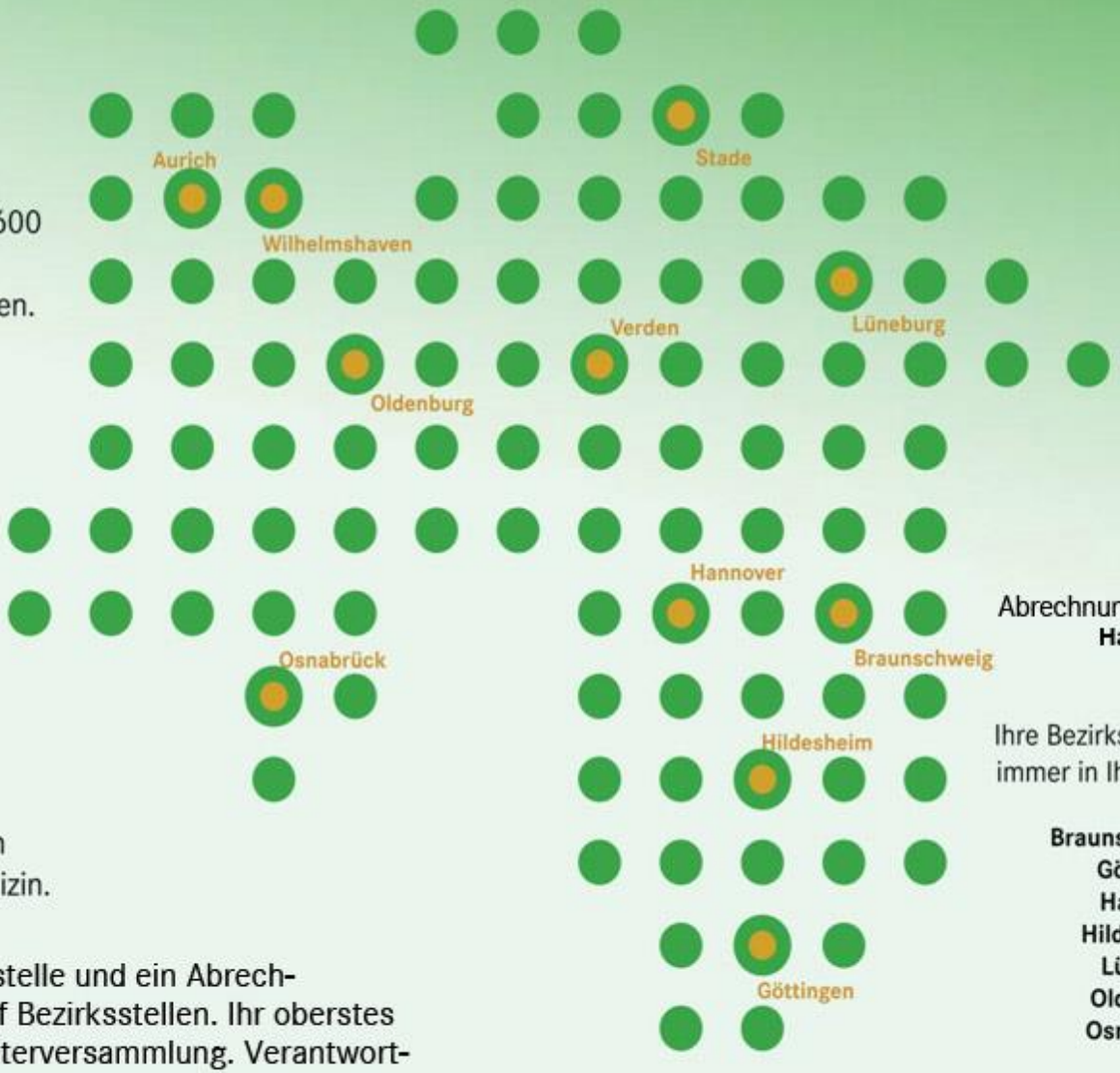
Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

KVN
Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

Unsere Aufgaben:

- **Interessenvertretung** der rund 13.600 niedergelassenen Vertragsärzte und Vertragstherapeuten in Niedersachsen.
- **Sicherung der flächendeckenden medizinischen Versorgung** für ca. 8 Millionen Einwohner rund um die Uhr.
- **Vertragspartnerschaft** mit den Krankenkassen über das Leistungsspektrum und die Honorierung der Vertragsärzte und Vertragstherapeuten.
- **Qualitätssicherung** für einen hohen Leistungsstand der ambulanten Medizin.



Die KVN hat eine Hauptgeschäftsstelle und ein Abrechnungscenter in Hannover sowie elf Bezirksstellen. Ihr oberstes Gremium ist die 50-köpfige Vertreterversammlung. Verantwortlich für die laufenden Geschäfte ist der Vorstand. Landesweit hat die KVN rund 680 Beschäftigte.

Abrechnungscenter
Hannover

Ihre Bezirksstellen – immer in Ihrer Nähe

Aurich
Braunschweig
Göttingen
Hannover
Hildesheim
Lüneburg
Oldenburg
Osnabrück
Stade
Verden
Wilhelmshaven

Erläuterungen zur Sammelerklärung

SAMMELERKLÄRUNG

für das Quartal 1 / 2 _____/_____ für die BSNR 3 _____

1. Notwendige Angaben für das Abrechnungscenter

Insgesamt reichen wir eine Gesamtfallzahl von 4 _____ Fällen ein.

Falls mehr als eine Abrechnungsdatei an die KVN übermittelt wurde bitte folgendes ausfüllen:

Es wird mehr als eine Datei bei der KVN eingereicht. Es handelt sich um 5 _____ Abrechnungs-

dateien (*.kvdt) und 6 _____ Dokumentationsdateien.

Zu 1 und 2:
In dieses Feld tragen sie die „laufende Nummer“ für das aktuelle Abrechnungsquartal ein, für das Sie die Sammelerklärung ausfüllen, z. B**.: 2 / 2026** für das 2. Quartal 2026.

Zu 3:
In dieses Feld tragen Sie die BSNR Ihrer (Haupt-) Praxis ein.

Zu 4:
In dieses Feld tragen Sie die Gesamtfallzahl Ihrer Praxis, einschließlich aller Nebenbetriebsstätten, ein.

Zu 5
In dieses Feld tragen Sie die Anzahl der von Ihnen für Ihre gesamte Praxis eingereichten KVDT-Dateien ein, **falls diese größer als 1 ist**.
Das Format / die Endung der „KVDT“-Datei lautet „con.xkm“.
Nicht einzutragen sind hier andere Dateien wie z. B. Koloskopie, eHKS oder Dialyse . Die Anzahl dieser Dokumentationsdateien sind bei Punkt 6 anzugeben.

Zu 6:
In dieses Feld tragen Sie bitte die Gesamtanzahl aller per Dateiupload hochgeladenen Dokumentationsdateien der OKFE(Organisierten Krebsfrüherkennung), eHKS-Dokumentationsdateien und/oder QS-Richtliniendialyse-Dateien ein.
Die DMP-Dokumentationsdateien sind hierbei nicht mitzuzählen.

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 nachweispflichtigen 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. **Meldepflichtige Nichtausübung der Praxistätigkeit[1]:**
Sofern ich/wir (auch Angestellte) die Praxistätigkeit **länger als eine Woche** nicht ausgeübt habe(n), wurde dies der zuständigen KVN-Bezirksstelle rechtzeitig mitgeteilt.

4. **Zur Beschäftigung eines Vertreters, Angestellten oder Assistenten[1] erkläre(n) ich/wir folgendes:**
Sofern von mir/uns ein Assistent oder Angestellter beschäftigt worden ist, liegt eine Genehmigung der zuständigen KVN-Bezirksstelle bzw. des Zulassungsausschusses vor.
Sofern von mir/uns ein Vertreter beschäftigt worden ist, wurde dies der zuständigen KVN-Bezirksstelle rechtzeitig mitgeteilt und ggf. genehmigt.

5. **Datentechnisches Abrechnungsverfahren/Arzneimittelmodul**
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.

6. Praxisklinische Betreuung und Nachsorge/Postoperative Überwachung/Belegärztliche Strukturpauschalen

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 (betreffend die GOP 31501-31507, 36501 - 36507 schriftliche) 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 bin mir/Wir sind 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.

7, 8	9
Ort, Datum	**Unterschrift und Vertragsarztstempel oder qualifizierte elektronische Signatur[2]**

Zu 7, 8, 9:

Lesen Sie die Sammelerklärung gründlich durch und vergewissern Sie sich, dass die Sammelerklärung richtig und vollständig ausgefüllt ist.

Tragen Sie Ort und Datum ein und unterschreiben dieses Dokument eigenhändig.
Bei Berufsausübungsgemeinschaften und bei MVZ sind die Unterschriften sämtlicher in der Praxis tätigen zugelassenen Vertragsärzte oder die einer vertretungsberechtigten Person erforderlich.

Bei ermächtigten Institutionen bzw. einer Krankenhausambulanz erfolgt die Unterschrift durch eine für den Rechtsträger vertretungsberechtigte Person.

Nur dann ist die Sammelerklärung gültig und Ihre Abrechnung kann bearbeitet werden.