



Medizinischer Dienst
Niedersachsen

Anlage 1 zur Leistungsbeschreibung

**Informationen über die
Qualitätssicherung im Bereich DRG
des Medizinischen Dienstes
Niedersachsen**

Dieses Dokument muss nicht zur Angebotsabgabe eingereicht werden.

Dieses Dokument wird bei Zuschlagserteilung Vertragsbestandteil.



Qualitätssicherung im MD Niedersachsen
Bereich Stationäre Leistungen
Abrechnungsprüfung / DRG

Prüffragen MDN:

Region:		Datum:		
		Prüfer:		
Item	Prüfitem		Pkte	Bemerkung
1	Die vorhandenen Unterlagen sind korrekt benannt	ja	1	
2	Das Gutachten enthält keine formalen Fehler	ja	1	
3	Die Vorgaben der Regelwerke (ICD, OPS, DKR, FPV) sind beachtet	ja	2	
4	Die SEG4-Kodierempfehlungen und weitere Begutachtungsempfehlungen der MDK-Gemeinschaft sind beachtet	ja	2	
5	Das Begutachtungsergebnis ist korrekt*	ja	2	
6	Die Ergebnisbegründung ist nachvollziehbar	ja	2	
7	Alle Fragen der Krankenkasse sind beantwortet	ja	2	
8	Aus dem Gutachten ist für den Auftraggeber eine eindeutige leistungsrechtliche Entscheidung ableitbar	ja	2	
9	Das Produkt weist keine Qualitätsmängel auf, die mit den Items 1-8 nicht prüfbar sind	ja	2	
Gesamtpunktzahl:		16		

Die Items 1 und 2 bewerten die formale Korrektheit des Gutachtens → Prüfbereich Transparenz.
Die Item 3 bis 9 bewerten die inhaltliche Korrektheit des Gutachtens → Prüfbereich Kompetenz.

Bewertungsmatrix:

	A	B	C	D
formal	2	2	1	1 bis 0
inhaltlich	14	13 bis 12	11 bis 8	7 bis 0
Gesamt	16	15 bis 14	13 bis 9	8 bis 0
Qualitätsanforderungen	Umfassend erfüllt	Erfüllt, aber Verbesserungsmöglichkeiten	Ausreichend erfüllt, es bestehen jedoch Defizite bzw. Unklarheiten	Nicht ausreichend erfüllt, es bestehen erhebliche ergebnisrelevante Defizite bzw. Unklarheiten

- Ein Nein bei Frage 5 und 6 führt automatisch zur Bewertung „D“.
- Eine Punktzahl < 7 im Bereich Kompetenz kann nicht durch volle Punktzahl im Bereich formale Items ausgeglichen werden



Medizinischer Dienst
Niedersachsen

Anlage 2 zur Leistungsbeschreibung

Externe Gutachter-Richtlinie Krankenversicherung

Dieses Dokument muss nicht zur Angebotsabgabe eingereicht werden.

Dieses Dokument wird bei Zuschlagserteilung Vertragsbestandteil.

Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V

**zur Sicherstellung einer einheitlichen, den Qualitätsanforderungen und dem Grundsatz der Unabhängigkeit entsprechenden Begutachtung durch von den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung beauftragte externe Gutachterinnen und Gutachter im Bereich der Krankenversicherung
(Externe Gutachter-Richtlinien Krankenversicherung)**



Die nachstehende Richtlinie wurde vom GKV-Spitzenverband nach Abnahme im MDS-Vorstand und nach Beratung im Beirat für MDK-Koordinierungsfragen auf Grundlage von § 282 Absatz 2 Satz 3 SGB V erlassen. Sie ist für die Medizinischen Dienste, die Krankenkassen und deren Verbände verbindlich.

Stand: 14. August 2018

Herausgeber

Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V. (MDS)
Theodor-Althoff-Straße 47
D-45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@mds-ev.de

Internet: <http://www.mds-ev.de>

Vorwort

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) sprechen jährlich rund 3,3 Mio. sozialmedizinische Empfehlungen für die gesetzliche Krankenversicherung aus. Die Gewährleistung einer unabhängigen und fachlich fundierten Begutachtung und Beratung hat für die Medizinischen Dienste höchsten Stellenwert. In Zeiten eines punktuell erhöhten Begutachtungsbedarfs sowie bei speziellen gutachterlichen Fragestellungen beauftragen die Medizinischen Dienste geeignete externe Gutachterinnen und Gutachter mit der Begutachtung.

Um dem hohen Anspruch an eine unabhängige und fachlich fundierte Begutachtung auch im Falle einer externen Beauftragung durch die Medizinischen Dienste gerecht zu werden, ist es erforderlich, potenzielle Interessenskonflikte transparent zu machen und die Sicherstellung einer einheitlichen, den Qualitätsanforderungen und dem Grundsatz der Unabhängigkeit entsprechenden Begutachtung durch externe Gutachterinnen und Gutachter zu gewährleisten. Die Externe Gutachter-Richtlinien legen hierfür grundlegende, verbindliche Anforderungen für die Medizinischen Dienste dar.

Diese Richtlinien wurden vom GKV-Spitzenverband auf Empfehlung des MDS-Vorstandes und nach Beratung im Beirat für MDK-Koordinierungsfragen und mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene auf Grundlage von § 282 Absatz 2 Satz 3 SGB V zur Anwendung in den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) erlassen. Sie regeln die Voraussetzungen, unter denen externe Gutachterinnen und Gutachter durch den MDK beauftragt werden können. Die MDK können darüber hinausgehende Anforderungen festlegen.

Diese Richtlinien ersetzen die Empfehlung zur vorrangigen Beauftragung von Gutachtern vom 26. Juni 1990 (Teil B der Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung vom 27. August 1990).

Dr. Doris Pfeiffer
Vorsitzende des Vorstandes
GKV-Spitzenverband

Dr. Peter Pick
Geschäftsführer
MDS

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
1 Präambel	5
2 Geltungsbereich	5
3 Begutachtungsgrundlagen und Begutachtungsauftrag	5
4 Anforderungen an die Qualifikation der Gutachterin/des Gutachters	6
5 Einbeziehung in Qualitätssicherungsverfahren des MDK	7
6 Anforderungen zur Sicherung der Unabhängigkeit der Begutachtung	7
7 Datenschutz	9
8 Inkrafttreten	9

1 Präambel

Der Medizinische Dienst (MDK) erfüllt seine im Gesetz genannten Aufgaben vorrangig durch eigenes Personal. Er kann insbesondere zur Bewältigung von Auftragsspitzen und zu speziellen gutachterlichen Fragestellungen geeignete externe Gutachterinnen und Gutachter beauftragen. Auch bei der Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachter steht der MDK in der Verantwortung für eine qualitativ hochwertige Ausführung der Beratungs- und Begutachtungsaufträge für die Gesetzliche Krankenversicherung. Dies kann nur gewährleistet werden, wenn bei Auswahl und Einsatz externer Gutachterinnen und Gutachter definierte fachliche Anforderungen die Qualifikation sicher stellen, Interessenkonflikte vermieden werden, die für die MDK verbindlichen Begutachtungsgrundlagen auch für die externen Gutachterinnen und Gutachter gelten und bei der Ergebnisprüfung die intern gültigen Qualitätsanforderungen erfüllt werden. Mit dem Ziel einer einheitlichen Umsetzung regeln diese Richtlinien insoweit grundlegende Anforderungen.

2 Geltungsbereich

Die Inhalte dieser Richtlinien gelten für alle MDK im Rahmen der Beauftragung von externen Gutachterinnen und Gutachtern in allen Angelegenheiten der sich aus dem SGB V ergebenden Aufgaben für den MDK. Als extern gelten Gutachterinnen und Gutachter, wenn Sie in keinem vertraglichen Anstellungsverhältnis mit dem beauftragenden MDK stehen.

3 Begutachtungsgrundlagen und Begutachtungsauftrag

- (1) Für externe Gutachterinnen und Gutachter gelten die Begutachtungsgrundlagen, die auch für interne Gutachterinnen und Gutachter gelten (insbesondere gesetzliche und untergesetzliche Regelungen, Begutachtungs-Richtlinien, Begutachtungsanleitungen, Begutachtungsleitfäden, ergänzende Begutachtungsleitfäden, Arbeitshilfen). Der MDK macht den externen Gutachterinnen und Gutachtern die erforderlichen Begutachtungsgrundlagen zugänglich.
- (2) Der Begutachtungs- bzw. Beratungsgegenstand, die Fragestellungen und die sich ggf. aus den rechtlichen Grundlagen ergebenden Fristen sind den externen Gutachterinnen und Gutachtern durch den MDK mitzuteilen.

- (3) Im Rahmen der zu erledigenden Begutachtungsaufträge/Beratungsaufträge erforderlichen Unterlagen und Informationen erhalten externe Gutachterinnen und Gutachter vom MDK.

4 Anforderungen an die Qualifikation der Gutachterin/des Gutachters

Es werden an externe Gutachterinnen und Gutachter die gleichen Qualifikationsanforderungen gestellt, wie sie auch an interne Gutachterinnen und Gutachter der MDK gestellt werden.

Die fachlichen Anforderungen umfassen:

- (1) den Nachweis der beruflichen Qualifikation: bei Ärzten Approbation und Fachgebietsanerkennung, Examensabschluss in Gesundheitsberufen,
- (2) mindestens zwei Jahre Berufserfahrung in der ambulanten Versorgung, einem Krankenhaus, einer Rehabilitationseinrichtung oder in einem sozialmedizinischen Dienst in den letzten fünf Jahren vor Aufnahme der Tätigkeit als Gutachterin oder Gutachter,
- (3) Kenntnisse der aktuellen Diagnostik-, Therapie- und Versorgungsformen im jeweiligen Tätigkeitsfeld,
- (4) bei Begutachtung vermuteter Behandlungsfehler ist eine umfangreiche Expertise über den aktuellen wissenschaftlichen Stand und die Behandlungsstandards im jeweiligen Fachgebiet erforderlich. Aufgrund der rein medizinischen Fragestellungen in diesem Begutachtungsfeld gelten hier die folgenden Anforderungen in den Absätzen (5) und (6) dieses Abschnitts nicht,
- (5) für die Auftragsbearbeitung sind in gleichem Maße sozialmedizinische und sozialrechtliche Kenntnisse erforderlich. Deshalb sind Nachweise über sozialmedizinische bzw. sozialrechtliche Fortbildungen von mindestens 24 Stunden zu erbringen, die alternativ auch durch Nachweis einer Tätigkeit in einem sozialmedizinischen Dienst oder durch das Führen der Zusatzbezeichnung Sozialmedizin erbracht werden können,
- (6) umfangreiche Kenntnisse über bestehende und anzuwendende Begutachtungs-Richtlinien bzw. (ergänzende) Begutachtungsanleitungen.

5 Einbeziehung in Qualitätssicherungsverfahren des MDK

- (1) Externe Gutachterinnen und Gutachter werden regelhaft in die Qualitätssicherung des jeweiligen MDK integriert. Darüber hinaus erfolgt auch eine Einbindung in bestehende MDK-übergreifende Qualitätssicherungsverfahren. Im Rahmen der Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachter ist festzulegen, dass diese verpflichtet sind, an den Qualitätssicherungsverfahren des MDK entsprechend mitzuwirken.
- (2) Verfahren der Qualitätssicherung ermöglichen eine Aussage zur Produktqualität der externen Gutachterinnen und Gutachter. Sollten sich aus den Qualitätssicherungsverfahren Hinweise auf fachliche oder formale Mängel bezüglich der durch externe Gutachterinnen und Gutachter erstellten Produkte ergeben, so erfolgt ein Qualitätsdialog. Ferner bietet sich die Möglichkeit einer intensiveren Produktkontrolle.
- (3) Der Begutachtungsanlass „Behandlungsfehler“ stellt besondere Anforderungen an das Qualitätssicherungsverfahren. Hier erfährt jedes Gutachten und somit auch der externen Gutachterinnen und Gutachter eine Qualitätssicherung durch den MDK.

6 Anforderungen zur Sicherung der Unabhängigkeit der Begutachtung

Zur Sicherstellung der Unabhängigkeit der Begutachtung und der Erfüllung der geltenden Rechtsvorschriften und Normen, insbesondere des § 275 Absatz 5 SGB V, und zur Vermeidung von Interessenkonflikten sind folgende Anforderungen an externe Gutachterinnen und Gutachter zu stellen:

- (1) Die Gutachten sind im Sinne und unter Beachtung der geltenden Rechtsvorschriften sowie der entsprechenden Begutachtungs-Richtlinien und -anleitungen (s. Ziffer 3 Abs. 1) zu erstellen.
- (2) Gutachterinnen und Gutachter sind analog § 275 Absatz 5 SGB V bei der Wahrung ihrer Aufgaben unabhängig und nur ihrem Gewissen verpflichtet.
- (3) Vertragsärzten ist die Begutachtung derzeitiger Patientinnen und Patienten nicht gestattet. Bei einer Beauftragung zur Begutachtung von Abrechnungen der Leistungserbringer darf kein Anstellungs- oder Auftragsverhältnis (Beratervertrag) bei

den betroffenen Leistungserbringern oder deren Trägern, Verbänden, Interessenvertretungen bestehen.

- (4) Externen Gutachterinnen und Gutachtern ist es nicht gestattet, eine Weiterbehandlung eines begutachteten Patienten zu übernehmen. Dies kann frühestens nach zwei Jahren erfolgen.
- (5) Die externen Gutachterinnen und Gutachter sind verpflichtet, den MDK unverzüglich über bestehende verwandtschaftliche oder andere Beziehungen (u.a. medizinische Behandlung im Vorfeld oder Nachgang) zu Versicherten, die zur Befangenheit der Gutachterin bzw. des Gutachters führen könnten, anzuzeigen und die Durchführung der Begutachtung abzulehnen bzw. abubrechen.
- (6) Externe Gutachterinnen und Gutachter sind verpflichtet, neben ihrer Tätigkeit als externe Gutachterin bzw. externer Gutachter keine Tätigkeiten auszuüben, die ihre Objektivität oder Neutralität bei der Durchführung des Begutachtungsverfahrens beeinträchtigen können. Externe Gutachterinnen und Gutachter verpflichten sich zur unabhängigen, weisungsfreien und gewissenhaften Aufgabenerfüllung. Dies bedeutet, dass sie sich bei der Leistungserbringung keiner Einflussnahme aussetzen dürfen, die die Vertrauenswürdigkeit und Glaubhaftigkeit der Begutachtung gefährden könnte. Verpflichtungen, die geeignet sind, die tatsächlichen Feststellungen und Beurteilungen zu verfälschen, dürfen nicht eingegangen werden.
- (7) Externe Gutachterinnen und Gutachter haben folgende Tätigkeiten und/oder Beziehungen gegenüber dem beauftragenden MDK anzuzeigen:
 - a. die in den letzten drei Jahren ausgeübten Tätigkeiten (inklusive Arbeitgeber und Arbeitsort),
 - b. persönliche oder finanzielle Beziehungen zu Unternehmen und deren Patenten, deren Produkte oder Dienstleistungen im Rahmen der Begutachtung Anwendung finden.
 - c. Vergütete und nicht-vergütete Beratungstätigkeiten für Unternehmen mit entsprechendem Thema,
 - d. Übernahme von Fort- und Weiterbildungskosten, Reise- und Übernachtungskosten oder Teilnahmegebühren durch ein Unternehmen, dessen Produkt oder Leistung begutachtet wird,

- e. Forschungsgelder (auch Sachmittel), Forschungsgeräte oder organisatorische Unterstützung bei der Durchführung von Studien durch Unternehmen, dessen Produkt oder Leistung begutachtet wird,
- f. mögliche immaterielle Interessenskonflikte hinsichtlich der Zugehörigkeit medizinisch-wissenschaftlicher Schulen.

Für die Erhebung der entsprechenden Angaben wird in der MDK-Gemeinschaft ein Musterformular erarbeitet und mit dem GKV-Spitzenverband abgestimmt. Aufgrund der entsprechend vorliegenden Informationen entscheidet der MDK über die Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachter. Treten zu den oben genannten Themen Änderungen ein, ist die externe Gutachterin bzw. der externe Gutachter verpflichtet, diese unverzüglich dem MDK mitzuteilen.

- (8) Im Rahmen der Beauftragung durch den MDK haben externe Gutachterinnen und Gutachter das Begutachtungsverfahren unabhängig von der Herkunft oder Nationalität der Versicherten durchzuführen.
- (9) Die externen Gutachterinnen und Gutachter sind verpflichtet, ihre Zuverlässigkeit durch Vorlage eines Führungszeugnisses nachzuweisen.

7 Datenschutz

Die Begutachtungen durch externe Gutachterinnen und Gutachter unterliegen denselben datenschutzrechtlichen Anforderungen, wie sie auch an interne Gutachterinnen und Gutachter der MDK gestellt werden. Bindend für die Begutachtungstätigkeit sind die jeweils für den MDK geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften.

8 Inkrafttreten

Diese Richtlinien treten am 14. August 2018 in Kraft.



Medizinischer Dienst
Niedersachsen

Anlage 3 zur Leistungsbeschreibung

**Vereinbarung über das Nähere zum
Prüfverfahren nach § 275 c Abs. 1 S
GB V (Prüfverfahrensvereinbarung
– PrüfvV)**

Dieses Dokument muss nicht zur Angebotsabgabe eingereicht werden.

Dieses Dokument wird bei Zuschlagserteilung Vertragsbestandteil.

Vereinbarung

über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1 SGB V
(Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfvV)

gemäß § 17c Absatz 2 KHG und

über das einzelfallbezogene Erörterungsverfahren
nach § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG

vom 22.06.2021

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

§ 1 Zielsetzung

- 1) ¹Diese Vereinbarung soll ein effizientes, konsensorientiertes Verfahren der Prüfungen nach § 275c Absatz 1 SGB V näher regeln. ²Die Krankenkassen, der Medizinische Dienst (MD) und die Krankenhäuser führen das Prüfverfahren nach Maßgabe der §§ 275c ff. SGB V, des § 17c KHG und dieser Vereinbarung in konstruktiver Zusammenarbeit durch.
- 2) ¹Die Vertragspartner vereinbaren zudem ein Verfahren für die einzelfallbezogene Erörterung nach § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG, welches die Klärung von Abrechnungsstreitigkeiten ermöglicht und – für den Fall einer Nichteinigung über Abrechnungsstreitigkeiten – die Zulässigkeitsvoraussetzung für den Sozialrechtsweg erfüllt. ²Einzelfallbezogene Erörterungen dienen der vorgerichtlichen Klärung bestehender Abrechnungsstreitigkeiten und sollen zur Entlastung der Sozialgerichte beitragen.

§ 2 Geltungsbereich

- 1) ¹Die Vereinbarung gilt für das Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1 SGB V und damit nach § 275c Absatz 1 Satz 3 SGB V für jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses nach § 275c Absatz 1 Satz 1 SGB V, mit der die Krankenkasse den MD zum Zwecke der Erstellung einer gutachtlichen Stellungnahme beauftragt und die eine Datenerhebung durch den MD beim Krankenhaus erfordert. ²Die Vereinbarung gilt nicht für Entbindungsfälle nach § 24f SGB V. ³§ 275c Absatz 6 SGB V ist zu beachten: Eine einzelfallbezogene Prüfung nach § 275c Absatz 1 Satz 1 SGB V ist bei der Abrechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a KHEntgG und bei der Prüfung der Einhaltung von Strukturmerkmalen, die nach § 275d SGB V geprüft wurden, nicht zulässig.
- 2) Die Vereinbarung regelt außerdem das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern für die einzelfallbezogene Erörterung nach § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG, zulässige Rechnungskorrekturen nach § 17c Absatz 2a KHG sowie Aufrechnungsmöglichkeiten nach § 109 Absatz 6 SGB V.
- 3) Die Vereinbarung gilt nicht für ambulante Krankenhausbehandlung.
- 4) Die Inhalte dieser Vereinbarung sind für die Krankenkassen, den MD und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich.
- 5) Für den in § 283a SGB V genannten Sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft–Bahn–See gilt diese Vereinbarung entsprechend.

§ 3 Zahlungsbegründende Unterlagen

¹Die Krankenkasse hat die von dem Krankenhaus übermittelten Leistungs- und Abrechnungsdaten in Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen und

Korrektheit deren Abrechnung näher zu prüfen. ²Die Prüfung erfolgt auf der Grundlage der Daten, die von den Krankenhäusern nach § 301 SGB V in Verbindung mit den hierzu getroffenen Vereinbarungen korrekt und vollständig zu übermitteln sind. ³Die Krankenhäuser haben dabei ihre Mitwirkungsobliegenheiten, insbesondere aus § 301 SGB V und gegebenenfalls ergänzenden landesvertraglichen Bestimmungen, vollständig zu erfüllen. ⁴Die Prüfung nach dieser Vereinbarung beginnt nach Abschluss der Kontrollen, die in der Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 Absatz 3 SGB V festgelegt sind.

§ 4 Einleitung des Prüfverfahrens

¹Beabsichtigt die Krankenkasse aufgrund von bei der Prüfung nach § 3 erkannten Auffälligkeiten eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen oder der Korrektheit der Abrechnung im Sinne des § 2 Absatz 1 Satz 1 einzuleiten, hat sie dem Krankenhaus den sich aus den Auffälligkeiten ergebenden Prüfgegenstand innerhalb von 4 Monaten nach Eingang der nach § 3 übermittelten Daten und der entsprechenden Krankenhausrechnung so konkret wie möglich mitzuteilen. ²Dabei hat sie den Prüfgegenstand mindestens aber beispielsweise wie folgt zu benennen:

- primäre Fehlbelegung
- sekundäre Fehlbelegung
- Kodierprüfung unter Benennung der beanstandeten Haupt- und/oder Nebendiagnose(n) und/oder Prozedur(en) unter Benennung der beanstandeten OPS-Ziffer(n)
- Fragen zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen (medizinische Indikation, NUB etc.)

³Die Aufzählung in Satz 2 ist nicht abschließend, Mehrfachnennungen sind möglich. ⁴Ist kein Prüfgegenstand benannt, liegt keine ein Prüfverfahren einleitende Mitteilung vor. ⁵Die Mitteilung muss dem Krankenhaus in der Frist nach Satz 1 zugehen.

§ 5 Vorverfahren (Falldialog)

- 1) ¹Nach Einleitung des Prüfverfahrens können sowohl die Krankenkasse als auch das Krankenhaus zu einem Falldialog auffordern. ²Die Aufforderung ist innerhalb von 2 Wochen anzunehmen oder abzulehnen.
- 2) ¹Wird in dem Falldialog eine Einigung erzielt, endet das Prüfverfahren. ²Eine gegebenenfalls notwendige Korrektur der Abrechnung hat innerhalb von 4 Wochen ab Einigung zu erfolgen. ³Es ist lediglich ein Ausgleich der Differenz zwischen dem Zahlungsbetrag der vorhergehenden Rechnung und dem sich nach Abschluss der in der Vereinbarung zur Datenübermittlung nach § 301 SGB V festgelegten Kontrollen ergebenden neuen Rechnungsbetrag zulässig.

- 3) ¹Der Falldialog kann jederzeit durch Erklärung des Krankenhauses oder der Krankenkasse beendet werden. ²Er ist innerhalb von 2 Monaten nach Ablauf der Prüfeinleitungsfrist nach § 4 abzuschließen. ³Krankenhaus und Krankenkasse können diese Frist einvernehmlich verlängern; die Frist nach § 6 Absatz 1 Satz 1 verlängert sich entsprechend.
- 4) § 275c Absatz 1 Satz 2 SGB V zur Aufwandspauschale findet auf das Vorverfahren keine Anwendung.

§ 6 Beauftragung des MD

- 1) ¹Beabsichtigt die Krankenkasse nach dem Vorverfahren die Beauftragung des MD, nimmt sie diese vorbehaltlich der einvernehmlichen Verlängerung des Falldialogs spätestens 12 Wochen nach Einleitung des Prüfverfahrens vor, wobei diese Frist nicht vor dem Ablauf der Frist nach § 4 Satz 1 endet. ²Beabsichtigt die Krankenkasse die direkte Beauftragung des MD, nimmt sie diese innerhalb der 4-Monats-Frist des § 275c Absatz 1 Satz 1 SGB V vor (Direktbeauftragung); die Mitteilung nach § 4 durch die Krankenkasse entfällt. ³Die Beauftragung erfolgt bei dem gemäß § 275c Absatz 1 Satz 4 SGB V örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständigen MD.
- 2) ¹Der MD zeigt dem Krankenhaus die Einleitung der MD-Prüfung, einschließlich des Datums seiner Beauftragung, unverzüglich an. ²Diese Anzeige muss dem Krankenhaus innerhalb von 2 Wochen ab der Beauftragung zugegangen sein. ³In der Prüfanzeige ist der bei der Einleitung des Prüfverfahrens (§ 4) mitgeteilte Prüfgegenstand gegebenenfalls zu konkretisieren und, sofern in dem Vorverfahren weitere Erkenntnisse gewonnen wurden, zu ergänzen. ⁴In Fällen der Direktbeauftragung ist dem Krankenhaus in der Prüfanzeige des MD der das Prüfverfahren einleitende Prüfgegenstand nach § 4 mitzuteilen. ⁵Eine Beschränkung der MD-Prüfung auf den Prüfgegenstand besteht nicht.

§ 7 Durchführung der Prüfung

- 1) ¹Der MD und das Krankenhaus sollen sich darauf verständigen, ob die Prüfung vor Ort oder im schriftlichen Verfahren erfolgt. ²Ist eine Verständigung nicht möglich, entscheidet der MD, ob er von seiner Befugnis nach § 276 Absatz 4 SGB V zu einer Prüfung vor Ort Gebrauch macht. ³In den übrigen Fällen erfolgt eine Prüfung im schriftlichen Verfahren.
- 2) ¹Die Prüfung vor Ort richtet sich nach den Vorgaben des § 276 Absatz 4 SGB V. ²Bei einer Prüfung im schriftlichen Verfahren kann der MD die Übersendung von Kopien der Unterlagen verlangen, die er zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt. ³Dabei soll sowohl der MD die angeforderten Unterlagen konkret benennen als auch das Krankenhaus die aus seiner Sicht zur Erfüllung des konkreten Prüfauftrages erforderlichen Unterlagen ergänzen. ⁴Ab dem 01.07.2022 erfolgt die Benennung der

Unterlagen durch den MD gemäß Anhang 1 der technischen Anlage zur elektronischen Vorgangsübermittlungsvereinbarung (eVV). ⁵Das Krankenhaus hat die Unterlagen innerhalb einer Ausschlussfrist von 8 Wochen nach Zugang der Unterlagenanforderung an den MD zu übermitteln. ⁶Die vom MD angeforderten und gegebenenfalls vom Krankenhaus ergänzten Unterlagen müssen dem MD innerhalb der Frist des Satzes 5 zugegangen sein. ⁷Liefert das Krankenhaus die erforderlichen Unterlagen innerhalb von weiteren 3 Wochen nach, wird das Prüfverfahren fortgesetzt, sofern das Krankenhaus vor der Nachlieferung die Krankenkasse informiert und für die Fortsetzung des Prüfverfahrens eine Pauschale in Höhe von 300 Euro an die Krankenkasse entrichtet hat. ⁸Die Frist nach § 8 Satz 3 verlängert sich entsprechend, maßgeblich ist der Zeitpunkt der vollständigen Erfüllung der Voraussetzungen nach Satz 7. ⁹Bei einer unvollständigen Unterlagenübermittlung erfolgt die Begutachtung durch den MD auf der Basis der vorliegenden Unterlagen. ¹⁰Sind keine Unterlagen fristgemäß übermittelt worden, gilt die Krankenhausrechnung als erörtert; etwaige Einwendungen und Tatsachenvortrag von Seiten des Krankenhauses sind ausgeschlossen. ¹¹Sofern gemäß Satz 3 vom MD konkret benannte angeforderte Unterlagen nicht fristgemäß vorgelegt wurden, können diese auch im Erörterungsverfahren nicht vorgelegt werden.

- 3) ¹Auch bei Prüfungen im schriftlichen Verfahren sollte bei Bedarf ein persönlicher fachlicher Austausch zwischen Krankenhaus und MD in einer geeigneten Weise erfolgen, auf die sich die Beteiligten verständigen. ²Bei komplexen Fallprüfungen soll ein solcher Austausch erfolgen.
- 4) ¹Eine Erweiterung des Prüfgegenstandes bei Prüfung im schriftlichen Verfahren ist nach Bestätigung durch die Krankenkasse vom MD dem Krankenhaus im laufenden Prüfverfahren und vor Abschluss der Begutachtung anzuzeigen; bei Bedarf soll sowohl der MD die angeforderten Unterlagen konkret benennen als auch das Krankenhaus die aus seiner Sicht zur Erfüllung des konkreten Prüfauftrages erforderlichen Unterlagen ergänzen. ²Die Unterlagen haben sich ausschließlich auf die Erweiterung des Prüfgegenstandes zu beziehen. ³Die Unterlagen müssen innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der Benennung vom Krankenhaus an den MD übermittelt und diesem zugegangen sein. ⁴Absatz 2 Sätze 9 bis 11 gelten entsprechend. ⁵Die Frist nach § 8 Satz 3 verlängert sich um einen Monat. ⁶Auch bei einer Prüfung vor Ort kann eine Erweiterung des Prüfgegenstandes erfolgen.
- 5) Für die Übermittlung des Ergebnisses der Begutachtung und der wesentlichen Gründe durch den MD gilt § 277 SGB V.

§ 8 Entscheidung der Krankenkasse nach MD-Gutachten

¹Die Krankenkasse hat dem Krankenhaus ihre abschließende Entscheidung zur Wirtschaftlichkeit der Leistung oder zur Korrektur der Abrechnung und den daraus folgenden Erstattungsanspruch mitzuteilen. ²Wenn die Leistung nicht in vollem Umfang

wirtschaftlich oder die Abrechnung nicht korrekt war, sind dem Krankenhaus die wesentlichen Gründe darzulegen. ³Die Mitteilungen nach Satz 1 und 2 haben innerhalb von 9 Monaten nach Übermittlung der Prüfanzeige nach § 6 Absatz 2 zu erfolgen. ⁴Die Regelung des Satzes 3 wirkt als Ausschlussfrist. ⁵Äußert sich die Krankenkasse nicht innerhalb der Ausschlussfrist, gilt das Verfahren als beendet und die Krankenhausabrechnung als erörtert.

§ 9 Erörterungsverfahren nach MD-Prüfung

- 1) ¹Ist das Krankenhaus mit der Entscheidung der Krankenkasse nach § 8 nicht einverstanden, hat es diese binnen 6 Wochen nach Zugang der Entscheidung gegenüber der Krankenkasse zu bestreiten. ²Das Bestreiten ist vom Krankenhaus inhaltlich zu begründen. ³Das Krankenhaus kann gleichzeitig mit dem Bestreiten das Erörterungsverfahren (EV) einleiten.
- 2) ¹Hat das Krankenhaus die Entscheidung der Krankenkasse nicht oder nicht rechtzeitig gemäß Absatz 1 Satz 1 bestritten, gilt die Entscheidung der Krankenkasse als nicht bestritten im Sinne des § 109 Absatz 6 Satz 2 SGB V. ²Die Krankenhausabrechnung gilt als erörtert.
- 3) ¹Schließt sich die Krankenkasse der vom Krankenhaus vorgetragenen Begründung an, teilt sie dies dem Krankenhaus binnen 6 Wochen nach Zugang des Bestreitens nach Absatz 1 mit. ²Ein nach Absatz 1 Satz 3 durch das Krankenhaus eingeleitetes EV ist hierdurch beendet.
- 4) ¹Kann sich die Krankenkasse der vom Krankenhaus vorgetragenen Begründung nicht anschließen, hat sie ihre Ablehnung dem Krankenhaus binnen 6 Wochen nach Zugang des Bestreitens nach Absatz 1 mitzuteilen. ²Diese Mitteilung leitet das EV ein, sofern eine Einleitung nicht schon durch das Krankenhaus nach Absatz 1 Satz 3 erfolgt ist.
- 5) ¹Das EV ist, vorbehaltlich der einvernehmlichen Verlängerung dieses Zeitraumes durch Krankenhaus und Krankenkasse, binnen 12 Wochen nach Mitteilung der Krankenkasse gemäß Absatz 4 abzuschließen. ²Das EV kann mündlich oder schriftlich (auch elektronisch) durchgeführt werden. ³Kann eine Verständigung hierzu nicht erreicht werden, wird das EV schriftlich durchgeführt.
- 6) ¹Grundlage des EV sind sämtliche erforderliche Daten des streitbefangenen Falles, einschließlich aller der vom MD beim Krankenhaus erhobenen Daten, sowie die im Rahmen des EV übermittelten Unterlagen und vorgetragenen Argumentationen/Einwendungen. ²Die Parteien des Erörterungsverfahrens stellen sicher, dass für die Durchführung des Erörterungsverfahrens erforderliche Unterlagen spätestens 4 Wochen nach der Mitteilung gemäß Absatz 4 Satz 1 der anderen Partei vorliegen. ³Die in Satz 2 genannte Frist ist eine Ausschlussfrist. ⁴Einwendungen, Daten und Unterlagen, die nicht bis zum Ablauf der Ausschlussfrist in Satz 2 der

anderen Partei vorliegen, werden nur nach ausdrücklicher Zustimmung der anderen Partei Gegenstand des EV.

- 7) Eine nicht fristgemäße Geltendmachung von Einwendungen oder Tatsachenvortrag sowie die nicht fristgemäße Vorlage von Unterlagen ist ausnahmsweise dann zugelassen, wenn das Fristversäumnis weder auf Vorsatz noch auf Fahrlässigkeit beruht und die versäumte Handlung unverzüglich nachgeholt wird.
- 8) ¹Führt das EV zu einer Einigung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse, ist das EV beendet. ²Die Abrechnung des Krankenhauses ist gegebenenfalls zu korrigieren.
- 9) Es können unabhängig von der Art der Durchführung der Erörterung mehrere strittige Abrechnungsfälle gemeinsam erörtert werden, wenn Krankenkasse und Krankenhaus sich darüber einig sind.
- 10) Das EV kann neben dem Fall einer Einigung nach Absatz 3 oder Absatz 8 jederzeit im Einvernehmen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse beendet werden.
- 11) Bei Verweigerung der Erörterung oder fehlender Mitwirkung durch das Krankenhaus oder die Krankenkasse gilt die Abrechnungsstreitigkeit als erörtert im Sinne des § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG.
- 12) Wird keine Einigung erzielt, ist das Erörterungsverfahren beendet, die Ergebnisse sind zu dokumentieren.

§ 10 Dokumentation der einzelfallbezogenen Erörterung

- 1) Das EV ist zu dokumentieren.
- 2) Die Dokumentation nach Absatz 1 muss mindestens folgende Inhalte haben:
 - Bezeichnung von Krankenkasse, Krankenhaus sowie des zuständigen MD, einschließlich der zuständigen Ansprechpartner mit Kontaktdaten,
 - Bezeichnung des streitbefangenen Abrechnungsfalles (Name und Geburtsdatum des Patienten),
 - Angaben zum Bestreiten des Krankenhauses nach § 9 Absatz 1, einschließlich des Datums sowie des bestrittenen Sachverhaltes,
 - Angaben zur Mitteilung der Krankenkasse nach § 9 Absatz 4, einschließlich des Datums,
 - Benennung der Teilnehmer des EV,
 - wenn kein schriftliches EV erfolgt ist: Benennung des Termins der mündlichen Erörterung,
 - Benennung des Erörterungsgegenstandes, der vorgelegten Unterlagen im Erörterungsverfahren nach § 9 sowie der übermittelten Einwendungen und Tatsachen,

- Zeitpunkt des Abschlusses des EV,
 - Ergebnis des EV, insbesondere Angaben zu erzielten Einigungen und etwaigen dissent verbliebenen Sachverhalten.
- 3) Die Dokumentation erfolgt mittels eines von den Vertragspartnern erstellten Dokumentationsbogens.
 - 4) Können sich Krankenhaus und Krankenkasse nicht auf eine gemeinsame Dokumentation einigen, hat jede der Parteien eine Dokumentation zu erstellen und diese innerhalb von zwei Wochen der anderen Partei zuzuleiten.

§ 11 Korrektur der Abrechnung und Aufrechnung

- 1) Eine Korrektur der Abrechnung durch das Krankenhaus ist zulässig:
 - a) zur Berichtigung von durch die Krankenkasse im Rahmen des Fehlerverfahrens nach der Vereinbarung gemäß § 301 Absatz 3 SGB V angemerkten Fehlern sowie
 - b) zur Abrechnung der Pauschale für eine nachstationäre Behandlung.
- 2) Eine Korrektur der Abrechnung durch das Krankenhaus hat innerhalb von 4 Wochen zu erfolgen:
 - a) zur Umsetzung eines rechtskräftigen Urteils
 - b) im Falle einer vorzunehmenden Fallzusammenführung
 - c) nachdem sich das Krankenhaus und die Krankenkasse im Falldialog, im einzelfallbezogenen Erörterungsverfahren, im Zuge eines gerichtlichen Verfahrens oder anderweitig geeinigt haben
 - d) nach Ablauf der Frist nach § 9 Absatz 1, wenn das Krankenhaus die Entscheidung der Krankenkasse nicht bestritten hat
 - e) zur Berücksichtigung eines Verlegungsabschlages
 - f) zur nachträglichen Änderung der Zuzahlungsverpflichtung sowie
 - g) zur Berücksichtigung einer nachträglichen Veränderung des Pflegegrades.
- 3) ¹Die Korrektur der Abrechnung ist ausschließlich bezogen auf den jeweiligen Korrekturatbestand zulässig. ²Die Vertragspartner verpflichten sich, bei Bedarf die Aufnahme weiterer Korrekturatbestände zu prüfen.
- 4) ¹Die Krankenkasse kann lediglich eine vom Krankenhaus nicht bestrittene, geeinte oder rechtskräftig festgestellte Erstattungsforderung mit einem unstreitigen Leistungsanspruch des Krankenhauses aufrechnen. ²Dabei sind der Leistungsanspruch und der Erstattungsanspruch genau zu benennen. ³Eine wegen einer Aufrechnung nach Satz 1 notwendige Korrektur der Abrechnung hat innerhalb von 4 Wochen ab der Mitteilung nach § 8 Satz 1 zu erfolgen.

§ 12 Elektronische Übermittlung

- 1) Zu einer Anpassung der Regelungen zur elektronischen Übermittlung der in dieser Vereinbarung vorgesehenen Informationen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern verständigen sich die Vertragspartner gesondert und setzen die elektronische Übermittlung spätestens zum 01.01.2022 in der Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 SGB V um.
- 2) Die Regelungen über eine ausschließlich elektronische Übermittlung von Unterlagen zwischen Krankenhaus und MD sowie zu den dafür erforderlichen Formaten und Inhalten der Unterlagen vereinbaren die Vertragspartner gesondert.
- 3) ¹Die in dieser Vereinbarung vorgesehenen Informationen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus zur einzelfallbezogenen Erörterung sollen auf elektronischem Wege umgesetzt werden. ²Übergangsweise wird die Übermittlung von Informationen zum Erörterungsverfahren in der Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 SGB V geregelt (hiervon ausgenommen ist insbesondere die Übermittlung von Unterlagen).
- 4) Bis zur ausschließlichen elektronischen Übermittlung von Unterlagen gemäß der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 KHG kann das Krankenhaus mit dem MD den Versand der Unterlagen in geeigneter elektronischer Form organisieren und vereinbaren.

§ 13 Landesverträge

¹Die in dieser Vereinbarung getroffenen Regelungen gelten verbindlich in allen Bundesländern der Bundesrepublik Deutschland, unabhängig davon, ob in einem Bundesland ein Landesvertrag nach § 112 SGB V zur Regelung der Durchführung einer Einzelfallprüfung existiert. ²In einem solchen Landesvertrag können lediglich ergänzende Regelungen zu denjenigen Fragestellungen getroffen werden, die nicht Gegenstand dieser Vereinbarung sind.

§ 14 Inkrafttreten, Kündigung

- 1) Diese Vereinbarung tritt zum 01.01.2022 in Kraft und gilt für die Überprüfung bei Patienten, die ab diesem Zeitpunkt in ein Krankenhaus aufgenommen werden.
- 2) ¹Die Vereinbarung kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Jahresende – frühestens zum 31.12.2022 – schriftlich gekündigt werden. ²Die Vertragspartner verpflichten sich, die Verhandlungen über eine Neuvereinbarung unverzüglich aufzunehmen. ³Falls innerhalb von 6 Monaten nach Wirksamkeit der Kündigung keine Einigung erzielt werden kann, entscheidet die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG. ⁴Bis zur Neuvereinbarung oder Festsetzung durch die Bundesschiedsstelle gilt die bisherige Vereinbarung fort.