SAMMELERKLÄRUNG für das ☐ **Quartal 202** ☐ **BSNR** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ bitte alle Punkte beachten und ausfüllen

1. **Notwendige Angaben für das Abrechnungscenter -** bitte **pro Praxis (BSNR) nur EINMAL** ausfüllen!

   Insgesamt reichen wir eine Gesamtfallzahl von ☐☐☐☐☐☐☐ Fällen ein.

   Falls mehr als eine Abrechnungsdatei an die KVN übermittelt wurde bitte folgendes ausfüllen:
   Ich beauftrage die KVN, die folgende Anzahl an Abrechnungsdateien zusammenzufügen ☐☐

2. **Erklärung**
   Ich/Wir bestätige(n) hiermit, dass die abgerechneten Leistungen von mir/uns oder meinem/unserem Vertreter, Angestellten oder Assistenten oder auf meine/unsere Anordnung und unter meiner/unserer Aufsicht und Verantwortung von nichtärztlichen Mitarbeitern erbracht worden sind (§ 32 Ärzte-ZV, § 15 BMV-Ä) und die Eintragungen auf den Behandlungsausweisen/Abrechnungsscheinen sachlich richtig und vollständig sind. Sämtliche abgerechneten Leistungen wurden gemäß den bestehenden Vorschriften zur vertragsärztlichen Versorgung (u.a. Bundesmantelverträge einschließlich EBM, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der KBV, Verträge auf Bundes- und Landesebene, Abrechnungsanweisung sowie sonstiges Satzungsrecht der KVN) erbracht.
   Sämtliche genehmigungs– oder nachweispflichtige Leistungen wurden von dem Arzt erbracht, der die Genehmigung von der KVN erhalten bzw. die Nachweise vorgelegt hat.
   Ermächtigte Ärzte
   Als ermächtigter Arzt bestätige ich, dass ich nur die im Ermächtigungsbeschluss bestimmten vertragsärztlichen Tätigkeiten ausgeübt habe. Ich habe sämtliche ärztliche Leistungen persönlich erbracht und habe keine anderen Ärzte in die ambulante vertragsärztliche Versorgung mit Ausnahme von zulässigen Vertretungen (§ 32 a Ärzte-ZV) einbezogen. Eine Delegation von Leistungen auf nichtärztliches Personal ist ausschließlich nach den dafür vorgesehenen Voraussetzungen erfolgt.

3. **Nichtausübung der Praxistätigkeit[2,3]:**
   Ich/Wir (auch Angestellte) habe(n) meine/unsere Praxistätigkeit wegen Krankheit (K), Urlaub (U), Fortbildung (F), Schwangerschaft/ Entbindung/ Elternzeit (E), Pflege eines Angehörigen (P) oder Wehrübung (W) nicht ausgeübt:

K/U/F/E/P/W	Arzt/Ärztin (LANR)	am bzw. vom	bis

   Auch einzelne Tage sind zu dokumentieren.
   Die LANR des/der jeweiligen Arztes/Ärztin ist nur bei Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Praxen mit angestellten Ärzten und medizinischen Versorgungszentren (MVZ), hier jedoch zwingend, anzugeben.

4. **Zur Beschäftigung eines Vertreters[2,3] erkläre(n) ich/wir Folgendes:**

   Anzahl beschäftigter Vertreter: ☐

   LANR oder Name(n) des (der) Vertreter(s)[2,3]

   An folgenden Tagen ist zur Erbringung der vertragsärztlichen Leistungen in meiner/unserer Praxis ein Vertreter tätig geworden:

   1. Quartalsmonat[4]

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	31							

   2. Quartalsmonat[4]

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	31							

   3. Quartalsmonat[4]

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	31							

   Diese Angaben beziehen sich ausschließlich auf zulässige Vertretungen gemäß §§ 32 und 32a Ärzte-ZV. Hierbei handelt es sich um Krankheit, Urlaub, Fortbildung, Schwangerschaft, Entbindung, Elternzeit, Pflege eines Angehörigen oder Wehrübung. Diese Aufzählung zulässiger Vertretungsgründe ist abschließend. Bei Fällen einer unvorgesehenen und zeitlich vorübergehenden Verhinderung an der persönlichen Leistungserbringung - z. B. Abruf wegen eines dringlichen Falles - handelt es sich nicht um zulässige Vertretungen.

5. **Zur Beschäftigung eines Angestellten[2,3] erkläre(n) ich/wir Folgendes:**

   Anzahl beschäftigte Angestellte: ☐

   LANR oder Name(n) des (der) Angestellten[2,3]:

6. Zur Beschäftigung eines Assistenten[2,3] erkläre(n) ich/wir Folgendes:

Anzahl beschäftigte(r) Assistent(en): ☐

LANR oder Name(n) des (der) Assistenten[2,3]:

Assistententätigkeit:

vom		bis	
vom		bis	
vom		bis	
vom		bis	
vom		bis	

7. Bereitschaftsdienstteilnahme

An den folgenden Tagen habe(n) ich/wir im Bereitschaftsdienstbezirk meiner/unserer Praxis am mit der Bezirksstelle abgestimmten organisierten Bereitschaftsdienst teilgenommen bzw. mich/unshierbei vertreten lassen:

1. Quartalsmonat[4]

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	31							

2. Quartalsmonat[4]

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	31							

3. Quartalsmonat[4]

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	31							

8. Abrechnung von Laborleistungen

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

☐ Ich/Wir bin/sind Mitglieder der Laborgemeinschaft (BSNR) für die GKV-Leistungsabrechnung

Ich/wir erkläre(n), dass die von mir/uns über Muster 10 A bezogenen und von der Laborgemeinschaft abzurechnenden Analysekosten nicht Bestandteil meiner/unserer Abrechnung sind.

☐ Ich/Wir erbringe(n) zertifizierte Leistungen gemäß Abschnitt 32.2 EBM in dem zertifizierten Labor der Praxis

BSNR:

9. Datentechnisches Abrechnungsverfahren/Arzneimittelmodu

Ich/Wir bestätige(n), dass ich/wir die Bestimmungen der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den Einsatz von IT-Systemen in der Arzt-Praxis zum Zweck der Abrechnung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V in der jeweils gültigen Fassung, die Bestimmungen der Bundesmantelverträge zur Nutzung von Datenverarbeitungssystemen in der Arztpraxis und die Verfahrensanweisung der KVN "Vertragsärztliche Übermittlung der Abrechnungsdaten auf maschinenlesbaren elektronischen Medien" kenne(n) und diese von mir/uns beachtet und eingehalten werden. Insbesondere bestätige ich/wir, dass durch entsprechende organisatorische und technische Maßnahmen eine Erfassung jeder einzelnen Leistung zur Abrechnung erst nach deren vollständiger Erbringung erfolgt ist und ausschließlich eine zertifizierte Softwareversion in der für dieses Abrechnungsquartal gültigen Version Anwendung gefunden hat.

Sofern ich/wir ein Arzneimittelmodul und/oder ein Heilmittelmodul einsetze(n), habe(n) ich/wir die entsprechende(n) KBV-Prüfnummer(n) mittels KVDT übertragen.

10. Praxisklinische Betreuung und Nachsorge/Postoperative Überwachung/Belegärztliche Strukturpauschaler

Soweit andere Ärzte an der Erbringung von Leistungen nach den GOP 01510-01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01857, 01910, 01911, 05350, 31501-31507, 36501-36507, 36861, 36867 und 36881-36884 beteiligt gewesen sind, besteht eine Vereinbarung, dass ich/wir diese Leistungen alleine abrechne(n). In den Fällen, in denen bei der Leistungserbringung in demselben Arztfall mehrere Arztpraxen mitgewirkt haben, bestätige(n) ich/wir, dass ich/wir mit den anderen Arztpraxen eine Vereinbarung getroffen haben, wonach nur ich/wir in den jeweiligen Fällen diese Leistungen abrechne(n).

Ich/Wir bin/sind mir/uns bewusst, dass die Abgabe unrichtiger Angaben in dieser Erklärung einen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten darstellt, der unter Umständen strafrechtliche und berufsrechtliche Konsequenzen - bis zum Entzug der vertragsärztlichen Zulassung - zur Folge haben kann.

(Ort) (Datum) TTMMJJJJ (Unterschrift[5] und Vertragsarztstempel[2])

[2] Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte einen weiteren Bogen ausfüllen.
[3] Auf die §§ 32 und 32a Ärzte-ZV wird verwiesen.
[4] Die jeweiligen Tage der Vertretung in dem Monat sind anzukreuzen.
[5] Bei Berufsausübungsgemeinschaften und bei MVZ sind die Unterschriften/ist die Unterschrift sämtlicher in der Praxis tätigen zugelassenen Vertragsärzte bzw. einer vertretungsberechtigten Person erforderlich. Bei ermächtigten Institutionen bzw. einer Krankenhausambulanz erfolgt die Unterschrift durch eine den Rechtsträger vertretungsberechtigte Person.