

SAMMELERKLÄRUNG

Zu der Abrechnung für das Quartal _____ / 20__

Die Abrechnung wurde leitungsgebunden (online) übertragen
Anzahl der eingereichten Dateien angeben

Folgende Gesamtfallzahl wurde von mir zur Abrechnung eingereicht:
Bitte unbedingt die Gesamtfallzahl angeben

1. Allgemeine Erklärung

Die abgerechneten Leistungen sind von mir/uns persönlich erbracht worden (§§ 15, 25 Bundesmantelvertrag). Die Eintragungen auf den Abrechnungsscheinen bzw. Abrechnungsdatensätzen sind vollständig sowie inhaltlich und sachlich richtig.

Sämtliche abgerechneten Leistungen wurden entsprechend den Bestimmungen zur vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere nach den Regularien des SGB V, Bundesmantelvertrag (§ 25 Abs. 2 und 3 BMV-Ärzte), Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen, Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Verträge auf Bundes- und Landesebene, Abrechnungsbestimmungen sowie nach dem sonstigen Satzungsrecht der KVS erbracht.

Leistungen im Rahmen von Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung sind ausschließlich auf Vordruck 19 abgerechnet worden.

Ich bestätige, dass sämtliche zur Erbringung von qualifikationsgebundenen Leistungen erforderlichen Voraussetzungen (Genehmigung, Zusatzbezeichnung o.ä.) erfüllt sind.

Haben Vertreter/innen genehmigungspflichtige Leistungen erbracht, so wird versichert, dass die Qualifikationsvoraussetzungen in der Person der Vertreterin/des Vertreters erfüllt waren. Soweit genehmigungspflichtige Leistungen durch eine angestellte Ärztin/einen angestellten Arzt nach § 32 b Ärzte-ZV bzw. eine angestellte Ärztin/einen angestellten Arzt in einem Medizinischen Versorgungszentrum nach § 95 Abs. 1 SGB V erbracht wurden, habe ich die erforderlichen Qualifikationen gegenüber der KVS nachgewiesen. *(Ausgenommen von dieser Regelung sind psychotherapeutische Ärzte und psychologische Psychotherapeuten, da eine Vertretung in der Psychotherapie nicht zulässig ist.)*

Das durch die Krankenkassen bewilligte Leistungskontingent für psycho- und verhaltenstherapeutische Leistungen ist nicht überschritten worden. Ich erkläre ausdrücklich keine psycho- und verhaltenstherapeutischen Leistungen durchzuführen, bevor die Bewilligung durch die Krankenkasse erteilt wurde.

Im Falle der Leistungserbringung im Rahmen einer Ermächtigung oder im Rahmen einer Sonderbedarfszulassung versichere ich, den Rahmen der Ermächtigung bzw. der Zulassung beachtet zu haben.

Ich bestätige, dass - sofern kein vom Versicherten gültiger Überweisungsschein vorgelegen hat - die Krankenversichertenkarten aller Versicherten, die von mir in diesem Quartal behandelt worden sind, eingelesen wurden, es sei denn, es handelte sich um eine Notfallbehandlung, die im Ersatzverfahren aufgrund der Angaben des Versicherten oder anderer Auskunftspersonen abgerechnet worden ist und bei der der Versicherte die Krankenversichertenkarte nicht vorlegen und den Behandlungsschein nicht unterschreiben konnte. Sonstige abgerechneten Behandlungen im Ersatzverfahren (z. B. Krankenversichertenkarte defekt, Lesegerät defekt, durch Kassenwechsel noch keine Krankenversichertenkarte vorhanden) sind im Einzelfall mit Begründung zur Abrechnung beigelegt.

2. Laborleistungen

- ☒ Zutreffendes bitte ankreuzen! -

Die Qualitätssicherung (interne und externe Maßnahmen) bei Laborleistungen wird entsprechend den geltenden Bestimmungen durchgeführt.

Ich gehöre keiner Laborgemeinschaft an.

Ich bin Mitglied der Laborgemeinschaft

(Name der Laborgemeinschaft)

Ich beziehe meine ringversuchspflichtigen Laborparameter z.Zt. von

deren Erbringung nach § 4 Eichordnung erfolgt.

3. EDV-Abrechnung

Ich bestätige, dass ich die Bestimmungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den Einsatz von IT- Systemen in der Arztpraxis zum Zweck der Abrechnung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V sowie die Bestimmungen der Bundesmantelverträge zur Nutzung von Datenverarbeitungssystemen in der Arztpraxis kenne und diese von mir beachtet und eingehalten werden. Insbesondere bestätige ich, dass durch entsprechende organisatorische und technische Maßnahmen eine Erfassung jeder einzelnen Leistung zur Abrechnung erst nach deren vollständigen Erbringung erfolgt ist und ausschließlich eine zertifizierte Software Anwendung gefunden hat.

Die Überweisungs-/Notfall-Vertretungsscheine und die im Ersatzverfahren ausgestellten Abrechnungsscheine werden vier Quartale in der Praxis aufbewahrt und der KVS auf Anforderung – nach Krankenkassen sortiert – zur Verfügung gestellt. Die mir erteilten Überweisungsaufträge sind nicht überschritten worden.

4. Praxisvertretung / Abwesenheit bei Krankheit, Urlaub, Weiterbildung

- Weitere Praxisvertretungen bzw. Abwesenheiten bitte auf gesondertem Blatt angeben! -

In meiner/unsere Praxis/im Krankenhaus bin ich/sind wir vertreten worden

Name des Vertreters	Vertretungszeit		Vertretungsgrund (bitte zutreffendes ankreuzen)		
	Datum von	Datum bis	Urlaub	Krankheit	Fort-/Weiterbildung
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Praxis war geschlossen

Arzt/Praxis der die Vertretung übernimmt	Vertretungszeit		Vertretungsgrund (bitte zutreffendes ankreuzen)		
	Datum von	Datum bis	Urlaub	Krankheit	Fort-/Weiterbildung
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Praxis war nicht geschlossen / In diesem Quartal wurde ich nicht vertreten

5. Beschäftigung von Assistenten* und Angestellten Ärzten**

Ich/wir habe(n) als genehmigte(n) Assistenten*/Angestellten Arztes** beschäftigt:

Name des Assistenten / Angestellten Arzt	Datum von	Datum bis

Keine Beschäftigung von Assistenten* und Angestellten Ärzten**

** Weiterbildungsassistenten / ** Angestellte Ärzte (§95 Abs. 9 SGB V, § 32b Ärzte-ZV) sowie Angestellte Job-Sharing-Ärzte*

6. Zuschläge für zusätzlichen Hygieneaufwand

Ich bestätige, dass betreffend die Hygienezuschläge aus den Kapiteln 1.7.6, 1.7.7 und 31.2.19 keine Förderung nach § 4 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEngG) bezogen wurde.

Ich bestätige, dass eine Förderung nach § 4 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEngG) bezogen wurde.

Hinweis: Die vorstehende Erklärung wird zur Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung benötigt. Zu diesen Angaben sind Sie nach den Vorschriften des Bundesmantelvertrages verpflichtet.

Bitte beachten Sie, dass die Punkte 2-6 zwingend auszufüllen sind.

Die Sammelerklärung ist vollständig ausgefüllt worden. Nicht benötigte Felder sind von mir/uns durchgestrichen worden.

...1..... ,

Ort Datum

...2.....

...3.....

...4.....

Persönliche Unterschrift(en) der/des Praxisinhaber(s)

(Vertragsarztstempel)

Hinweis:

- In einer BAG unterschreibt jeder Praxispartner die Sammelerklärung.
- In einem MVZ unterschreibt der ärztliche Leiter und ein MVZ – Vertretungsberechtigter.