

## **Anlage 7 - Indikationsbezogene Leistungen und Module**

### **Modul 7.6 Versorgungsmodul „Multimorbidität/chronische Erkrankungen“**

#### **Anhang 2 - Abrechnung**

##### **§ 1 Abrechnung der Vergütung**

- (1) Leistungen nach diesem Modul sind nur von Vertragsärztinnen/Vertragsärzten mit Sitz in Rheinland-Pfalz, die ihre Teilnahme am Vertrag erklärt haben und für Versicherte der teilnehmenden BKK, die sich in die hausarztzentrierte Versorgung eingeschrieben haben, abrechenbar.
- (2) Die teilnehmenden Vertragsärztinnen/Vertragsärzte rechnen für ihre Leistungen nach diesem Versorgungsmodul die entsprechenden Pauschalen nach Anhang 1 zum Modul 7.6 unter Angabe der jeweils entsprechenden Abrechnungsnummer quartalsweise über die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) ab. Die KV RLP ist berechtigt für die Umsetzung dieses Versorgungsmoduls auf die nach diesem Modul abgerechneten Vergütungspauschalen die jeweils gültigen Verwaltungskostensätze von den Vertragsärztinnen/Vertragsärzten zu erheben.
- (3) Die Vergütungspauschale (Abr.-Nr. 90511) ist nur abrechnungsfähig, wenn der besondere Betreuungsaufwand durch die Ärztin/ den Arzt unter Angabe der zutreffenden Erkrankung in den Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V dokumentiert wurde.
- (4) Die KV RLP prüft, ob die Abrechnungsnummern von einem an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Arzt (BSNR) abgerechnet wurden.
- (5) Die jeweilige Krankenkasse prüft die weiteren in den Leistungsbeschreibungen definierten Abrechnungsvoraussetzungen.
- (6) Ergibt die Abrechnungsprüfung nach Absatz 3 bzw. 4, dass die Voraussetzungen für die Abrechnung der Abrechnungsnummern nicht erfüllt sind, wird die Abrechnung der Ärztin/des Arztes von der KV RLP sachlich-rechnerisch berichtigt. Sofern die Vertragsärztin/der Vertragsarzt (zum Beispiel im Rahmen der Abrechnung oder des Widerspruchsverfahrens) nachweisen kann, dass die Absetzung zu Unrecht erfolgte, wird die Leistung gegebenenfalls nachträglich von der KV RLP vergütet und der zuständigen BKK in Rechnung gestellt.
- (7) Ergibt die Abrechnungsprüfung nach Abs. 5, dass die Voraussetzungen für die Abrechnung der Abrechnungsnummern nicht erfüllt sind, können die Krankenkassen Berichtigungen, die sich bei der Prüfung der Abrechnung auf sachliche und rechnerische Richtigkeit ergeben, bei der KV RLP binnen einer Frist von einem Jahr nach Zugang der Abrechnung geltend machen.
- (8) Die Vergütung nach diesem Versorgungsmodul wird gegenüber der/dem teilnehmenden Ärztin/Arzt im Rahmen des Honorarbescheides außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV) gezahlt und darin gesondert ausgewiesen.
- (9) Die KV RLP stellt der zuständigen BKK die Vergütungen für Leistungen nach diesem Versorgungsmodul im Rahmen der quartalsweisen Rechnungslegung für vertragsärztliche Leistungen in Rechnung.

- (10) Die Leistungen nach diesem Versorgungsmodul werden im Formblatt 3 (Konto 408 bis in Ebene 6) ausgewiesen und von der BKK außerhalb der mGV gezahlt.
- (11) Im Übrigen gelten – soweit anwendbar – insbesondere für den Zahlungsverkehr und die Rechnungslegung die zwischen der KV RLP und dem BKK LV vereinbarten Regelungen zum Gesamtvertrag analog.

## **§ 2 Datenlieferung**

- (1) Der Umfang der Datenlieferung im Rahmen der Rechnungslegung entspricht den Vorgaben des § 295 SGB V; es gelten die zwischen der KV RLP und dem BKK LV vereinbarten Regelungen zum Datenaustausch analog.
- (2) Die KV RLP liefert dem BKK LV spätestens bis zum 15. des vierten Monats nach dem jeweiligen Abrechnungsquartal Informationen über die abgerechneten Leistungen im Rahmen des Versorgungsmoduls. Über die Inhalte verständigen sich die Vertragspartner schriftlich.