

# Ausfüllhilfe Hybrid DRGs

## Checkliste

2-fache Ausführung postalisch an:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein  
Vertragsabteilung  
40182 Düsseldorf

## Abrechnungsvereinbarung

Seite 1 Rubrum:

Name der BAG/MVZ/Vertragsarzt

Adresse

BSNR

Steuer-Identifikationsnummer

Seite 11 Unterschriftenseite:

Ort + Datum

Arztstempel

Unterschrift, abhängig von der Praxis, entweder durch:

Unterschrift aller Partner der BAG oder

ärztliche Leitung MVZ oder

Vertragsärztin / Vertragsarzt

**Vereinbarung**  
**über die Durchführung des Abrechnungsverfahrens**  
**der speziellen sektorengleichen Vergütung**  
**nach § 115 fSGB V (Hybrid-DRGs)**

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**, Düsseldorf  
– vertreten durch den Vorstand –

(nachstehend „KV Nordrhein“ genannt)

und

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der/des BAG/MVZ/Vertragsarzt

BSNR (9-stellig): \_\_\_\_\_

Steuer-ID: \_\_\_\_\_  
(nachstehend „Auftraggeber“ genannt)

\_\_\_\_\_  
Dokument des \_\_\_\_\_

**Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein**

\_\_\_\_\_  
Dr. med. Frank Bergmann  
Vorstandsvorsitzender

\_\_\_\_\_  
Dr. med. Carsten König-M.,  
Stellvertreter/Vorstandsvorsitzender

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift des/des Auftraggebers

\*Alle Partner der BAG/Kurzliche Leiter des MVZ/Arzt

Verbindungsstelle des Bundesverbandes  
der Kassenärztlichen Vereinigungen  
des Saarlandes, des Saarlandes  
und des Saarlandes

## Hinweis:

**BAG:** Bitte auf der Unterschriftenseite alle Partner der BAG unterschreiben lassen. Alle Leistungserbringer, die operieren wollen, reichen die „Anlage 1 – Stammdatenblatt Leistungserbringer“ (Folgesseite) ein.

**MVZ:** Die Unterschrift des Ärztlichen Leiters des MVZ ist erforderlich. Alle Leistungserbringer die operieren wollen, reichen die „Anlage 1 – Stammdatenblatt Leistungserbringer“ (Folgesseite) ein

## Stammdatenblatt (Anlage 1)

(je Leistungserbringer/Operateur einzureichen, der Hybrid-DRG erbringen soll)

Titel, Name, Vorname

BSNR

LANR

Praxisname

Anschrift

E-Mail-Adresse

Ort, Datum

Unterschrift

Arztstempel

Anlage 1 – Stammdatenblatt Leistungserbringer  
zur Vereinbarung über die Durchführung des Abrechnungsverfahrens der speziellen  
sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V

Bitte je Operateur einer Praxis/BAG oder eines MVZ einmal ausfüllen!  
*(Bitte vollständig in Druckbuchstaben ausfüllen!)*

Titel, Name, Vorname:
BSNR: (P-stellig)
LANR: (P-stellig)
Praxisname:
Anschrift:
E-Mail-Adresse:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

## Weitere Operateurinnen und Operateure

Sofern für eine Einrichtung bereits eine Abrechnungsvereinbarung vorgelegt wurde und diese anschließend weitere Ärztinnen und Ärzte anstellt, die operieren möchten, ist für diese lediglich die „Anlage 1 - Stammdatenblatt Leistungserbringer“ mit Angabe der LANR nachzureichen.