



# WICHTIG HINWEISE FÜR IHRE QUARTALSABRECHNUNG

## Ab Juli 2026: Wegfall der bisherigen Korrekturbriefe

Ab dem 1. Juli 2026 ersetzt die Echtzeit-Vorprüfung der Abrechnung den Versand der Korrekturbriefe. Die sachlich-rechnerischen Korrekturen werden dann Teil des Honorarbescheids.

**Nutzen Sie deshalb die Vorprüfung im Mitgliederbereich, um Ihre Abrechnung vor der finalen Abgabe zu korrigieren.**

## eSammelerklärung: geringere Verwaltungskosten

Nutzen Sie neben der Online-Abrechnung auch die eSammelerklärung, sparen Sie Zeit und Geld:

- ✓ nur 2,1 % Verwaltungskosten bei **Online-Abrechnung und eSammelerklärung** (statt 5 % bei manueller Abgabe)
- ✓ vorausgefüllte Praxisdaten
- ✓ Praxisvertretung online hinterlegen
- ✓ Abgabe der auf der gleichen Seite im Mitgliederbereich wie die Online-Abrechnung

📄 **Anträge, Formulare, Dokumente** – erfahren Sie mehr über die weiteren Funktionen des Mitgliederbereichs sowie zu den beiden Zugangswegen in KV PRAXIS Dezember 2025 unter [www.kv-rlp.de/23676](http://www.kv-rlp.de/23676).

**Sie bleiben bei der manuellen Abgabe der Sammelerklärung?**  
Formular auf der nächsten Seite.



**FORMULAR**

KV RLP | HV Mainz | Postfach 25 67 | 55015 Mainz

BSNR \_\_\_\_\_

**Sammelerklärung zur Abrechnung  
für das Quartal 1/2026****für Institute/Krankenhäuser-Notfallabrechnungen/  
Nichtvertragsärzte und -ärztinnen oder  
Ärztliche Bereitschaftspraxen**

Praxisstempel

**Erklärung**

Wir bestätigen, dass die eingereichte Abrechnung sachlich richtig ist und die abgerechneten Leistungen von Ärztinnen oder Ärzten oder nichtärztlichen Hilfspersonen unter ärztlicher Aufsicht entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation erbracht wurden.

Soweit wir genehmigungspflichtige Leistungen abgerechnet haben, bestätigen wir hiermit, dass die Ärztinnen und Ärzte, die diese Leistungen erbracht haben, uns gegenüber die besonderen Kenntnisse und Erfahrungen zur Durchführung dieser Leistungen nachgewiesen haben. Des Weiteren bestätigen wir, dass die erforderlichen apparativen Voraussetzungen zur Erbringung dieser Leistungen in unserem Hause vorhanden sind.

Bezogen auf die Qualitätssicherung bei Laborleistungen bestätigen wir, dass die internen und externen Maßnahmen hierzu entsprechend den geltenden Bestimmungen durchgeführt werden.

Ort/Datum

**Unterschrift(en)** der Krankenhausleitung oder  
des Nichtvertragsarztes/der Nichtvertragsärztin oder  
einer rechtlichen Vertretung der Ärztlichen Bereitschaftspraxen