sowie Patienten mit weiteren Indikationen, die mit dem diabetischen Fußsyndrom vergleichbar sind, wie z.B. Charcot-Fuß, Füße als Folge einer sensiblen oder sensomotorischen Neuropathie sowie Teilamputationen und steuern diese Patienten ab einer Klassifikation des diabetischen Fußsyndroms mit Fußstatus Wagner/Armstrong gem. § 1 Abs. 1 zur Behandlung an die Fußambulanz. Dabei soll der Patient bei der Terminvermittlung aktiv unterstützt werden.
- (3) Der unter (1) genannte Hausarzt ist nach diesem Vertrag zuweisender Arzt zu der besonderen Versorgungsform. Mit der Abrechnung der Überweisungspauschale zur Fußambulanz gemäß Anlage 5 erklärt er formal seine Teilnahme.

## **§ 5**

### **Aufgaben der als Fußambulanz teilnehmenden Ärzte**

- (1) Der Leistungsumfang ergibt sich aus der jeweiligen Anlage 7 „Versorgungsinhalte“ des strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 2 und oder Diabetes mellitus Typ 1 und aus der Leistungsbeschreibung gemäß Anlage 8 zu dieser Vereinbarung.
- (2) Die Leistungen dieser Vereinbarung werden gemäß Anlage 5 abgerechnet und vergütet.
- (3) Zum Zwecke der Qualitätssicherung sind die Vorgaben des § 8 zu beachten.
- (4) Die an dieser Vereinbarung teilnehmenden Ärzte verpflichten sich, im Regelfall Termine in Abstimmung mit dem zuweisenden koordinierenden Hausarzt zeitnah zu vergeben und die Behandlung / Diagnostik des Patienten zu beginnen.
- (5) Der teilnehmende Arzt erstellt im Falle einer Zuweisung einen Befundbericht an den Überweiser. Dafür ist das Formular gemäß Anlage 7 zu verwenden.
- (6) Die Ärzte verpflichten sich zu einem effizienten Einsatz der erforderlichen Verbandmittel. Dazu zählt insbesondere die wirtschaftliche Verordnungsweise von modernen Wundauflagen. Zur Unterstützung stellen die Krankenkassen Preisübersichten zur Auswahl kostengünstiger Produkte zur Verfügung.

## **§ 6**

### **Aufgaben der KVSA**

- (1) Die KVSA prüft die Teilnahmevoraussetzungen nach Anlage 2 unter Berücksichtigung der Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 und erteilt den Ärzten die Abrechnungsgenehmigung für die Leistungen nach Anlage 5 dieser Vereinbarung.
- (2) Die KVSA informiert alle berechtigten Ärzte nach § 1 Absatz 2 über diese Vereinbarung und die Möglichkeit der Teilnahme.
- (3) Gemäß § 1 Abs. 2 erfolgt das Genehmigungsverfahren je Mittelbereich durch die KVSA.
- (4) Sofern in einem Mittelbereich keine Fußambulanz genehmigt wurde oder der Arzt mit der Genehmigung einer Fußambulanz seine Teilnahme an dieser Vereinbarung vor Ende des dreijährigen Tätigkeitszyklus beendet, kann die KVSA bei Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen einem Arzt die Teilnahme bis zum Ablauf des jeweils gültigen Teilnahmezyklus genehmigen.
- (5) Vor Ablauf des jeweiligen Teilnahmezyklus nach § 2 Abs. 6 schreibt die KVSA die Fußambulanzen je Mittelbereich für den folgenden Zeitraum aus und führt ein erneutes Genehmigungsverfahren je Mittelbereich durch. Die Ausschreibung erfolgt im vorletzten Quartal des laufenden Teilnahmezyklus.
- (6) Die Diabeteskommission der KVSA bildet die „Arbeitsgruppe Diabetischer Fuß“, welche die jährliche Qualitätssicherung gemäß § 8 durchführt.
- (7) Die KVSA übernimmt die Abrechnung, die Abrechnungsadministration sowie die Zahlungen der Vergütungen.

- (8) Der Ausweis der Beträge erfolgt im Formblatt 3 gemäß der gültigen Formblatt-3-Inhaltsbeschreibung.
- (9) Insbesondere prüft KVSA die Voraussetzungen für die Abrechenbarkeit der Abrechnungsziffern gemäß Anlage 5 im Rahmen der Quartalsabrechnung. Ferner übernimmt die KVSA die sachliche und rechnerische Prüfung und ggf. die Berichtigung der ärztlichen Abrechnung, die Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen sowie die Auszahlung der Vergütung gegenüber den teilnehmenden Ärzten.

## **§ 7**

### **Aufgaben der Krankenkassen**

- (1) Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten über den Inhalt dieser Vereinbarung.
- (2) Der Patient ist über diese Vereinbarung sowie die damit in Zusammenhang stehende durchgeführte Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung bei den Vertragspartnern zu informieren.
- (3) Die Krankenkassen zahlen die Vergütung nach dieser Vereinbarung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

## **§ 8**

### **Qualitätssicherung**

- (1) Die teilnehmenden Ärzte der Fußambulanzen dokumentieren und senden die ersten 30 Behandlungsfälle pro Kalenderjahr in chronologischer Abfolge nach Anlage 6 bis zum 31. März des laufenden Jahres an die „Arbeitsgruppe Diabetischer Fuß“ der Diabeteskommission der KVSA.
- (2) Die teilnehmenden Ärzte der Fußambulanzen verpflichten sich im Rahmen der Qualitätssicherung die Anlage 7 zur Dokumentation des diabetischen Fußes bzw. Hochrisikofußes zu verwenden. Die AG „Diabetischer Fuß“ ist berechtigt zum Zweck der Qualitätssicherung, Behandlungsfälle (10 bis 20) inklusive der dazugehörigen Fotodokumentation (Darstellung des Beginns, des Verlaufs und dem Abschluss der Behandlung) vom teilnehmenden Arzt anzufordern und zu erhalten.
- (3) Die teilnehmenden Ärzte der Fußambulanzen dokumentieren gesondert die Behandlung und den Verlauf der diabetischen Füße mit dem Wagnerstadium 4 und 5 als Fotodokumentation. Die Arbeitsgruppe Diabetischer Fuß prüft die Dokumentationen im Rahmen einer jährlichen Stichprobenprüfung. Die an der Vereinbarung teilnehmenden Ärzte sind zur Einreichung der von der KVSA im Rahmen der Stichprobenprüfung angeforderten Unterlagen verpflichtet.
- (4) In den Praxen der teilnehmenden Ärzte der Fußambulanzen muss ein Hygieneplan vorhanden sein und umgesetzt werden.
- (5) Die Vertragspartner streben durch jährliche Treffen unter Auswertung von Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität die Weiterentwicklung der Vereinbarung an. Es wird beabsichtigt, das vorrangige Qualitätsziel der Vermeidung von Amputationen im Hinblick auf die mögliche Zielgröße, die Auswahlkriterien und die Auszahlung einer Zielvergütung umzusetzen.

- (6) Die Vertragspartner vereinbaren eine regelmäßige Qualitätssicherung zu Zielen und Inhalten des Vertrages mit Abgleichen der Umsetzungsstände, Aufbereitung von diesbezüglichen Unterlagen und regelmäßiger Information der Ärzte der teilnehmenden Hausärzte durch die Vertragspartner. Dabei können die Maßnahmen jeweils durch die Vertragspartner einzeln oder gemeinsam durchgeführt werden.
- (7) Über die genauen Inhalte der Beratungsthemen stimmen sich die Vertragspartner ab und informieren sich gegenseitig über die erfolgten Maßnahmen.

## **§ 9 Datenschutz**

- (1) Die Vertragsparteien sind aufgrund Gesetzes verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, BDSG bzw. Landesdatenschutzgesetz) einzuhalten.
- (2) Jede Vertragspartei hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit entsprechend Art. 32 EU-DSGVO und insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten.
- (3) Die Vertragsparteien verpflichten sich, die im Rahmen dieser Vereinbarung bekannt werdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus. Davon unberührt bleiben gesetzliche Offenbarungspflichten.
- (4) Die Daten dürfen nur im Rahmen dieser Vereinbarung genannten Zwecke verarbeitet, genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.
- (5) Die Vertragsparteien informieren sich gegenseitig unverzüglich über den Verdacht auf Datenschutzverletzungen. Für die gesetzlichen Meldeverpflichtungen an die für den Vertragspartner jeweils zuständige Aufsichtsbehörde ist der jeweilige Vertragspartner selbst verantwortlich.
- (6) Der Patient ist über die durchgeführte Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung bei den Vertragspartnern zu informieren.

## **§ 10 Laufzeit und Kündigung**

- (1) Diese Vereinbarung tritt zum 01.01.2021 in Kraft und ersetzt die „Vereinbarung zur Betreuung und Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom und Hochrisikofuß im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen zur Betreuung von Patienten mit Diabetes“ vom 01.01.2008.
- (2) Diese Vereinbarung kann 3 Monate zum Ende des dreijährigen Zyklus, erstmalig zum 31.12.2024, gekündigt werden.

- (3) Ein Recht zur außerordentlichen, fristlosen Kündigung der Vereinbarung ist insbesondere gegeben, wenn:
- die Voraussetzungen dieses Vertrages aus Gründen der Rechtsentwicklung, wesentlichen medizinisch-wissenschaftlichen oder tatsächlichen Gründen entfallen
  - aufgrund aufsichtsrechtlicher Bedenken oder einer Anweisung der zuständigen Aufsichtsbehörde eine Fortsetzung des Vertrages nicht mehr möglich ist.
- (4) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder -anpassungen, die durch gesetzliche, vertragliche oder behördliche Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich vorgenommen werden.

### **§ 11 Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen des Vertrages unwirksam sein oder durch gesetzliche Neuregelungen, aufsichtsrechtliche Beanstandungen, vergaberechtliche Nachprüfungsverfahren oder höchstrichterliche Rechtsprechung ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

Magdeburg, den

---

Kassenärztliche Vereinigung  
Sachsen-Anhalt

---

AOK Sachsen-Anhalt

---

IKK gesund plus



## **Anlagen**

- Anlage 1 Festlegung der Bereiche und der Anzahl der teilnehmenden Ärzte
- Anlage 2 Strukturqualität qualifizierter Arzt zur Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom oder Hochrisikofuß
- Anlage 3 Teilnahmeerklärung Arzt als Fußambulanz
- Anlage 4 Teilnahmeerklärung als operativ-spezialisierte Fußambulanz
- Anlage 5 Vergütung
- Anlage 6 Dokumentationsbogen zum diabetischem Fußsyndrom oder Hochrisikofuß - Befunderstellung zur Fußbehandlung
- Anlage 7 Dokumentationstabelle zur Ergebnisdokumentation der AG Fuß in der DDG
- Anlage 8 Ablauf und Durchführung

### Festlegung der Bereiche und der Anzahl der teilnehmenden Ärzte

Es werden folgende Mittelbereichen gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie nach § 1 Absatz 2 definiert:

- Aschersleben
- Bernburg
- Bitterfeld-Wolfen
- Burg
- Dessau-Roßlau
- Eisleben
- Gardelegen
- Genthin
- Halberstadt
- Haldensleben
- Halle-Land
- Havelberg
- Jessen
- Köthen
- Magdeburg-Land
- Merseburg
- Naumburg
- Oschersleben
- Osterburg
- Quedlinburg
- Salzwedel
- Sangerhausen
- Schönebeck
- Staßfurt
- Stendal
- Weißenfels
- Wernigerode
- Wittenberg
- Zeitz
- Zerbst
- Halle- Stadt
- Magdeburg – Stadt

Je Mittelbereich kann maximal ein Arzt am Vertrag teilnehmen, wenn die „Strukturqualität qualifizierter Arzt zur Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom oder Hochrisikofuß“ nach Anlage 2 erfüllt wird.

In den Bereichen Halle-Stadt und Magdeburg-Stadt sind maximal 2 teilnehmende Ärzte möglich.

### Strukturqualität qualifizierter Arzt zur Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom oder Hochrisikofuß

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
(1) persönliche Qualifikation des Arztes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Praktischer Arzt und Arzt ohne Facharztbezeichnung mit der Anerkennung als Diabetologe DDG oder einem Nachweis der Zusatzweiterbildung Diabetologie der Ärztekammer oder Qualifikationen nach dem Bildungsprogramm „Subspezialisierungsordnung Diabetologie“ der ehemaligen DDR vom 13.06.1983 mit nachweisbaren Erfahrungen (§ 3 Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte und 16 h Hospitation in einer spezialisierten ambulanten oder stationären Fußeinrichtung) mit der Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms <b>oder</b></li> <li>• Diabetologisch verantwortlicher Arzt mit nachweisbaren Erfahrungen (§ 3 Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte und 16 h Hospitation in einer spezialisierten ambulanten oder stationären Fußeinrichtung) mit der Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms</li> </ul> <p>In Kooperation mit einem diabetologisch verantwortlichen Arzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FA für Dermatologie mit entsprechender Qualifikation und Erfahrung (§ 3 Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte und Nachweis 16 h Hospitation in einer spezialisierten ambulanten oder stationären Fußeinrichtung) <b>oder</b></li> <li>• FA für Chirurgie oder ggf. mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie mit entsprechender Qualifikation und Erfahrung ((§ 3 Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte und Nachweis 16 h Hospitation in einer spezialisierten ambulanten oder stationären Fußeinrichtung) <b>oder</b></li> <li>• FA für Orthopädie mit entsprechender Qualifikation und Erfahrung (§ 3 Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte und Nachweis 16 h Hospitation in einer spezialisierten ambulanten oder stationären Fußeinrichtung)</li> </ul>
(2) Praxispersonal und dessen Qualifikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medizinisches Praxispersonal mit Kompetenz (Nachweis einer einwöchigen Hospitation in einer spezialisierten ambulanten oder stationären Fußeinrichtung) sowie Teilnahme an einem Workshop und mindestens eine jährliche Fortbildung) in lokaler Wundversorgung <b>oder</b></li> </ul>

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschäftigung einer nichtärztlichen Praxisassistentin</li> </ul>
(3) apparative Ausstattung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlungsstuhl oder -liege mit ausreichender Lichtquelle <b>und</b></li> <li>• Neurologische Basisdiagnostik (wie z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Warm-Kalt- und Spitz-Stumpf-Diskriminierung, Handy-Doppler)</li> <li>• <b>und</b> Apparative Ausstattung zur angiologischen Basisdiagnostik in Eigenleistung (bidirektionaler Doppler) <b>oder</b> Nachweis der Zusammenarbeit mit einer angiologisch tätigen Praxis zur angiologischen Basisdiagnostik per Auftragsleistung <b>und</b></li> <li>• Sterile Wundversorgung (wie z. B. Skalpelle, Pinzette, Nagelzange mit Übersetzung, Scheren, Verbandmaterial, scharfer Löffel, sterile und unsterile Handschuhe, Mundschutz, sterile Abdecktücher) <b>und</b></li> <li>• Sterilisation (Dampfsterilisator oder Autoklav) <b>und</b></li> <li>• Fotoapparat</li> </ul>
(4) Zusammenarbeit	Zusammenarbeit mit entsprechend qualifizierten Fachdisziplinen und –berufen (wie z. B. Gefäßchirurgie, Chirurgie, Orthopädie, Mikrobiologie, Angiologie, Interventionelle Radiologie, Orthopädie-Schuhmacher, Orthopädietechniker, Podologe)
(5) Qualitätssicherungsmechanismen	Teilnahme an mindestens zwei Fortbildungsveranstaltungen pro Kalenderjahr zum Diabetischen Fußsyndrom oder zur Wundversorgung

**Antrag auf Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung  
als Fußambulanz**

**Vereinbarung für ein Versorgungskonzept zur Betreuung und Behandlung von Patienten  
mit diabetischem Fußsyndrom und Hochrisikofuß im Rahmen von strukturierten  
Behandlungsprogrammen zur Betreuung von Patienten mit Diabetes mellitus**

Ich möchte als Vertragsarzt die Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom oder Hochrisikofuß übernehmen. Ich erfülle die Strukturqualität und verpflichte mich zur Einhaltung der Maßnahmen der Prozess- und Ergebnisqualität nach der o. g. Vereinbarung und erfülle folgende Voraussetzungen:

(1) persönliche Qualifikation des Arztes

- Diabetologisch verantwortlicher Arzt mit nachweisbaren Erfahrungen (§ 3 Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte und 16 h Hospitation in einer spezialisierten ambulanten oder stationären Fußeinrichtung) bei der Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms

Nachweis Hospitationsbescheinigung: ist beigefügt  liegt der KVSA vor

- Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Praktischer Arzt und Arzt ohne Facharztbezeichnung mit der Anerkennung als Diabetologe DDG einem Nachweis der Zusatzweiterbildung Diabetologie der Ärztekammer oder Qualifikationen nach dem Bildungsprogramm „Subspezialisierungsordnung Diabetologie“ der ehemaligen DDR vom 13.06.1983

oder in Kooperation mit einem diabetologisch verantwortlichen Arzt:

- FA für Dermatologie mit entsprechender Qualifikation und Erfahrung (§ 3 Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte und Nachweis 16 h Hospitation in einer spezialisierten ambulanten oder stationären Fußeinrichtung)

oder

- FA für Chirurgie oder ggf. mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie mit entsprechender Qualifikation und Erfahrung (§ 3 Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte und Nachweis 16 h Hospitation in einer spezialisierten ambulanten oder stationären Fußeinrichtung)

oder

- FA für Orthopädie mit entsprechender Qualifikation und Erfahrung (§ 3 Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte und Nachweis 16 h Hospitation in einer spezialisierten ambulanten oder stationären Fußeinrichtung)

Nachweis Hospitationsbescheinigung: ist beigefügt  liegt der KVSA vor

- Kooperierender verantwortlicher Arzt: \_\_\_\_\_  
Name des Arztes Arztstempel/Unterschrift

(2) Praxispersonal und dessen Qualifikation

- Medizinisches Fachpersonal (Praxispersonal): \_\_\_\_\_  
Name des Praxispersonals Name des Praxispersonals

mit Kompetenz (Nachweis einer einwöchigen Hospitation in einer spezialisierten ambulanten oder stationären Fußeinrichtung sowie Teilnahme an einem Workshop und mindestens eine jährliche Fortbildung in lokaler Wundversorgung)

(3) apparative Ausstattung

- Behandlungsstuhl oder -liege mit ausreichender Lichtquelle und
- Neurologische Basisdiagnostik (wie z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Warm-Kalt- und Spitz-Stumpf-Diskriminierung, Handy-Doppler) und
- Apparative Ausstattung zur angiologischen Basisdiagnostik in Eigenleistung (bidirektionaler Doppler) oder Nachweis der Zusammenarbeit mit einer angiologisch tätigen Praxis zur angiologischen Basisdiagnostik per Auftragsleistung und
- Sterile Wundversorgung (wie z. B. Skalpelle, Pinzette, Nagelzange mit Übersetzung, Scheren, Verbandmaterial, scharfer Löffel, sterile und unsterile Handschuhe, Mundschutz, sterile Abdecktücher) und
- Sterilisation (Dampfsterilisator oder Autoklav) und
- Fotoapparat

(4) Zusammenarbeit

- Zusammenarbeit mit entsprechend qualifizierten Fachdisziplinen und –berufen (wie z. B. Gefäßchirurgie, Chirurgie, Orthopädie, Mikrobiologie, Angiologie, Interventionelle Radiologie, Orthopädie-Schuhmacher, Orthopädietechniker, Podologe)
- Zusammenarbeit mit:

Fachdisziplinen und -berufen	Name und Anschrift	Arztstempel und/oder Unterschrift

(5) Qualitätssicherungsmechanismen

Ich verpflichte mich mindestens zwei Fortbildungsveranstaltungen pro Kalenderjahr zum Diabetischen Fußsyndrom oder zur Wundversorgung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt zur Aufrechterhaltung der Genehmigung einzureichen.

**Ich erkenne die Regelungen der medizinischen Versorgungsinhalte gemäß der jeweiligen Anlage 7 der folgenden Verträge an:**

- „Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 1“  
und
- „Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 2“  
an.

Ich bin umfassend über die vertraglichen Regelungen zur besonderen ambulanten Versorgung informiert. Die vertraglich vereinbarten Inhalte und die Ziele habe ich zur Kenntnis genommen und ich verpflichte mich zur Einhaltung der vertraglichen Regelungen.

**Weiterhin verpflichte ich mich,**

- bei meiner Tätigkeit die für die Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Informationssicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften (SGB V, SGB X, DSGVO, BDSG) zu beachten.
- zur Weitergabe von Patientendaten auf Grundlage des Vertrages sowie einer dazugehörigen schriftlichen Einwilligung des Patienten, die sich auf dessen Information zur Datenverarbeitung durch die Vertragspartner gemäß der DSGVO bezieht.
- zur vollständigen und korrekten Dokumentation der Behandlung.
- zur vereinbarten Leistungserbringung.

**Mir ist bekannt, dass**

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist. Ich kann die Beendigung meiner Teilnahme nach Ablauf aller im Rahmen dieses Versorgungsvertrages bei mir begonnenen Behandlungen gegenüber der KVSA erklären. Eine Kündigung hat schriftlich zu erfolgen.
- meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung bzw. Ruhen meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet und
- eine Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen einen Ausschluss aus dem Vertrag zur Folge haben kann.
- ich die Vergütung der erbrachten Leistungen aus diesem Vertrag von der KVSA erhalte.
- zwischen den Vertragspartnern eine Beratung der teilnehmenden Vertragsärzte zu Vertragsinhalten bzw. –ergänzungen vereinbart wurde und ich diese entgegennehmen kann.

**Ich willige ein, dass**

- mein Titel, Vorname und Name, Fachrichtung, zusammen mit meiner Praxisanschrift und meiner Praxistelefonnummer in einem Verzeichnis von der KVSA veröffentlicht wird.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf berührt nicht die bis dahin erfolgte Datenverarbeitung. Mit Widerruf der Einwilligung ist eine Teilnahme am Vertrag nicht mehr möglich.

**In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen beantrage ich die Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung aufgrund der Vereinbarung zur Betreuung und Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom und Hochrisikofuß im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen.**

---

(Ort) (Datum)

---

(Unterschrift, Arztstempel)

□ □-□ □-□ □ □  
(Arztnummer)

**Antrag auf Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung  
als operativ spezialisierte Fußambulanz**

**Vereinbarung für ein Versorgungskonzept zur Betreuung und Behandlung von Patienten  
mit diabetischem Fußsyndrom und Hochrisikofuß im Rahmen von strukturierten  
Behandlungsprogrammen zur Betreuung von Patienten mit Diabetes mellitus**

Ich besitze die Genehmigung zur Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom oder Hochrisikofuß im Rahmen der Vereinbarung für ein Versorgungskonzept zur Betreuung und Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom und Hochrisikofuß im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen zur Betreuung von Patienten mit Diabetes mellitus als Fußambulanz.

Ich erfülle die Strukturqualität und verpflichte mich zur Einhaltung der Maßnahmen der Prozess- und Ergebnisqualität nach o. g. Vertrag und erfülle folgende Voraussetzungen als operativ spezialisierte Fußambulanz:

(1) persönliche Qualifikation des Arztes

FA für Dermatologie mit entsprechender Qualifikation als Fußambulanz

oder

FA für Chirurgie oder ggf. mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie mit entsprechender Qualifikation als Fußambulanz

oder

FA für Orthopädie mit entsprechender Qualifikation als Fußambulanz

(2) Qualitätsanforderungen

- Mindestens 30 operative Eingriffe in einem Kalenderjahr mit folgenden OPS-Kennzeichen:

5-780.8w	5-780.8v	5-896.1g	5-865.7	5-865.8
----------	----------	----------	---------	---------

Ich bin umfassend über die vertraglichen Regelungen zur besonderen ambulanten Versorgung informiert. Die vertraglich vereinbarten Inhalte und die Ziele habe ich zur Kenntnis genommen und ich verpflichte mich zur Einhaltung der vertraglichen Regelungen.

**Weiterhin verpflichte ich mich,**

- bei meiner Tätigkeit die für die Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Informationssicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften (SGB V, SGB X, DSGVO, BDSG) zu beachten.
- zur Weitergabe von Patientendaten auf Grundlage des Vertrages sowie einer dazugehörigen schriftlichen Einwilligung des Patienten, die sich auf dessen Information zur Datenverarbeitung durch die Vertragspartner gemäß der DSGVO bezieht.
- zur vollständigen und korrekten Dokumentation der Behandlung.
- zur vereinbarten Leistungserbringung.

**Mir ist bekannt, dass**

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist. Ich kann die Beendigung meiner Teilnahme nach Ablauf aller im Rahmen dieses Versorgungsvertrages bei mir begonnenen Behandlungen gegenüber der KVSA erklären. Eine Kündigung hat schriftlich zu erfolgen.



- meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung bzw. Ruhen meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet und
- eine Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen einen Ausschluss aus dem Vertrag zur Folge haben kann.
- ich die Vergütung der erbrachten Leistungen aus diesem Vertrag von der KVSA erhalte.
- zwischen den Vertragspartnern eine Beratung der teilnehmenden Vertragsärzte zu Vertragsinhalten bzw. –ergänzungen vereinbart wurde und ich diese entgegennehmen kann.

**Ich willige ein, dass**

- mein Titel, Vorname und Name, Fachrichtung, zusammen mit meiner Praxisanschrift und meiner Praxistelefonnummer in einem Verzeichnis von der KVSA veröffentlicht wird.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf berührt nicht die bis dahin erfolgte Datenverarbeitung. Mit Widerruf der Einwilligung ist eine Teilnahme am Vertrag nicht mehr möglich.

**In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen beantrage ich die Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung als operativ spezialisierte Fußambulanz aufgrund der Vereinbarung zur Betreuung und Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom und Hochrisikofuß im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen.**

\_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift, Arztstempel)

□ □ - □ □ - □ □ □ □  
(Arztnummer)

## Vergütung

Ebene	Leistungsbeschreibung	Abrechnungsziffer	Vergütung
Hausarzt	<p><b>Überweisung zur Fußambulanz</b></p> <p>mit Fußstatus der Wagner/Armstrong-Klassifikation A 2-5, B2-5, C1-5 und D 1-5, Charcot-Fuß, Teilamputationen, Füße als Folge einer sensiblen oder sensomotorischen Neuropathie entsprechend der DMP-A-RL</p>	92100	15,00 € (1x KHF)
Fußambulanz	<p><b>Erstbehandlung</b></p> <p>Obligater Leistungsinhalt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anamnese</li> <li>▪ Ausführlicher Fußstatus</li> <li>▪ Fotodokumentation</li> <li>▪ Wundbehandlung</li> <li>▪ Schuh- und Einlagenbegutachtung</li> <li>▪ Labor (HbA1c, BZ, Mikroalbuminurie, Kreatinin, c-reaktives Protein, kleines Blutbild)</li> <li>▪ Blutdruckmessung</li> <li>▪ Sensibilitätsprüfung (Stimmgabeltest, Warm-Kalt-Test, Mikrofilament)</li> <li>▪ Beratung hinsichtlich der häuslichen Wundversorgung</li> <li>▪ Medizinische angemessene Beratung hinsichtlich der jeweiligen Fußläsion, des Stoffwechsels und der für die Läsion ursächlichen und damit assoziierten Risikofaktoren und fuß- und nagelpflegerische Maßnahmen</li> <li>▪ Dokumentation des Verlaufs inkl. Foto und der Tätigkeiten</li> <li>▪ Arztbrief inkl. Dokumentation nach Anlage 6</li> <li>▪ Versand QS nach Anlage 5</li> </ul> <p>Fakultativer Leistungsinhalt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ EKG</li> <li>▪ Doppler-sonographische Untersuchung der Venen oder der Arterien einer Extremität</li> <li>▪ Kurzbericht</li> <li>▪ Telefonische konsiliarische Erörterung mit Chirurgen,</li> </ul>	<p>92101L oder 92101R</p> <p><b>Zuschlag für den 2. Fuß:</b> 92111L oder 92111R</p>	<p>Wagner 1: <b>138,00 €</b> (ein Fuß)</p> <p>Wagner 1: <b>69,00 €</b> (zweiter Fuß)</p> <p>(jeweils 1x KHF)</p>
		<p>92102L oder 92102R</p> <p><b>Zuschlag für den 2. Fuß:</b> 92112L oder 92112R</p>	<p>Wagner 2: <b>171,00 €</b> (ein Fuß)</p> <p>Wagner 2: <b>85,50 €</b> (zweiter Fuß)</p> <p>(jeweils 1x KHF)</p>
		<p>92103L oder 92103R</p> <p><b>Zuschlag für den 2. Fuß:</b> 92113L oder 92113R</p>	<p>Wagner 3/ Charcot-Fuß: <b>211,00 €</b> (ein Fuß)</p> <p>Wagner 3/ Charcot-Fuß: <b>105,50 €</b> (zweiter Fuß)</p> <p>(jeweils 1x KHF)</p>
		<p>92104L oder 92104R</p> <p><b>Zuschlag für den 2. Fuß:</b> 92114L oder 92114R</p>	<p>Wagner 4: <b>250,00 €</b> (ein Fuß)</p> <p>Wagner 4: <b>125,00 €</b> (zweiter Fuß)</p> <p>(jeweils 1x KHF)</p>

	<p>Angiologen, Orthopäden, Hautarzt u./o. Krankenhäuser</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abtragung ausgedehnter Nekrosen</li> <li>▪ Verband</li> </ul>	<p><b>92105L oder 92105R</b></p> <p><b>Zuschlag für den 2. Fuß: 92115L oder 92115R</b></p>	<p>Wagner 5: <b>290,00 €</b> (ein Fuß)</p> <p>Wagner 5: <b>145,00 €</b> (zweiter Fuß)  (jeweils 1x KHF)</p>
	<p><b>Folgebehandlung</b></p> <p>Obligater Leistungsinhalt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fußinspektion</li> <li>▪ Wundkontrolle</li> <li>▪ BZ-Werte</li> <li>▪ Dokumentation des Verlaufs inkl. Foto und der Tätigkeiten</li> <li>▪ Beratung hinsichtlich der häuslichen Wundversorgung</li> <li>▪ Medizinische angemessene Beratung hinsichtlich der jeweiligen Fußläsion, des Stoffwechsels und der für die Läsion ursächlichen und damit assoziierten Risikofaktoren und fuß- und nagelpflegerische Maßnahmen</li> </ul> <p>Fakultativer Leistungsinhalt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ HbA1c – Messung</li> <li>▪ Schuh- und Einlagenbegutachtung nach orthopädischer Neuverordnung</li> <li>▪ Rücksprache mit Orthopädie-schuhmacher, konsiliarische Erörterung mit Chirurgen, Angiologen, Orthopäden, Hautarzt u./o. Krankenhäuser</li> <li>▪ Abtragung ausgedehnter Nekrosen</li> <li>▪ Verband</li> </ul>	<p><b>92121L 92121R</b></p>	<p>Wagner 1: <b>46,00 €</b> (je Fuß, 1xBHF, für max. 3 Quartale im gleichen KHF wie Erstbehandlung)</p>
		<p><b>92122L 92122R</b></p>	<p>Wagner 2: <b>57,00 €</b> (je Fuß, 1xBHF, für max. 3 Quartale im gleichen KHF wie Erstbehandlung)</p>
		<p><b>92123L 92123R</b></p>	<p>Wagner 3/ Charcot-Fuß: <b>69,00 €</b> (je Fuß, 1xBHF, für max. 3 Quartale im gleichen KHF wie Erstbehandlung)</p>
		<p><b>92124L 92124R</b></p>	<p>Wagner 4: <b>80,00 €</b> (je Fuß, 1xBHF, für max. 3 Quartale im gleichen KHF wie Erstbehandlung)</p>
		<p><b>92125L 92125R</b></p>	<p>Wagner 5: <b>91,00 €</b> (je Fuß, 1xBHF, für max. 3 Quartale im gleichen KHF wie Erstbehandlung)</p>

	<b>Nachsorgepauschale</b>	<b>92130</b>	<b>30,00 €</b> (1xBHF, für max. 4 Quartale nach der letzten Folgebehandlung)
<b>Operativ spezialisierte Fußambulanz</b>	<b>Operative Versorgung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ EBM 31102, 31108, 31131, 31132, 31138 entsprechend operativer Eingriffe mit folgenden OPS-Kennzeichen: 5-896.1g, 5-780.8w, 5-780.8v</li> </ul>	<b>92132</b>	als Zuschlag zu den EBM-Ziffern: 31102, 31108, 31131, 31132, 31138  <b>jeweils 50,00 €</b>
<b>Weiterbehandelnde Fußambulanz</b>	<b>Konsiliarzuschlag</b> (ersetzt die Erstbehandlung)	<b>92134</b>	<b>170,00 €</b>  (1x KHF bei Vorlage einer Überweisung durch Fußambulanz)
	<b>Zuschlag für den Einsatz einer nichtärztlichen Praxisassistentin in der Häuslichkeit zur besonders qualifizierten Fußversorgung:</b> <b>Besuch eines Patienten:</b> EBM 38202, 03062, Mitbesuch eines Patienten: EBM 38207, 03063		als Zuschlag zu den EBM-Ziffern: 38202, 03062, 38207, 03063  <b>jeweils 10,00 €</b> (max. 6x im Quartal)

- (1) Die Abrechnung der Überweisung zur Fußambulanz (92100) ist einmal pro Krankheitsfall (KHF) gemäß § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag möglich.
- (2) Die Abrechnung der Überweisung zur Fußambulanz (92100) schließt die gleichzeitige Abrechnung der Pseudoziffern 99690A, 99690B aus der vereinbarten Überweisungssteuerung sowie die Abrechnung der EBM-Ziffer 03008 aus.
- (3) Die Abrechnung der Erstbehandlung (92101L, 92101R, 92102L, 92102R, 92103L, 92103R, 92104L, 92104R, 92105L, 92105R) ist einmal im Krankheitsfall möglich. Für die Erstbehandlung des zweiten Fußes im KHF ist der Zuschlag (92111L, 92111R, 92112L, 92112R, 92113L, 92113R, 92114L, 92114R, 92115L oder 92115R) einmal berechnungsfähig. Eine erneute Abrechnung der Erstbehandlung im Fall einer neu auftretenden Wunde ist erst nach dokumentiertem Wundverschluss der alten Wunde am behandelten Fuß möglich. Die gleichzeitige Abrechnung der Folgebehandlung (92121L, 92121R, 92122L, 92122R, 92123L, 92123R, 92124L, 92124R, 92125L oder 92125R) am gleichen Fuß ist innerhalb eines Behandlungsfalls gemäß § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag ausgeschlossen. Die Abrechnungsziffern der Folgebehandlung je Fuß kann einmal pro Behandlungsfall gemäß § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag, längstens für 3 aufeinanderfolgende Quartale abgerechnet werden. Die Pauschalen für die Folgebehandlung sind pro Patienten pro Fuß berechnungsfähig.
- (4) Bei der Überweisung eines Patienten in medizinisch begründeten Ausnahmefällen durch eine Fußambulanz an eine weitere an dieser Vereinbarung teilnehmende Fußambulanz kann der Konsiliarzuschlag (92134) abgerechnet werden. Die

Abrechnung des Konsiliarzuschlag schließt die Abrechnung der Erstbehandlung im gleichen Krankheitsfall gemäß § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag aus. Die Folgebehandlung ist je Fuß, 1x im BHF, für max. 3 Quartale im gleichen KHF wie der Konsiliarzuschlag abrechenbar. Eine Doppelabrechnung durch die überweisende Fußambulanz ist ausgeschlossen.

- (5) Im Rahmen dieser Überweisung sind durch den überweisenden Arzt folgende Unterlagen dem nachbehandelnden Arzt zu übermitteln: Arztbrief inkl. Anamnese, Behandlungshistorie und ggf. umfassende Fotodokumentation.
- (6) Neben der Abrechnung der Erst- und Folgebehandlung sind folgende Ziffern gemäß EBM nicht im gleichen Behandlungsfall gemäß § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag berechnungsfähig:
  - 02311 (lt. EBM „Behandlung diabetischer Fuß“) unter Beachtung der weiteren Ausschlussziffern in Verbindung mit 02311: 02300 bis 02302, 02310, 02312, 02313, 02350, 02360, 10340 bis 10342, 30214, 30500 und 30501, 07310, 07311, 07340, 10330, 18310, 18311, 18340
  - 01600 (Ärztlicher Bericht)
  - 01601 (individueller Arztbericht)

Dokumentationstabelle zur Ergebnisdokumentation der AG Fuß in der DDG

Einschlussbefund						Nachuntersuchung nach 6 Monaten							
	Patient (Initialien)	Geburts- datum	Datum Einschluss	Wagner/ Armstrong bei Einschluss	DNOAP Sanders/ Levin bei Einschluss	Datum der Nachunter- suchung	Majo Amp. bis ausschl. Syme	Minor Amp. bis einschl. Syme	Sonstige Operation	Stat. Aufnah- me	Wagner/ Armstrong bei NU	DNOAP Sanders/ Levin bei NU	Tod
1.													
2.													
3.													
4.													
5.													
6.													
7.													
8.													
9.													
10.													
11.													
12.													
13.													
14.													
15.													
16.													
17.													
18.													
19.													
20.													
21.													
22.													
23.													
24.													
25.													
26.													
27.													
28.													
29.													
30.													

Datum:

Arztnummer:  - -

Stempel und Unterschrift:

### **Erläuterung zur Dokumentationstabelle:**

Die Behandlungsergebnisse von 30 konsekutiv behandelten Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom innerhalb eines Behandlungszeitraums von 12 Monaten müssen dokumentiert sein. Bei stationären Patienten ist der Nachuntersuchungstag 6 Monate nach dem Aufnahmetag (s. Anlage), bei ambulanten Patienten ist der Nachuntersuchungstag 6 Monate nach Beginn der eigenen Behandlung. Einrichtungen, die sowohl ambulant als auch stationär behandeln, müssen jeweils 1 Patientengruppe mit jeweils 30 Patienten vorlegen. Ambulante Patienten, die stationär in der eigenen Einrichtung behandelt werden, können in beiden Patientengruppen aufgeführt werden.

### **Legende zur Dokumentation:**

Bei ambulanten Behandlungseinrichtungen gilt der Tag als Einschlusstag, an dem der Patient mit einer neuen Läsion oder mit einer neu aufgetretenen akuten OAP (Levin 1) in der Einrichtung erstmalig betreut wird. Bei stationären Einrichtungen ist es der Tag der stationären Aufnahme in der jeweiligen Einrichtung.

Sowohl bei stationären als auch bei ambulanten Behandlungseinrichtungen ist ein Nachuntersuchungstag sechs Monate (+/- 1 Monat) nach Einschluss (Einschlusstag) eines Patienten einzuberaumen. Erfasst wird dann der aktuelle klinische Status unabhängig von der zum Einschluss führenden Läsion oder OAP.

### **Begriffsdefinitionen:**

#### Stadien 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

#### Lokalisation nach Sanders

- 1 Interphalangealgelenke, Phalangen, Metatarsophalangealgelenke, Metatarsalia
- 2 Tarsometatarsalgelenke
- 3 Navikulocuneiformgelenk, Talonavikulargelenk, Calcaneocuboidalgelenk
- 4 Sprunggelenk
- 5 Calcaneus

Quelle: Diabetic neuropathic osteoarthopathy. Sanders. In: Frykberg: The high risk foot in diabetes mellitus. Churchill Livingstone 297 (1991)



### Verlaufsstadien nach Levin

- 1 akutes Stadium: Fuß gerötet, geschwollen, überwärmt (Rö. ggf. noch normal)
- 2 Knochen und Gelenkveränderungen; Frakturen
- 3 Fußdeformität: ggf. Plattfuß, später Wiegefuß durch Frakturen und Gelenkzerstörungen
- 4 zusätzliche plantare Fußläsion

minor amputation: Zehen(teil)-, Strahlresektion, Vorfuß(teil)amputation, Lisfranc-Amputation (tarsometatarsal), Chopart-Amputation (talonavicular / calcaneocubiod), Syme-Amputation (Fußexartikulation), Pirogoff-Amputation, Calcaneusresektion u.a.

major amputation: Unterschenkelamputation, Kniegelenksexartikulation, Oberschenkelamputation u.a.

sonst. Operationen: z.B.: Metatarsale-Köpfchenresektion, Achillessehnenverlängerung, Hallux valgus-Operation u.a.

**Dokumentationsbogen zum diabetischem Fußsyndrom oder Hochrisikofuß**

**Befunderstellung zur Fußbehandlung**

**Befragung**

Diabetes:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn Ja, seit:
Letzte Blutzuckermessung	Am	Wert: Hba1C:
Insulin-Pflicht	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Typ:
Schmerzen in den Beinen	Nein <input type="checkbox"/>	
Nach längerer Gehstrecke	> 200m <input type="checkbox"/>	< 200m <input type="checkbox"/>
Nächtliche Wadenkrämpfe	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

**Angaben zur ärztlichen Diagnose:**

Neuropathie (sensomotorisch) <input type="checkbox"/>	Angiopathie (pAVK) <input type="checkbox"/>	Mischform <input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen:	Implantate:	Andere Risiken:
Nagelerkrankungen:	Medikamente:	

**Fußuntersuchung:**

Oedeme / Schwellungen Ja <input type="checkbox"/> Ursache  Nein <input type="checkbox"/>	Gefäßerkrankung:	Infektionen / Effloreszenzen			
Farbe der Haut blass <input type="checkbox"/> rosig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/>	Hyperkeratosen: plantar <input type="checkbox"/> dorsal <input type="checkbox"/>	Art:			
Fußpulse: A.dorsalis pedis A.fibralis poerior	Normal: vorhanden: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	schwach: <input type="checkbox"/> nicht <input type="checkbox"/>			
<u>Vibrationsempfinden:</u> Innen Knöchel Großzehengrundgelenk Spitze der Großzehen	Wert: in 1/8 <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr></table>				Filamenttest: blass <input type="checkbox"/> blass <input type="checkbox"/>
Gelenkbeweglichkeit:	gut <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> kontrakt <input type="checkbox"/>	Bereich:			

Exostosen:	Fußdeformitäten:	Inspektion der Schuhe:
------------	------------------	------------------------

