



Medizinischer Dienst
Niedersachsen

Anlage zum Vertrag

**Fragebogen zur Sicherstellung der
Unabhängigkeit der Begutachtung und
zur Offenlegung potenzieller
Interessenkonflikte**

Dieses Dokument muss nicht zur Angebotsabgabe eingereicht werden.

Fragebogen zur Sicherstellung der Unabhängigkeit der Begutachtung und zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte

Dieser Fragebogen dient dazu, die Einhaltung der in den *Externe Gutachter-Richtlinien Krankenversicherung* nach § 282 Absatz 2 Satz 3 SGB V formulierten Anforderungen an die Unabhängigkeit zu gewährleisten. Die Angaben werden benötigt, um potenzielle Interessenkonflikte von externen Gutachterinnen / externen Gutachtern, die für den Medizinischen Dienst Niedersachsen (MDN) tätig werden transparent zu machen und dem MDN als Auftraggeber eine Bewertung zu ermöglichen.

Begutachtungsunternehmen:

Gutachter/in:

1. Besteht oder bestand in den letzten 3 Jahren neben der Tätigkeit für den Gutachterdienst ein Anstellungs- oder Auftragsverhältnis bei Leistungserbringern (z.B. Krankenhaus, Rehabilitations-Einrichtung, MVZ etc.) oder deren Trägern (z.B. Unternehmensverbund, Land, Kommune, Wohlfahrtsverband), Verbänden, Interessensvertretungen (z.B. Krankenhausverband, Wohlfahrtsverband)?

Ja ☐ Nein ☐ k. A. ¹

Wenn ja, wo? _____

2. Üben Sie neben Ihrer Tätigkeit als externe Gutachterin / externer Gutachter für den MDN eine Tätigkeit aus oder bestehen Verpflichtungen, die Ihre Objektivität oder Neutralität bei der Durchführung des Begutachtungsverfahrens beeinträchtigen könnten?

Ja ☐ Nein ☐ k. A. ☐

Wenn ja, welche? _____

3. Erhielten Sie Honorare/Forschungsmittel/Reise- und Übernachtungskosten für Tätigkeiten, die Ihre Objektivität oder Neutralität bei der Durchführung des Begutachtungsverfahrens beeinträchtigen könnten?

Ja ☐ Nein ☐ k. A. ☐

Wenn ja, welche?

4. Sind Sie in einem gesundheitsbezogenen Interessensverband, Interessensgruppe oder Selbsthilfegruppe aktiv, wodurch Interessenkonflikte zu Ihrer Begutachtungstätigkeit entstehen könnten?

Ja ☐ Nein ☐ k. A. ☐

Wenn ja, in welchem? _____

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mich mit den Anforderungen an die Unabhängigkeit von externen Gutachterinnen / Gutachtern, die für den MDN tätig werden, gemäß den *Externe Gutachter-Richtlinien Krankenversicherung* vertraut gemacht habe und diese beachten werde.

Ort, Datum

Unterschrift der Gutachterin / des Gutachters

¹ k. A. = Ich kann oder möchte dazu keine Angaben machen