

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz  
Abteilung Honorarabrechnung  
Isaac-Fulda-Allee 14  
55124 Mainz

## **Beauftragung zur Abrechnung von Hybrid-DRG-Leistungen**

Ich beauftrage die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) gemäß § 115f Absatz 3 Satz 3 SGB V, die von mir erbrachten Leistungen gemäß § 115f Absatz 1 SGB V gegen Aufwendungsersatz gegenüber den entsprechenden Krankenkassen abzurechnen.

Der Auftrag schließt die Bevollmächtigung zur Einziehung der von den Krankenkassen zu leistenden Vergütung ein.

Ich erkenne an, dass

1. für die Abrechnung von Leistungen der Hybrid-DRG die gesetzlichen und vertraglichen Regelungen in der jeweils geltenden Fassung maßgeblich sind.
2. die Hybrid-DRG-Abrechnung zusammen mit der Quartalsabrechnung für vertragsärztliche Leistungen in der für die Quartalsabrechnung maßgeblichen Frist nach der Abrechnungsordnung der KV RLP (§ 3) einzureichen ist.
3. eine Genehmigung zum Ambulanten Operieren bei Erfüllung der Hybrid-DRG-Leistung vorliegt.
4. die Übermittlung der Abrechnungsdaten ausschließlich leitungsgebunden elektronisch erfolgt.

Ferner versichere ich, zur Abrechnung und korrekten Zuordnung der Hybrid-DRG Leistungen eine durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zertifizierte Grouper-Software zu verwenden, wobei die KV RLP nach Beauftragung eine zertifizierte Grouper-Software im Geschützten Mitgliederbereich zur Verfügung stellt.

Ich akzeptiere, dass

1. die Zahlung der Vergütung der Hybrid-DRG unter Abzug eines Aufwendungsersatzes in Höhe von 2,6 Prozent des über den Auftrag eingereichten Abrechnungsvolumens brutto erfolgt.
2. die Vergütung in der von den Krankenkassen festgestellten Höhe ausgekehrt wird.
3. weitere Ansprüche gegen die KV RLP nicht bestehen.

Der Auftrag kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Der Widerruf hat in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zu erfolgen.

Name der Ärztin / des Arztes	
LANR der Ärztin / des Arztes	
BSNR der Praxis	
Abrechnung ab dem	
Email-Adresse	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	
Kreditinstitut / BIC	
IBAN	

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

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift der Ärztin/des Arztes