

# Teilnahmeerklärung DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ

(Krankenhausarzt mit entspr. Ermächtigung)



Erklärung zur Teilnahme am Vertrag  
Diabetisches Fußsyndrom  
(DFS Sachsen)

nach § 73a SGB V  
zwischen der AOK PLUS  
und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS)

Diese Teilnahmeerklärung per Fax an KVS  
senden.

**Wichtige Hinweise:**

Bei Teilnahme von Krankenhäusern muss jeder Facharzt (mit entsprechender Ermächtigung) eine gesonderte Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme von angestellten Fachärzten ist die Unterschrift des teilnehmenden Facharztes und des Leiters auf dieser Teilnahmeerklärung zwingend erforderlich.

Änderungen der Stammdaten (insb. Änderungen der Adresse, Bankverbindung, Betriebsstättennummer) sind unverzüglich schriftlich der KVS mitzuteilen.

Praxisart entspr. § 5a Abs. 1 Nr. 6 (Bitte bestätigen):

Ambulantes Fußbehandlungszentrum eines klinischen Fußbehandlungszentrums (Diabetes-Fuß-Ambulanz)

**Stammdaten des teilnehmenden ermächtigten Krankenhausarztes - Ermächtigung, die berechtigen, im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung Leistungen zur Untersuchung und Behandlung diabetischer FüÙe durchzuführen (Bitte in Blockschrift ausfüllen)**

Titel	LANR	BSNR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nachname	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>

StraÙe & Hausnummer (Anschrift)

PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Telefon	Fax
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Leiter des Krankenhauses:**

Titel	Nachname	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Name des Krankenhauses

**Ich/wir bestätige/n durch meine/unsere Unterschrift/en, dass**

- ich/wir die in § 5a definierten Teilnahmevoraussetzungen und insbesondere die Anforderungen an den Versorgungsverbund gem. § 11a erfülle/n.
- ich mich/wir uns
  - zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages Diabetisches Fußsyndrom Sachsen, insbesondere der umseitig beschriebenen Rechte und Pflichten, verpflichte/n und diese akzeptiere/n.

Datum

.. 20

.....  
Unterschrift des ermächtigten Krankenhausarztes

Stempel des ermächtigten Krankenhausarztes

Datum

.. 20

.....  
Unterschrift des Leiters des Krankenhauses

Stempel des Krankenhauses

Hiermit erkläre/n ich/wir verbindlich die Teilnahme am Vertrag Diabetisches Fußsyndrom Sachsen gegenüber der KVS.

1. Ich bin/wir sind umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages Diabetisches Fußsyndrom Sachsen informiert. Die vertraglich vereinbarten Grundsätze und Ziele, die zu erbringenden Leistungen, die Rechte und die zu beachtenden Pflichten sind mir/uns bekannt und ich/wir erkenne/n diese vollumfänglich an.
2. Hiermit erkläre ich/wir, dass ich als ermächtigter Facharzt im Rahmen meiner Tätigkeit in der Diabetes-Fuß-Ambulanz
  - die geforderten Qualitäts- und Strukturkriterien (§ 5a) zum Zeitpunkt der Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung gegeben sind.
  - eine enge Zusammenarbeit mit mindestens einem für die Versorgung von Diabetikern zertifizierten, abgabe- und lieferberechtigtem Orthopädie-Schuhmacher/Schuhtechniker gegeben ist.
  - bei Verordnungen von Arznei- und Verbandmitteln die Anlage 8 beachtet und umgesetzt wird (§ 5a Abs. 3 Nr. 6).
3. Mir/uns ist insbesondere bekannt, dass
  - die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und die Teilnahmevoraussetzungen entsprechend dem Vertrag nach § 5a erfüllt sein müssen.
  - die Teilnahme vorbehaltlich der Teilnahmebestätigung mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung beginnt und die Teilnahme mit einer Frist von 4 Wochen schriftlich durch Erklärung gegenüber der KVS zum Quartalsende gekündigt werden kann.
  - die Teilnahme an diesem Vertrag bei Vertragsänderungen bzw. -ergänzungen innerhalb von 4 Wochen ab Bekanntgabe der Änderungen durch die KVS zum Quartalsende gekündigt werden kann, wenn wir von der Änderung oder Ergänzung betroffen sind und wir deshalb die Teilnahme beenden wollen (Sonderkündigungsrecht).
  - die Teilnahme an diesem Vertrag automatisch mit der Beendigung, der Rückgabe, dem Ruhen oder dem Entzug der Ermächtigung endet, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung oder eines Ausschlusses bedarf.
  - die Teilnahme an diesem Vertrag auf die Laufzeit dieses Vertrages begrenzt ist und automatisch zu dem Zeitpunkt endet, zu dem dieser Vertrag – gleich aus welchem Grund – zwischen den Vertragspartnern endet.
  - mir/uns gegenüber die Teilnahme an diesem Vertrag durch die KVS mit sofortiger Wirkung gekündigt werden (Ausschluss) kann, wenn
    - die Teilnahmeberechtigung und/oder die Teilnahmevoraussetzungen gem. § 5a nicht mehr oder nicht mehr vollständig erfüllt sind und dieser Mangel trotz entsprechender Aufforderung durch die KVS nicht innerhalb angemessener Frist beseitigt wird;
    - Fehlabrechnungen vorgenommen werden;
    - ich/wir gegen eine andere nach Maßgabe dieses Vertrages im Rahmen der Teilnahme auferlegte wesentliche Verpflichtung verstoße/n und diesen Verstoß trotz entsprechender Aufforderung unter angemessener Fristsetzung durch die KVS nicht innerhalb der Frist beseitige/n oder wenn ich/wir in erheblichem Umfang gegen sonstige wesentliche Verpflichtungen (z. B. des Vertragsarztrechts oder der Berufsordnung) verstoße/n.
  - die Entscheidung über den Ausschluss die Vertragskommission gemäß § 18 vorbereitet und mir/uns vor dem Ausschluss die Gelegenheit gegeben wird, mich/uns zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen schriftlich zu äußern.
  - der Vergütungsanspruch gegenüber der KVS besteht und die Abrechnung der Leistungen aus diesem Vertrag quartalsweise gegenüber der KVS zu erfolgen hat (Anlage 7a).
  - die KVS die vertraglich erbrachten Leistungen gegenüber der AOK PLUS abrechnet (Anlage 7b).
  - der Vergütungsanspruch nur besteht, wenn vom Versicherten eine gültige Teilnahme- und Einwilligungserklärung vorliegt und dieser am Tag der Leistungserbringung bei der AOK PLUS versichert ist.
  - bei Teilnahme eines Krankenhauses die Vergütung vertraglich erbrachter Leistungen nur diesem und nicht dem einzelnen angestellten Facharzt zusteht.
  - meine/unsere Daten zum Zwecke der Erfassung der Teilnahme und Abrechnung der von mir/uns erbrachten Leistungen der AOK PLUS zur Verfügung gestellt und von dieser zur Erfüllung ihrer vertraglichen Aufgaben erfasst, gespeichert und verarbeitet werden.
  - das sich der vorliegende Vertrag als besondere Versorgungsform der vertragsärztlichen Versorgung versteht und soweit keine abweichenden Regelungen getroffen werden, die allgemeinen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen, insbesondere das SGB V und das Vertragsarztrecht uneingeschränkte Anwendung finden. Die Regelungen dieses Vertrages ergänzen insoweit die Rechte und Pflichten der vertragsärztlichen Versorgung und die von den Regeln der GKV geprägten Behandlungsverhältnisse zwischen Vertragsarzt und Patient. Deren Inhalt wird durch diesen Vertrag mit geprägt und ihr Umfang nur insoweit modifiziert, wie sich dies aus diesem Vertrag ergibt und dessen Sinn und Zweck entspricht. Die medizinische Verantwortung für die Behandlung verbleibt beim jeweils behandelnden VERTRAGSARZT. Dieser erbringt seine ärztlichen Leistungen nach Maßgabe der vertragsärztlichen Versorgung und dieses Vertrages in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen gesetzlichen Regelungen. Die VERTRAGSÄRZTE haften nicht für die Leistungen der jeweils anderen VERTRAGSÄRZTE. Der Versorgungsverbund bildet keine Gesellschaft bürgerlichen Rechts nach §§ 705 ff. BGB und die selbständige Berufsausübung der beteiligten VERTRAGSÄRZTE bleibt gewahrt. In diesem Rahmen wirken die VERTRAGSÄRZTE bei der Versorgung der Versicherten zusammen.
4. Des Weiteren verpflichte/n ich mich/wir uns, dass ich/wir die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste/n und bei der Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte/n und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe/n.
5. Hiermit bestätige ich, dass ich in einem Krankenhaus, (Diabetes-Fuß-Ambulanz), tätig bin, welches sich im Freistaat Sachsen befindet.
6. Ich/wir werde/n die KVS unverzüglich informieren, wenn die in § 5a genannten Teilnahmevoraussetzungen nicht erfüllt sind oder sich sonstige Angaben wie Anschrift, Betriebsstättennummer (BSNR), Bankverbindung oder die Zusammensetzung des Versorgungsverbundes ändern.
7. Ich bin/wir sind mit der Veröffentlichung folgender Angaben auf den Internetseiten der KVS und der AOK PLUS einverstanden: Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefon-/Faxnummer. Weiterhin erkläre/n ich mich/wir uns mit der Weitergabe dieser Angaben an Versicherte der AOK PLUS und Vertragsärzte bereit.
8. Darüber hinaus erkläre/n ich mich/wir uns bereit, an einer Evaluation nach § 26 teilzunehmen, sofern diese im Rahmen des Vertrages Diabetisches Fußsyndrom Sachsen durchgeführt wird und die ggf. damit verbundenen Dokumentationen durchzuführen.