

## Anlage 7 Abrechnung

---

1. Die Abrechnung der Leistungen nach Anlage 6 mit den KK erfolgt durch die beauftragte Managementgesellschaft gemäß § 295 Abs. 1b SGB V i.V. m. § 295a Abs. 2 SGB V.
2. Für die Abrechnung der ärztlichen Leistungen gelten die nachstehenden Regelungen:
  - a) Der Frauenarzt rechnet die ärztlichen Leistungen nach Anlage 6 quartalsweise bei der beauftragten Managementgesellschaft ab. Spätestens bis zum 20. Kalendertag nach Quartalsende sind diese an die beauftragte Managementgesellschaft zu übermitteln.
  - b) Die beauftragte Managementgesellschaft stellt die elektronische Abrechnung für die KK innerhalb von 10 Kalendertagen nach Ende der Frist gemäß Punkt a) zur Verfügung.
  - c) Die KK zahlen die in Rechnung gestellten ärztlichen Leistungen nach Prüfung innerhalb einer Frist von 28 Kalendertagen an die beauftragte Managementgesellschaft.
3. Für die Abrechnung der nichtärztlichen Leistungen gelten die nachstehenden Regelungen:
  - a) Nach Bereitstellung des OvulaRing sowie der Zugangsdaten für die OvulaRing-App und der myOvulaRing-Webseite, übermittelt VSM die abrechnungsrelevanten Daten an die beauftragte Managementgesellschaft binnen 20 Kalendertagen. Die Daten umfassen:
    - Vorname, Name, Adresse
    - Versichertennummer
  - b) Die beauftragte Managementgesellschaft leitet diese Daten elektronisch innerhalb von 14 Kalendertagen an die KK weiter.
  - c) Die KK zahlen die in Rechnung gestellten nichtärztlichen Leistungen innerhalb einer Frist von 28 Kalendertagen an die beauftragte Managementgesellschaft.
4. Die ärztlichen Leistungen und nichtärztlichen Leistungen nach Anlage 6 können nur einmal je teilnehmende Versicherte abgerechnet werden.
5. Die Abrechnung der Vergütungspositionen von Leistungen aus diesem Vertrag ist spätestens 6 Monate nach Ablauf des Quartals vorzunehmen, in welchem die Leistung erbracht wurde; gleiches gilt für nachträgliche Korrekturen der Abrechnung.
6. Kommt eine KK ihren Zahlungsverpflichtungen nicht nach, gelten die Vorschriften des Zahlungsverzuges nach §§ 286 ff. BGB. Eine Aufrechnung oder Zurückbehaltung ist nur mit bzw. bei unbestrittenen, entscheidungsreifen oder rechtskräftig festgestellten Forderungen zulässig.
7. Mit der Zahlung der Vergütungen nach Anlage 6 sind alle im Rahmen dieses Vertrages erbrachten Leistungen der Vertragspartner abgegolten.
8. Die Vergütung findet außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung statt.
9. Endet das Versichertenverhältnis eines teilnehmenden Versicherten während des Leistungszeitraums bei einer KK, trägt die zuständige KK die Kosten der Versorgung anteilig bis zum Ende des Versichertenverhältnisses.

10. Die beim Versicherten im Zusammenhang mit der Behandlung festgestellten Diagnosen sind parallel zur Rechnungslegung zwingend über die KV-Abrechnung zu übermitteln. Der ICD-Schlüssel ist grundsätzlich nach dem ICD-Katalog<sup>1</sup> in der jeweils zum Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen Fassung vollständig und endstellig zu übermitteln.

---

<sup>1</sup> Klassifikation des DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information  
[BfArM - ICD-10-GM Version 2023 \(dimdi.de\); abgerufen am: 17.05.2023](https://www.dimdi.de/dokumentation/icd/icd10gm/2023/)