

Erläuterung Sammelerklärung

Bedeutung

Die Sammelerklärung ist ein fester Bestandteil der Abrechnung (§ 2 Absatz 2 der Abrechnungsbestimmungen der KV Saarland). Sie ersetzt die Einzelunterschriften auf den Behandlungsausweisen. Der Vertragsarzt erklärt mit der Sammelerklärung, dass die abgerechneten Leistungen persönlich oder durch den Urlaubs- bzw. Krankheitsvertreter oder den angestellten Arzt/Assistenten erbracht wurden. Des Weiteren versichert der Unterzeichner mit seiner Unterschrift die sachliche Richtigkeit der Abrechnung.

Infolgedessen liegt eine vollständige Abrechnung nur dann vor, wenn die Sammelerklärung ordnungsgemäß ausgefüllt, sowie unterschrieben ist und in Verbindung (in schriftlicher Form per Post oder Fax) mit der Online-Abrechnung bis zur entsprechenden Frist eingereicht wurde.

In einem BSG-Urteil hierzu heißt es:

Insbesondere die Verpflichtung zur peinlich genauen Abrechnung gehört daher zu den Grundpflichten des Arztes (BSG-Urteil vom 24.11.1993 - 6 Rka 70/91)

Damit kommt diesem Formular eine juristische Relevanz zu.

Ausfüllanleitung

Abgabe

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*

Felder unbedingt ausfüllen!
Bitte Quartal u. Jahr angeben

Felder unbedingt ausfüllen!
Anzahl der online eingereichten Dateien u. Gesamtfallzahl angeben

Laborleistungen

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.

Kreuzen Sie hier den entsprechenden Fall an und befüllen Sie anschließend das Feld

Praxisvertretung/Abwesenheit bei Krankheit, Urlaub, Weiterbildung

Kreuzen Sie hier den entsprechenden Fall an und befüllen Sie anschließend die Felder

4. Praxisvertretung / Abwesenheit bei Krankheit, Urlaub, Weiterbildung

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

In meiner/unserer 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

Beschäftigung von Assistenten und angestellten Ärzten

Eine Alternative muss zwingend angekreuzt werden

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

Bestätigung der Korrektheit durch Unterschrift des Vertragsarztes

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 2-5 zwingend auszufüllen sind.

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

Wichtig:
Bestätigung der korrekten Angaben durch persönliche Unterschrift(en) der/des Praxisinhaber(s)

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

..... Ort, Datum

Bitte Ort und Datum angeben

Vertragsarztstempel abbilden

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

(Vertragsarztstempel)

Hinweis:

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

ACHTUNG:

Dieses Merkblatt kann **nicht** als Ersatzformular für das Originalformular der Sammelerklärung mit der Abrechnung eingesendet werden! Es dient lediglich als Hilfestellung.

