



Gemeinsame Umsetzungshinweise
des GKV–Spitzenverbandes
und der Deutschen Krankenhausgesellschaft
zur
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

I. Vorbemerkung

Nach § 17c Absatz 2 Satz 4 KHG vereinbaren die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband gemeinsame Umsetzungshinweise zu der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1 SGB V (PrüfvV) gemäß § 17c Absatz 2 KHG und über das einzelfallbezogene Erörterungsverfahren nach § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG. Diese sind als Bestandteil der geltenden Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) durch alle an einem Prüfverfahren gemäß PrüfV Beteiligten verbindlich zu beachten.

Die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG hat am 22.06.2021 die zum 01.01.2022 in Kraft tretende Fassung der PrüfV festgesetzt. Dadurch wurde die PrüfV vom 03.02.2016 in der Fassung der Übergangsvereinbarung vom 10.12.2019 an die Neuregelungen durch das MDK-Reformgesetz vom 19.12.2019 angepasst.

II. Umsetzungshinweise

§ 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.

Erläuterung:

Die Regelung verfolgt das Ziel, durch eine konstruktive Zusammenarbeit sowie gegenseitige Rücksichtnahme ein faires, aufwandsarmes und pragmatisches Verfahren zu gewährleisten.

§ 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.

Erläuterung:

zu Absatz 1:

Die PrüfV gilt bei Begutachtungen nach § 275c Absatz 1 SGB V für Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V, mit denen die Krankenkasse den MD beauftragt und dieser gegenüber dem Krankenhaus aktiv wird und Daten/Unterlagen anfordert, sowie für das Vorverfahren bei potenziellen MD-Fällen nach Satz 1. Sonstige Prüfungen bleiben von der PrüfV unberührt und sind nach den für diese Prüfungen geltenden Regelungen weiterhin möglich.

Absatz 1. Satz 2 macht deutlich, dass die PrüfV nicht für die Prüfung von Entbindungsfällen nach § 24f SGB V gilt, auch nicht bei komplizierten oder pathologischen Entbindungen, denen ein krankheitswertiger Zustand zugrunde liegt und die daher eine Krankenhausbehandlung erforderlich machen. Entbindungsfälle werden außerhalb der Regelungen der PrüfV geprüft.

Satz 3 enthält einen Verweis auf § 275c Absatz 6 SGB V. Dieser regelt, in welcher Hinsicht eine Einzelfallprüfung auf Basis des § 275c Absatz 1 SGB V in Verbindung mit der PrüfV nicht zulässig ist.

zu Absatz 2:

Absatz 2 beschreibt den sich durch die Neuregelungen des MDK-Reformgesetzes ergebenden erweiterten Regelungsumfang der PrüfvV. Neuer Regelungspunkt der PrüfvV ist das Verfahren zur Durchführung der einzelfallbezogenen Erörterung nach § 17c Absatz 2b KHG. Daneben legt die PrüfvV verbindlich fest, welche Möglichkeiten der Rechnungs Korrektur sowie der Aufrechnung zulässig sind.

zu Absatz 3:

Die Überprüfung der Abrechnung ambulanter Krankenhausbehandlungen unterfällt nicht dem Geltungsbereich der PrüfvV. Dies betrifft u. a. ambulante Leistungen nach § 115b und § 116b SGB V, für die eigene Prüfregeln gelten.

§ 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 Mitwirkungsobligationen, 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.

Erläuterung:

Die „zahlungsbegründenden Unterlagen“ nach § 3 bilden den Ausgangspunkt des Prüfverfahrens nach § 275c Absatz 1 SGB V. Dieses wird nach Satz 2 der Regelung auf Grundlage der Daten durchgeführt, die durch die Krankenhäuser nach § 301 SGB V in Verbindung mit den dazu getroffenen Vereinbarungen den Krankenkassen in jedem Behandlungsfall zu übermitteln sind. Satz 2 und Satz 3 verpflichten die Krankenhäuser in diesem Zusammenhang außerdem zu einer korrekten und vollständigen Übermittlung der 301er-Daten sowie zur vollständigen Einhaltung der Mitwirkungsobligationen, insbesondere aus § 301 SGB V (z. B. medizinische Begründung oder zusätzliche Angaben zum Grund der Aufnahme nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3) und gegebenenfalls ergänzenden landesvertraglichen Bestimmungen.

Die Fristen für die Einleitung des Prüfverfahrens (§ 4 Satz 1) sowie für die direkte Beauftragung des MD (§ 6 Absatz 1 Satz 2), die sich auf das Vorliegen der zahlungsbegründenden Unterlagen beziehen, laufen demzufolge ebenfalls erst ab dem vollständigen und korrekten Vorliegen aller zahlungsbegründenden Unterlagen nach § 3.

Satz 4 der Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass die Daten nach § 301 SGB V von den Krankenkassen nach Erhalt gemäß der Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 SGB V bereits Plausibilitäts- und Fehlerkontrollen unterzogen werden. Diese Kontrollen erfolgen noch außerhalb der in der PrüfvV getroffenen Regelungen.

§ 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.

Erläuterung:

Die Krankenkasse leitet das Prüfverfahren innerhalb von 4 Monaten nach Eingang der zahlungsbegründenden Unterlagen nach § 3 durch eine Mitteilung des Prüfgegenstandes/der Prüfgegenstände gegenüber dem Krankenhaus ein, eine Begründung ist nicht erforderlich. Diese Mitteilung erfolgt per Datenaustausch nach § 301 SGB V. In den Fällen der direkten MD-Beauftragung entfällt diese Mitteilung (§ 6 Absatz 1 Satz 2 2. Halbsatz).

Die Aufzählung in § 4 Satz 2 bildet nicht abschließende Beispiele für die Benennung des Prüfgegenstandes ab. Es können daher bei Einleitung des Prüfverfahrens auch in der Auflistung nicht explizit benannte Prüfgegenstände angegeben werden. Die Angabe mehrerer Prüfgegenstände ist möglich. Vollständige Fallprüfungen sind damit nicht ausgeschlossen. Für die Einleitung des Prüfverfahrens muss in der Prüfmitteilung der Krankenkasse nach § 4 oder im Falle der Direktbeauftragung des MD in der MD-Prüfanzeige nach § 6 Absatz 2 Satz 4 mindestens ein Prüfgegenstand angegeben sein. Wird in der Mitteilung nach § 4 kein Prüfgegenstand angegeben, liegt keine ordnungsgemäße Einleitung eines Prüfverfahrens und somit kein Prüfverfahren nach PrüfvV vor. Erfolgt bis zum Ablauf der Frist nach § 4 Satz 1 von der Krankenkasse keine Mitteilung des Prüfgegenstandes, ist – abgesehen von den Fällen der Direktbeauftragung – keine weitere Prüfung des betreffenden Behandlungsfalles durch den MD möglich.

Entscheidend für die Fristwahrung zur Einleitung des Prüfverfahrens – abgesehen von der Direktbeauftragung des MD – ist der Eingang der Mitteilung beim Krankenhaus innerhalb von 4 Monaten nach Zugang der zahlungsbegründenden Unterlagen gemäß § 3 bei der Krankenkasse. Versäumt die Krankenkasse die Einhaltung der 4-Monats-Frist zur Prüfeinleitung, ist eine Prüfung nach § 275c Absatz 1 SGB V ausgeschlossen.

Bei der Fristberechnung wird der Tag, an dem die zahlungsbegründenden Unterlagen bei der Krankenkasse eingehen, nicht mitgerechnet (§ 187 Absatz 1 BGB). Die Frist beginnt daher erst am folgenden Tag, unabhängig davon, ob dieser Tag ein Sonnabend, Sonntag oder Feiertag ist. Die Frist endet mit Ablauf (24:00 Uhr) des Tages des letzten Monats, welcher durch seine Zahl dem Tag des Eingangs der Unterlagen entspricht. Gehen die Unterlagen also bspw. am 3. März ein, endet die Frist 4 Monate später am 3. Juli. Fällt der letzte Tag der Frist auf einen Sonnabend, einen Sonntag oder einen bundeseinheitlichen gesetzlichen Feiertag, endet die Frist mit dem Ablauf des nächstfolgenden Werktages (§ 193 BGB). Dies gilt jedenfalls auch für landesgesetzliche Feiertage, wenn diese gleichermaßen für Krankenhaus und Krankenkasse gelten. Ist also im Beispiel der 3. Juli ein Sonnabend, läuft die Frist erst 2 Tage später am Montag, den 5. Juli, ab. Vorsicht ist bei nur regional geltenden landesgesetzlichen Feiertagen geboten, da diese möglicherweise nicht gleichermaßen für Krankenhaus und Krankenkasse gelten. Fehlt der entsprechende Tag des Monats, endet die Frist mit Ablauf des letzten Tages des Monats.

Im Falle der Direktbeauftragung erfolgt die Einleitung des Prüfverfahrens durch die Anzeige der Prüfung durch den MD innerhalb von 2 Wochen nach seiner Beauftragung gegenüber dem Krankenhaus. So erhält das Krankenhaus spätestens innerhalb von 4 Monaten und 2 Wochen die Prüfanzeige. Versäumt die Krankenkasse die Einhaltung der 4-Monats-Frist zur Beauftragung des MD oder der MD die 2-Wochen-Frist ab seiner Beauftragung (vergleiche § 6 Absatz 2 Satz 2) für die Einleitung des Prüfverfahrens, kann keine Prüfung nach § 275c Absatz 1 SGB V mehr erfolgen. Im Fall der Prüfung auf Fallzusammenführung bezieht sich die Frist auf den zuletzt abgerechneten Behandlungsfall.

§ 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 Zahlbetrag 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.

Erläuterung:

Der wesentliche Unterschied zur PrüfvV a. F. besteht darin, dass die bislang als eine Variante des Vorverfahrens mögliche Datensatzkorrektur wegen des Verbotes der Rechnerkorrektur, eingeführt durch das MDK-Reformgesetz in § 17c Absatz 2a Satz 1 KHG, ersatzlos entfallen ist. Das Verfahren vor Einschaltung des MD (Vorverfahren) umfasst daher nur noch den freiwilligen Falldialog zur frühzeitigen Klärung von Streitfragen.

zu Absatz 1:

Sowohl Krankenhaus als auch Krankenkasse können die jeweils andere Seite zu einem Falldialog auffordern. Diese Aufforderung erfolgt im Rahmen des § 301-er Verfahrens auf elektronischem Wege und ist innerhalb von 2 Wochen auf diesem Weg anzunehmen oder abzulehnen. Der Zeitpunkt für die Aufforderung zum Falldialog ist nicht geregelt. Die Krankenkasse kann das Krankenhaus beispielsweise zeitgleich mit der Mitteilung des Prüfgegenstandes zum Falldialog auffordern. Um eine fristgerechte Reaktion des Krankenhauses bzw. der Krankenkasse auf die Aufforderung zum Falldialog zu ermöglichen, sollte die Aufforderung rechtzeitig erfolgen. Bei später Aufforderung zum Falldialog sollte zeitgleich die gewünschte Fristverlängerung nach Absatz 3 Satz 3 mit übermittelt werden. Dies ist per Datenaustausch nach § 301 SGB V vorzunehmen. Erfolgt keine oder keine fristgerechte Reaktion auf eine Aufforderung oder keine Reaktion auf eine gewünschte Verlängerung der Frist zum Falldialog, ist dies als Ablehnung zu werten. Fordern sich die Beteiligten gegenseitig zum Falldialog oder zu dessen Verlängerung auf, gelten der Falldialog bzw. dessen Verlängerung als angenommen.

Da die Durchführung eines Falldialoges freiwillig erfolgt, dürfen aus einer Ablehnung keine rechtlichen Nachteile erwachsen.

Der Falldialog erfolgt auf Grundlage der nach § 3 PrüfV an die Krankenkasse übermittelten Daten.

Die PrüfV macht keine Vorgabe, in welcher Form der Falldialog durchgeführt wird. Ob der Falldialog schriftlich, mündlich, fernmündlich oder elektronisch geführt wird, bleibt der Abstimmung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse vorbehalten.

zu Absatz 2:

Wird im Rahmen eines Falldialoges zwischen den Parteien eine Einigung erzielt, endet nach Absatz 2 Satz 1 das Prüfverfahren.

Sofern von Seiten des Krankenhauses als Ergebnis des Falldialoges eine Rechnungskorrektur erfolgen muss, ist diese innerhalb von 4 Wochen nach Beendigung des Falldialoges vorzunehmen. Durch die Rechnungskorrektur darf lediglich das Ergebnis des Falldialoges umgesetzt werden. Sofern die Korrektur der Rechnung auch eine Änderung der Entlassungsanzeige erfordert, ist diese ebenfalls zu übermitteln. Auch ohne Korrektur hat die Krankenkasse Anspruch auf den gegebenenfalls überzahlten Betrag und kann diesen gemäß § 11 Absatz 4 aufrechnen.

Auszugleichen ist jedoch nur die Differenz zwischen dem sich gegebenenfalls neu ergebenden Rechnungsbetrag und dem bereits gezahlten Betrag der vorherigen Rechnung. Selbstverständlich unterliegt auch die neue Rechnung den in der Vereinbarung zur Datenübermittlung nach § 301 SGB V festgelegten Kontrollen.

zu Absatz 3:

Will eine Partei den Falldialog beenden, so hat sie dies zu erklären. Diese Erklärung ist per Datenaustausch nach § 301 SGB V vorzunehmen. Der Falldialog ist spätestens innerhalb von 2 Monaten nach Ablauf der Prüfungseinleitungsfrist nach § 4 abzuschließen. Sind beide Seiten der Auffassung, dass sie für die Durchführung des Falldialoges mehr Zeit benötigen, können sie diese Frist einvernehmlich verlängern. Nur bei entsprechender Bestätigung der Fristverlängerung kann die Krankenkasse bzw. das Krankenhaus von einer tatsächlichen Fristverlängerung ausgehen. Erfolgte dennoch keine Einigung im Falldialog, kann die gemäß § 6 Absatz 1 Satz 1 mögliche MD-Beauftragung entsprechend später erfolgen.

§ 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.

Erläuterung:

zu Absatz 1:

Die Krankenkasse kann den MD nach dem Vorverfahren oder direkt mit der Durchführung der Prüfung beauftragen. Erfolgt die Beauftragung nach dem Vorverfahren, ist der MD – vorbehaltlich einer einvernehmlichen Verlängerung des Falldialoges – spätestens 12 Wochen nach Einleitung des Prüfverfahrens gemäß § 4 zu beauftragen. Frühestens endet diese 12-Wochen-Frist jedoch mit Ablauf der gesetzlichen Einleitungsfrist von 4 Monaten ab Eingang der zahlungsbegründenden Unterlagen gemäß § 3 bei der Krankenkasse. In Fällen der Direktbeauftragung, die innerhalb der 4-Monats-Frist gemäß § 275c Absatz 1 Satz 1 SGB V erfolgt, entfällt die Mitteilung der Einleitung des Prüfverfahrens durch die Krankenkasse nach § 4, die Prüfanzeige des MD tritt an deren Stelle und leitet die Prüfung ein. Das MDK-Reformgesetz hat die Prüfungseinleitungsfrist lediglich verlängert, nicht aber in ihrem Charakter verändert.

zu Absatz 2:

§ 6 Absatz 2 Satz 1 verpflichtet den MD, dem Krankenhaus die Einleitung der Prüfung einschließlich des Datums seiner Beauftragung unverzüglich anzuzeigen. Das Datum der MD-Beauftragung durch die Krankenkasse ist Bestandteil der Prüfanzeige. Diese Information soll das Krankenhaus in die Lage versetzen, die Fristwahrung nachzuvollziehen. Die unverzügliche Übermittlung ist gewahrt, wenn die Prüfanzeige des MD dem Krankenhaus innerhalb von

2 Wochen zugegangen ist. Bei MD-Prüfungen nach einem Vorverfahren sind die durch die Krankenkasse bei Einleitung des Prüfverfahrens bereits mitgeteilten Prüfgegenstände gegebenenfalls durch den MD zu konkretisieren und, sofern im Vorverfahren weitere Erkenntnisse gewonnen wurden, zu ergänzen. Die MD-Prüfanzeige schränkt den MD hinsichtlich der Verwertung von weiteren Erkenntnissen in der Prüfung nicht ein, die Voraussetzungen nach § 7 Absatz 4 sind zu beachten.

§ 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 zugewandt 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.

Erläuterung:

zu Absatz 1:

Die Verständigung zwischen den Beteiligten soll dahingehend erfolgen, ob die Prüfung im schriftlichen Verfahren oder vor Ort erfolgt. Lässt sich kein Einvernehmen herstellen, kann der MD von seiner Befugnis zu einer Prüfung vor Ort nach § 276 Absatz 4 SGB V Gebrauch machen. Ist dies nicht der Fall, findet die Prüfung im schriftlichen Verfahren statt.

zu Absatz 2:

Bei Prüfungen vor Ort kann der MD-Gutachter die notwendigen Krankenunterlagen gemäß § 276 Absatz 4 Satz 1 SGB V einsehen. Findet die Prüfung hingegen im schriftlichen Verfahren statt, kann der MD die zur Prüfung notwendigen Unterlagen in Kopie oder in einem elektronischen Verfahren anfordern. Nach Satz 2 kann der MD die Unterlagen vom Krankenhaus anfordern, die er zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt.

Nach Absatz 2 Satz 3 soll der MD die von ihm zur Durchführung der Fallprüfung benötigten Unterlagen konkret bezeichnen. Auch das Krankenhaus soll die aus seiner Sicht zur Erfüllung des konkreten Prüfauftrages erforderlichen Unterlagen ergänzen. Nach Absatz 2 Satz 4 erfolgt die Benennung der vom MD angeforderten Unterlagen ab dem 01.07.2022 verbindlich auf elektronischem Wege gemäß Anhang 1 der technischen Anlage zur elektronischen Vorgangsübermittlungsvereinbarung (eVV).

Absatz 2 Satz 5 legt fest, dass das Krankenhaus die angeforderten und die aus seiner Sicht zur Erfüllung des konkreten Prüfauftrages erforderlichen Unterlagen innerhalb einer Ausschlussfrist von 8 Wochen an den MD zu übermitteln hat, entscheidend ist der Zugang innerhalb dieser Frist beim MD.

Krankenhäuser können eine Dokumentenklassifizierung gemäß eVV bereits ab dem 01.07.2022 übermitteln. Mindestens haben sie aber gemäß eVV die Unterlagen den Kategorien Krankenhausberichte, Kurve, Pflege- oder Arzt-Doku, Technische/Labor-Befunde und zusätzliche Unterlagen zuzuordnen. Ab dem 01.01.2024 ist die Nutzung der Dokumentenkodierung für die Krankenhäuser verpflichtend. Dies stellt eine strukturierte Übermittlung von Patientenunterlagen (selbst bei Erforderlichkeit vollständiger Patientenakten) sicher.

Ziel der Regelung ist die vollständige Verfügbarkeit der relevanten Prüfgrundlage für die abschließende Klärung der strittigen Fragestellung(en). Bei Anforderung und Versand bzw. Bereitstellung dieser Unterlagen wird gegenseitige Rücksichtnahme bezüglich des Aufwandes vorausgesetzt.

Ein nachträgliches Liefern der Unterlagen ist nur unter engen Voraussetzungen gemäß Satz 7 innerhalb der Fristverlängerung von weiteren 3 Wochen möglich. Satz 7 stellt Bedingungen an die mögliche Fortsetzung des MD-Prüfverfahrens. Das Krankenhaus hat die erforderlichen Unterlagen an den MD innerhalb von weiteren 3 Wochen zu liefern bzw. bereitzustellen (Zugang beim MD maximal 11 Wochen nach Zugang der Unterlagenanforderung beim Krankenhaus). Als Voraussetzung hierfür hat das Krankenhaus die Krankenkasse vorher darüber zu informieren und 300 Euro zu entrichten, dabei wird auf den Zahlungseingang bei der Krankenkasse abgestellt.

Werden keinerlei Unterlagen innerhalb der Frist des Satzes 5 oder unter den Voraussetzungen des Satzes 7 übermittelt bzw. bereitgestellt, gilt gemäß Absatz 2 Satz 10 die Krankenhausrechnung als erörtert, Einwendungen und Tatsachenvortrag des Krankenhauses sind ausgeschlossen. Dies bedeutet, dass das Krankenhaus keine Unterlagen oder Einwände gegen die leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse vortragen kann, auch nicht in einem nachfolgenden Gerichtsverfahren. Die Krankenkasse übermittelt dem Krankenhaus ihre Entscheidung unter Verwendung des entsprechenden Schlüssels per Datenaustausch nach § 301 SGB V.

Werden innerhalb der Frist nur unvollständige Unterlagen übermittelt, erfolgt gemäß Satz 9 die Begutachtung durch den MD auf der Basis der vorliegenden Unterlagen. Vom MD konkret benannte, aber nicht fristgemäß vorgelegte Unterlagen können ausweislich des Satzes 11 auch in einem nachfolgenden Erörterungsverfahren nicht berücksichtigt werden. Dies soll sicherstellen, dass der MD auf Grundlage aller von ihm zulässigerweise für erforderlich gehaltenen Unterlagen die streitige Krankenhausrechnung objektiv und rechtzeitig begutachten kann und eine Klärung der Abrechnungsstreitigkeit ohne gerichtliches Verfahren erfolgt.

zu Absatz 3:

Der persönlich-fachliche Austausch zwischen MD und Krankenhaus ist nicht auf Prüfungen beschränkt, die vor Ort im Krankenhaus stattfinden. Absatz 3 weist explizit auf die Möglichkeit hin, bei entsprechendem Bedarf – egal von welcher Seite – den Austausch in geeigneter Weise durchzuführen. Über die Durchführung und die Art des fachlichen Austauschs entscheiden die Beteiligten selbst und verständigen sich dazu. Möglich ist, dass Landesverträge nach § 112 Absatz 2 Nummer 2 SGB V hierzu gegebenenfalls auch die Verpflichtung enthalten, einen persönlich-fachlichen Austausch durchzuführen.

Nach § 7 Absatz 3 Satz 2 soll ein persönlich-fachlicher Austausch insbesondere bei komplexen Fallprüfungen durchgeführt werden. Für die Einschätzung, ob eine komplexe Fallprüfung vorliegt, ist zu beachten, dass nicht die Komplexität des Behandlungsfalles entscheidend ist, sondern die Komplexität der Prüfung.

zu Absatz 4:

Die Regelung des Absatzes 4 sieht die Information des Krankenhauses durch den MD über die Erweiterung des Prüfgegenstandes vor Begutachtungsabschluss vor. Die Information über die Erweiterung von Prüfgegenständen ist dann notwendig, wenn ein fraglicher Sachverhalt in der MD-Prüfung nicht unter die bereits mitgeteilten Prüfgegenstände subsumiert werden kann. Bei Prüfungen im schriftlichen Verfahren holt der MD die Bestätigung der Krankenkasse zur Erweiterung ein.

Wurde eine Erweiterung des Prüfgegenstandes vorgenommen und kann der MD den der Erweiterung zugrundeliegenden Sachverhalt anhand der bereits vorliegenden Unterlagen nicht abschließend nachvollziehen, soll der MD diesbezüglich weitere Unterlagen konkret anfordern. Die angeforderten und gegebenenfalls durch das Krankenhaus ergänzten Unterlagen haben sich ausschließlich auf die Erweiterung des Prüfgegenstandes zu beziehen und müssen zu dessen Erfüllung erforderlich sein. Bei einer Begutachtung vor Ort sind dem MD entsprechende Unterlagen während dieser Begutachtung zur Verfügung zu stellen. Bei Prüfungen nach Aktenlage müssen die geforderten und gegebenenfalls durch das Krankenhaus ergänzten Unterlagen dem MD innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der Anforderung zugegangen sein. Für Anforderung und Übermittlung der Unterlagen gelten die Regelungen der eVV.

Wird die Frist nicht eingehalten, gelten die Konsequenzen für eine unvollständige oder nicht erfolgte Unterlagenübermittlung/-bereitstellung gemäß Absatz 2 Sätze 9 bis 11. Wurden z. B. vom MD konkret angeforderte Unterlagen durch das Krankenhaus nicht fristgemäß vorgelegt, ist das Krankenhaus später mit der Vorlage dieser Unterlagen im Erörterungs- und Gerichtsverfahren präkludiert.

Erfolgt keine Bekanntgabe des erweiterten Prüfgegenstandes gegenüber dem Krankenhaus, liegt keine Erweiterung des Prüfgegenstandes vor. Die regelkonforme Erweiterung des Prüfgegenstandes setzt das laufende Prüfverfahren fort, wobei sich die Frist für die Entscheidung der Krankenkasse nach § 8 um einen Monat verlängert.

zu Absatz 5:

Absatz 5 regelt, dass für die Übermittlung des Ergebnisses der Begutachtung und der wesentlichen Gründe durch den MD § 277 SGB V gilt. Daraus folgt, dass der MD dem Krankenhaus das Ergebnis seiner Begutachtung mitteilen kann. Diese Mitteilung muss erfolgen, wenn der MD mit seinem Begutachtungsergebnis von der Abrechnung des Krankenhauses abweicht. Der MD ist zur Mitteilung der wesentlichen Gründe des Ergebnisses seiner Begutachtung an das Krankenhaus verpflichtet, soweit die wesentlichen Gründe keine zusätzlichen, vom MD erhobenen versichertenbezogenen Daten enthalten.

§ 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 Umfange 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.

Erläuterung:

Entscheidend für die Beendigung des Prüfverfahrens ist nicht das Gutachten des MD, sondern die leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse. § 8 sieht vor, dass die Krankenkasse dem Krankenhaus ihre abschließende leistungsrechtliche Entscheidung mitzuteilen hat. Ein Erstattungsanspruch ist von der Krankenkasse der Höhe nach mitzuteilen. Nimmt die Krankenkasse eine Rechnungskürzung vor, hat sie dem Krankenhaus die wesentlichen Gründe, die zu ihrer leistungsrechtlichen Entscheidung geführt haben, darzulegen. Die Mitteilungen erfolgen per Datenaustausch nach § 301 SGB V.

Die Krankenkasse hat dem Krankenhaus ihre leistungsrechtliche Entscheidung innerhalb von 9 Monaten nach Übermittlung der Prüfanzeige durch den MD mitzuteilen. Bei der Frist zur Übermittlung der leistungsrechtlichen Entscheidung handelt es sich um eine Ausschlussfrist. Eine Durchbrechung der Prüffrist nach § 8 Satz 3 ist nur in bestimmten Konstellationen zulässig. So verlängert sich in den Fällen des § 7 Absatz 2 Satz 7 die 9–Monats–Frist gemäß § 7 Absatz 2 Satz 8 je nach Zeitpunkt des Unterlageneingangs beim MD um maximal 3 Wochen. Im Falle der Prüferweiterung im schriftlichen Verfahren verlängert sich die Frist gemäß § 7 Absatz 4 Satz 5 um einen Monat. Versäumt die Krankenkasse die Frist, gilt nach § 8 Satz 5 das Verfahren als beendet und die Krankenhausabrechnung als erörtert.

Zur Fristenberechnung wird auf die Ausführungen zu § 4 verwiesen.

§ 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.

Erläuterung:

Das MDK-Reformgesetz hat durch die Regelung des § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 8 KHG in Verbindung mit § 17c Absatz 2 Satz 5 KHG sowie § 17c Absatz 2b KHG das einzelfallbezogene Erörterungsverfahren eingeführt. Die Durchführung des Erörterungsverfahrens ist Voraussetzung für die Zulässigkeit der Erhebung einer Klage zur Klärung der Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung, vergleiche § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG. Die einzelfallbezogene Erörterung eines Abrechnungsfalles schließt sich an die Durchführung einer MD-Prüfung an, wenn nach der leistungsrechtlichen Entscheidung weiterhin Streit über die Krankenhausabrechnung besteht.

Ausweislich der Ausführungen in der Gesetzesbegründung könnte jedoch die Auffassung vertreten werden, dass in allen Fällen, in denen Streit über die Korrektheit der Krankenhausabrechnung besteht, vor Erhebung einer diesbezüglichen Klage eine einzelfallbezogene Erörterung durchzuführen ist. Die Schiedsstelle hat in der vorliegenden Prüfverfahrensvereinbarung ein Erörterungsverfahren ausschließlich für Fälle mit MD-Prüfung festgesetzt. Dies erfolgte vor dem Hintergrund, dass der von ihr festzusetzende Regelungsgegenstand der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 1 KHG ausschließlich das Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1 SGB V sei. Die Festsetzung einer weitergehenden Regelung wäre weder von der Regelungskompetenz des § 17c Absatz 2 Satz 1 KHG noch von der Festsetzungskompetenz der Schiedsstelle umfasst. Auch aus der Einschränkung der gerichtlichen Überprüfbarkeit von Krankenhausabrechnungen gemäß § 17c Absatz 2b KHG ergebe sich nichts anderes, denn diese Regelung knüpfe ausdrücklich an die Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 5 KHG bzw. die Festsetzung in § 17c Absatz 2 Satz 6 KHG an und stelle einen unmittelbaren Bezug zur Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 1 KHG her.

Dies bedeutet, dass ein einzelfallbezogenes Erörterungsverfahren im Vorfeld einer sozialgerichtlichen Überprüfung als Prozessvoraussetzung nur dann durchzuführen ist, wenn die streitige Krankenhausrechnung durch den MD begutachtet wurde. Alle sonstigen

Abrechnungsstreitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen, bei denen eine Beauftragung des MD durch die Krankenkasse nicht erfolgte, erfordern somit aus Sicht der Vertragspartner keine Durchführung eines Erörterungsverfahrens als Prozessvoraussetzung.

zu Absatz 1:

Absatz 1 umfasst Regelungen zum Bestreiten der Entscheidung der Krankenkasse durch das Krankenhaus sowie dessen Möglichkeit, das Erörterungsverfahren einzuleiten. Wenn das Krankenhaus mit der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse nicht einverstanden ist, hat es diese innerhalb einer Frist von 6 Wochen zu bestreiten und das Bestreiten inhaltlich zu begründen. Das Krankenhaus muss die wesentlichen Gründe darlegen, warum es die leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse ablehnt. Die gleichzeitige Einleitung des Erörterungsverfahrens führt noch nicht zu dessen Durchführung, da diese die ablehnende Mitteilung der Krankenkasse nach Absatz 2 voraussetzt.

zu Absatz 2:

Absatz 2 regelt die Aufrechnungsmöglichkeit durch die Krankenkasse, wenn das Krankenhaus deren Entscheidung nicht gemäß Absatz 1 innerhalb der Ausschlussfrist bestritten hat. Gemäß Satz 2 gilt die Krankenhausrechnung als erörtert. Sofern also die Krankenkasse ihre Erstattungsforderung nicht im Wege der Aufrechnung realisieren kann (weil das Krankenhaus keine Rechnungen für andere Fälle stellt) und das Krankenhaus die Rückforderung der Krankenkasse nicht erstattet, kann die Krankenkasse ihre Forderung auf dem Klageweg durchsetzen. Das Krankenhaus ist im Gerichtsverfahren mit Einwendungen und Tatsachenvortrag gegen die Erstattungsforderung ausgeschlossen.

zu Absatz 6:

Gemäß Satz 1 sind Gegenstand des Erörterungsverfahrens sämtliche für die Klärung der bestehenden Fragestellung(en) erforderlichen Daten und Unterlagen des streitbefangenen Falles. Voraussetzung hierfür ist, dass diese fristgemäß durch die jeweilige Partei aktiv in die Erörterung eingebracht wurden und somit der jeweils anderen Partei vorliegen. Nach der Ausschlussfrist in Satz 2 müssen die Unterlagen spätestens 4 Wochen nach der Mitteilung der Krankenkasse gemäß Absatz 4 Satz 1 (Ablehnen des Bestreitens) vorliegen. So hat z. B. das Krankenhaus der Krankenkasse die Unterlagen, die schon dem MD fristgemäß vorgelegen haben, zu übersenden, wenn sie in die Erörterung eingebracht werden sollen. Die durch das Krankenhaus eingebrachten einzelnen Dokumente müssen identisch sein mit den jeweiligen Dokumenten, die zuvor durch das Krankenhaus für die MD-Prüfung fristgerecht vorgelegt wurden. Demgemäß sind in das Erörterungsverfahren eingebrachte Dokumente, die nicht identisch sind mit den vom MD zuvor angeforderten und daraufhin vom Krankenhaus vorgelegten Dokumenten, von der Erörterung ausgeschlossen. Ungeachtet dessen können weitere Unterlagen, welche vom MD zuvor nicht konkret angefordert wurden, vom Krankenhaus in das Erörterungsverfahren eingebracht werden.

Die DKG und der GKV-Spitzenverband beabsichtigen, sich auf ein technisches Verfahren zur Feststellung der Unterlagenidentität zu verständigen.

Bis zur Umsetzung eines solchen technischen Verfahrens teilt das Krankenhaus der Krankenkasse die Identität der eingebrachten Dokumente mit.

Die an die Krankenkasse übermittelten zahlungsbegründenden Unterlagen nach § 3, die leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse sowie das Bestreiten des Krankenhauses nach § 9 Absatz 1 müssen für die Erörterung nicht erneut übermittelt werden und sind automatisch Gegenstand des Erörterungsverfahrens. Unterlagen gemäß § 7 Absatz 2 Satz 11 sind im Erörterungsverfahren ausgeschlossen.

Nach § 17c Absatz 2b Satz 3 KHG können Einwendungen und Tatsachenvortrag in Bezug auf die Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung im gerichtlichen Verfahren nicht geltend gemacht werden, wenn sie im Rahmen des Erörterungsverfahrens nicht oder nicht fristgerecht schriftlich oder elektronisch gegenüber der anderen Partei geltend gemacht worden sind und die nicht fristgemäße Geltendmachung auf von der jeweiligen Partei zu vertretenden Gründen beruht. Der Regelung des § 17c Absatz 2b Satz 3 KHG kommt somit Präklusionswirkung zu. Es obliegt den Parteien, alle Einwendungen sowie Tatsachen gegen die Krankenhausabrechnung und gegen das Prüfergebnis des MD im Rahmen der einzelfallbezogenen Erörterung vorzubringen, da sie andernfalls im Falle eines gerichtlichen Verfahrens mit diesem Vorbringen ausgeschlossen sind.

Die Frist in Absatz 6 Satz 2 wird ausdrücklich als Ausschlussfrist bezeichnet, was zur Folge hat, dass eine Vorlage von Einwendungen, Daten oder Unterlagen nach Ablauf dieser Frist nicht mehr möglich ist und diese keine Berücksichtigung finden, weder im Erörterungsverfahren noch in einem sich eventuell anschließenden Gerichtsverfahren. Nur nach ausdrücklicher Zustimmung der anderen Partei können diese gemäß Satz 4 noch in das Erörterungsverfahren eingebracht werden. Wird die Zustimmung nicht erteilt, bleiben die nicht fristgerecht übermittelten Einwendungen, Daten oder Unterlagen im Erörterungsverfahren sowie in einem Klageverfahren ausgeschlossen.

zu Absatz 7:

Absatz 7 beinhaltet eine weitere Ausnahmeregelung zum grundsätzlichen Ausschluss nicht fristgerecht vorgelegter Daten, Einwendungen oder Unterlagen. Diese werden – trotz Nichteinhaltung der Frist des Absatz 6 Satz 2 – dann Gegenstand des Erörterungsverfahrens, wenn die Nichteinhaltung der Übersendungsfrist weder auf Vorsatz noch auf Fahrlässigkeit auf Seiten der zur Übersendung verpflichteten Partei beruht und die versäumte Handlung unverzüglich – also ohne schuldhaftes Zögern – nachgeholt wird. Solche Fälle können vorliegen beispielsweise bei Störungen oder dem Ausfall des EDV-Systems, insbesondere bei Hackerangriffen auf das EDV-System oder bei Eintritt von Hochwassersituationen.

zu Absatz 8:

Eine Einigung kann zu dem Ergebnis führen, dass die Rechnung des Krankenhauses zu korrigieren ist. Eine solche Rechnungskorrektur stellt eine zulässige, systemimmanente Rechnungskorrektur nach § 11 Absatz 2 Buchstabe c) dar. Sie hat demgemäß innerhalb von 4 Wochen nach Einigung zu erfolgen. Nach erfolgter Einigung ist die Krankenkasse nach § 11 Absatz 4 zur Aufrechnung des gegebenenfalls bestehenden Erstattungsanspruchs berechtigt.

zu Absatz 9:

Absatz 9 stellt klar, dass eine Sammelerörterung zulässig ist. Diese Bündelung der Erörterung mehrerer Fälle dient der Verfahrenskonzentration und -beschleunigung. Nicht zulässig ist jedoch eine Sammeldokumentation. Jeder erörterte Fall ist einzeln zu dokumentieren.

zu Absatz 10:

Absatz 10 besagt, dass ein Erörterungsverfahren nicht ausschließlich mit einer Einigung, sondern jederzeit im Einvernehmen beendet werden kann, auch wenn dadurch die Bewertung der Abrechnung streitig bleibt.

zu Absatz 11:

Diese Regelung dient dem Schutz der jeweils anderen Partei des Abrechnungsverfahrens. Eine Partei soll durch bloßes Verweigern der Durchführung des Erörterungsverfahrens oder Unterlassen einer Mitwirkungshandlung generell die Klageerhebung nicht verhindern können. Dies darf keiner der beteiligten Parteien zu einem Vorteil gereichen, daher regelt Absatz 11, dass in den Fällen der Verweigerung der Erörterung oder von Mitwirkungshandlungen das für die Klageerhebung erforderliche Erörterungsverfahren als durchgeführt gilt und eine Klageerhebung somit zulässig ist.

zu Absatz 12:

Absatz 12 stellt klar, dass auch in dem Fall, dass sich Krankenhaus und Krankenkasse im Erörterungsverfahren nicht einigen können, das Verfahren beendet und die nicht erfolgte Einigung gemäß § 10 zu dokumentieren ist.

§ 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.

Erläuterung:

zu Absatz 1:

Absatz 1 ist Folge der Regelung des § 17c Absatz 2 Satz 5 KHG, wonach auch Regelungen zur Dokumentation des Erörterungsverfahrens festzulegen sind. Erörterungsverfahren sind ohne Ausnahme zu dokumentieren, um im Falle eines nachfolgenden Gerichtsverfahrens die Erfüllung einer Prozessvoraussetzung (Durchführung eines einzelfallbezogenen Erörterungsverfahrens) sowie die geltend gemachten Einwendungen und den geltend gemachten Tatsachenvortrag nachweisen zu können. Jedes Erörterungsverfahren ist eigenständig zu dokumentieren. Dies gilt auch, wenn mehrere Fälle erörtert werden (Sammelerörterung). Die separate Dokumentation ist Voraussetzung für eine spätere Klageerhebung.

zu Absatz 2 und Absatz 3:

In Absatz 2 werden die notwendigen Mindestinhalte der einzelfallbezogenen Erörterung aufgeführt. Dieser Katalog ist nicht abschließend, die an der Erörterung beteiligten Parteien können weitere Inhalte in ihre Dokumentation aufnehmen. In den Dokumentationsbogen wurden ergänzende Informationen aufgenommen.

Bestandteil der PrüfvV ist der als Anlage beigefügte Dokumentationsbogen, der von den Parteien des Erörterungsverfahrens zu verwenden ist.

zu Absatz 4:

Ist eine gemeinsame Dokumentation zwischen Krankenhaus und Krankenkasse nicht möglich, sieht Absatz 4 vor, dass jede der Parteien eine Dokumentation zu erstellen und diese innerhalb von 2 Wochen nach Ende des Erörterungsverfahrens der anderen Partei zuzuleiten hat.

§ 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.

Erläuterung:

zu Absatz 1 und Absatz 2:

Die vorliegende PrüfvV bestimmt zulässige Ausnahmen vom Verbot der Rechnungskorrektur gemäß § 17c Absatz 2a Satz 1 KHG sowie zum Aufrechnungsverbot gemäß § 109 Absatz 6 Satz 1 SGB V. Vergleichbar zur Regelung des Aufrechnungsverbotes sieht § 17c Absatz 2a KHG vor, dass eine Korrektur der Abrechnung nach deren Übermittlung an die Krankenkasse grundsätzlich

unzulässig ist, es sei denn, sie ist zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des MD oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich. Ausnahmen vom Korrekturverbot sind gemäß § 17c Absatz 2a Satz 3 KHG möglich.

In Absatz 1 geregelt werden die ohne spezifische Frist zulässigen systemimmanenten Rechnungskorrekturen.

In Absatz 2 sind zulässige und zugleich verpflichtend vorzunehmende systemimmanente Rechnungskorrekturen geregelt. Diese haben innerhalb einer Frist von 4 Wochen zu erfolgen.

zu Absatz 3:

Absatz 3 Satz 1 besagt, dass eine Rechnungskorrektur nur auf den jeweiligen Korrekturtatbestand bezogen zulässig ist. Ein zulässiger Korrekturtatbestand darf nicht genutzt werden, um weitergehende, unzulässige Rechnungskorrekturen vorzunehmen. Die Rechnungskorrektur ist ausschließlich auf den jeweiligen Korrekturtatbestand beschränkt.

Die Liste der systemimmanenten Rechnungskorrekturen ist insofern abschließend, als dass aktuell andere als die dort aufgeführten Fälle von systemimmanenten Rechnungskorrekturen nicht bestehen. Da es zu Änderungen im Abrechnungssystem kommen kann, sind die Vertragsparteien verpflichtet, den Katalog der systemimmanenten Rechnungskorrekturen bei Bedarf zu überprüfen.

zu Absatz 4:

Absatz 4 umfasst die zulässigen Aufrechnungstatbestände im Zusammenhang mit Erstattungsforderungen der Krankenkasse. § 11 Absatz 4 Satz 3 sieht vor, dass eine Rechnung innerhalb von 4 Wochen ab Zugang der leistungsrechtlichen Entscheidung zu korrigieren ist, sofern die Vornahme der Aufrechnung eine Korrektur der Rechnung des Krankenhauses erforderlich macht. Bei dieser Rechnungskorrektur handelt es sich um eine zulässige systemimmanente Rechnungskorrektur i. S. d. Absatz 2c). Sofern eine nach Satz 3 notwendige Korrektur der Rechnung eine Änderung der Entlassungsanzeige erfordert, ist diese ebenfalls innerhalb der 4-Wochen-Frist zu übermitteln.

§ 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.

Erläuterung:

zu Absatz 1:

Absatz 1 soll sicherstellen, dass die erforderlichen Anpassungen der Regelungen zur elektronischen Datenübermittlung vorgenommen werden. In der Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 SGB V sind die erforderlichen Regelungen für den elektronischen Datenaustausch zu treffen. Eine Vereinbarung wurde mit dem Nachtrag vom 10.09.2021 zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung mit Wirkung zum 01.01.2022 getroffen.

zu Absatz 2:

Absatz 2 dient der Umsetzung des Regelungsauftrags aus § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 KHG, wonach die PrüfvV auch Regelungen zur ausschließlich elektronischen Übermittlung von Unterlagen zwischen Krankenhaus und MD im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung enthalten soll. Um eine Überfrachtung der PrüfvV zu vermeiden, wird – wie schon in früheren Fassungen der PrüfvV – auf detaillierte technische Regelungen verzichtet und lediglich auf die separat zu dieser Thematik zu treffende Vereinbarung verwiesen. Diese liegt in Form der elektronischen Vorgangsübermittlungsvereinbarung (eVV) vom 09.06.2021 vor, die zum 01.01.2022 in Kraft tritt. Ab dem 01.07.2022 ist eine elektronische Übermittlung sichergestellt. Die eVV kann auf den Webseiten der Vereinbarungspartner eingesehen und heruntergeladen werden.

zu Absatz 3:

Absatz 3 regelt, dass der Austausch der zur Durchführung des neu vorgesehenen Verfahrens der einzelfallbezogenen Erörterung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse erforderlichen Informationen ausschließlich auf elektronischem Wege erfolgen soll. Um mit Inkrafttreten der PrüfvV handlungsfähig zu sein, soll die zum elektronischen Datenaustausch bestehende Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 SGB V genutzt werden, in der die elektronische Übermittlung dieser Informationen und Prozessschritte zunächst geregelt werden soll. Die dafür notwendigen Regelungen wurden rechtzeitig zwischen DKG und GKV-Spitzenverband im Nachtrag vom 10.09.2021 mit Wirkung zum 01.01.2022 vereinbart. Explizit ausgenommen von der übergangsweisen Regelung in Abschnitt III der Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 SGB V ist die Übermittlung von Unterlagen. Hier befinden sich DKG und GKV-Spitzenverband bereits in Verhandlungen für ein bundesweites Verfahren. Bis zum Inkrafttreten einer entsprechenden Vereinbarung zur elektronischen Unterlagenübermittlung können diese in Papierform übermittelt werden.

zu Absatz 4:

Ausweislich der Regelung in Absatz 2 ist für den Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und MD eine gesonderte Vereinbarung zu schließen. Dies ist mit der eVV geschehen, die zum 01.01.2022 in Kraft tritt. Eine vollständige elektronische Übermittlung von Informationen ist jedoch erst ab dem 01.07.2022 gewährleistet. Daher sieht Absatz 4 vor, dass Krankenhaus und MD – zeitlich begrenzt – den Versand der Unterlagen in geeigneter elektronischer Form individuell organisieren und vereinbaren können, um Krankenhäusern und MD in der Praxis eine Regelung an die Hand zu geben, wie der elektronische Datenaustausch bis zum 01.07.2022 erfolgen kann.

§ 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.

Erläuterung:

Die PrüfvV tritt zum 01.01.2022 in Kraft und findet auf Fallprüfungen derjenigen Patienten Anwendung, deren Krankenhausaufnahme ab dem 01.01.2022 erfolgt. Im Anschluss an die damit zusammenhängenden MD-Prüfungen findet somit gegebenenfalls auch das einzelfallbezogene Erörterungsverfahren Anwendung. Für die Überprüfung bei Patienten mit Krankenhausaufnahme bis zum 31.12.2021 gelten die Regelungen der Übergangvereinbarung vom 10.12.2019. Zu beachten ist, dass bei Prüfungen, die bis einschließlich 30.06.2021 eingeleitet wurden, die Fristen der Ergänzungsvereinbarung vom 02.04.2020 zur Übergangvereinbarung in Verbindung mit der ersten und zweiten Fortschreibung der Ergänzungsvereinbarung gelten.

Anlage Dokumentationsbogen gemäß § 10 PrüfV zur Einzelfallbezogenen Erörterung nach § 17c Absatz 2b KHG (Stand: 29.11.2021)

1. Parteien

1.1 Krankenhaus	
Name:	IK:
Straße, Hausnr.:	
PLZ, Ort:	
Ansprechpartner:	Tel.:
E-Mail:	Fax:
1.2 Krankenkasse	
Name:	IK:
Straße, Hausnr.:	
PLZ, Ort:	
Ansprechpartner:	Tel.:
E-Mail:	Fax:

2. Am Prüfverfahren beteiligter Medizinischer Dienst

Name:	
Straße, Hausnr.:	
PLZ, Ort:	
Ansprechpartner:	Tel.:
E-Mail:	Fax:

3. Gegenstand der Einzelfallbezogenen Erörterung

3.1 Zu erörternder Abrechnungsfall ¹⁾	
Name Patient/in:	
Geburtsdatum: TT.MM.JJJJ	Versichertennummer:
Krankenhausinternes Kennzeichen:	Aufnahmedatum: TT.MM.JJJJ
Datum der Rechnung:	TT.MM.JJJJ
Datum der Entscheidung der Krankenkasse gemäß § 8 Satz 1 PrüfV:	TT.MM.JJJJ
Datum des MD-Gutachtens:	TT.MM.JJJJ
3.2 Bestreiten der Entscheidung der Krankenkasse durch Krankenhaus gemäß § 9 Abs. 1 PrüfV:	
Datum:	
3.3 Bestrittene Sachverhalte (stichwortartig zusammengefasst)	

4. Einleitung der einzelfallbezogenen Erörterung

4.1 Datum der Einleitung:	TT.MM.JJJJ
seitens	<input type="checkbox"/> Krankenhaus gemäß § 9 Abs. 1 Satz 3 PrüfV <input type="checkbox"/> Mitteilung der Krankenkasse gemäß § 9 Abs. 4 Satz 2 PrüfV
4.2 Datum der Mitteilung der Krankenkasse:	TT.MM.JJJJ
	<input type="checkbox"/> § 9 Abs. 3 PrüfV (Zustimmung zu 3.2, EV beendet) <input type="checkbox"/> § 9 Abs. 4 Satz 1 PrüfV (Ablehnung zu 3.2)

5. Durchführung der Einzelfallbezogenen Erörterung

5.1 Erörterungsteilnehmer (Namen der Mitarbeiter) ²⁾	
	Teilnehmer Krankenhaus:
	Teilnehmer Krankenkasse:
5.2 Durchführung der Erörterung	
	<input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> mündlich am (Datum): TT.MM.JJJJ
5.3 Benennung der Erörterungsgegenstände (ggf. Verweis auf 3.3)	
5.4 Zulässige Unterlagen ³⁾	
1	Benennung der vom Krankenhaus im MD-Verfahren vorgelegten und im EV gemäß § 9 Abs. 6 Sätze 1 und 2 PrüfV übermittelten Unterlagen (in Anlage beizufügen)
2	Angaben bei fehlender Unterlagenidentität ⁴⁾
3	Benennung weiterer durch Krankenhaus/Krankenkasse im EV vorgelegter Unterlagen gemäß § 9 Abs. 6 Sätze 1 und 2 PrüfV (in Anlage beizufügen) sowie ggf. gemäß § 9 Abs. 7 PrüfV
4	Benennung weiterer durch Krankenhaus/Krankenkasse im EV vorgelegter Argumentationen/ Einwendungen gemäß § 9 Abs. 6 Sätze 1 und 2 PrüfV (in Anlage beizufügen) sowie ggf. gemäß § 9 Abs. 7 PrüfV

5	Benennung von Einwendungen, Daten und Unterlagen durch Krankenhaus/Krankenkasse im EV gemäß § 9 Abs. 6 Satz 4 PrüfvV (verfristet, ausdrückliche Zustimmung der Vorlage durch andere Partei)
5.5 Unterlagen gemäß § 7 Abs. 2 Satz 11 PrüfvV	
	Benennung der Unterlagen gemäß § 7 Abs. 2 Satz 11 PrüfvV ⁵⁾
5.6 Verweigerung der Erörterung oder fehlende Mitwirkung gemäß § 9 Abs. 11 PrüfvV	
	<input type="checkbox"/> durch Krankenhaus <input type="checkbox"/> durch Krankenkasse
	ggf. ergänzende Ausführungen

6. Ergebnis der Erörterung

6.1 Datum des Erörterungsabschlusses: TT.MM.JJJJ	
6.2	Ergebnis
	<input type="checkbox"/> Einigung <input type="checkbox"/> teilweise Einigung <input type="checkbox"/> keine Einigung
6.3	Erläuterung zum Ergebnis (stichwortartig zusammengefasst) ⁶⁾

Anlagen: Es folgen die Anlagen ... bis ...

Erläuterungen:

Vorbemerkung

Der Dokumentationsbogen soll allen Beteiligten einen schnellen Überblick über den Fall ermöglichen und den Nachweis über die Mindestinhalte der Dokumentation gemäß § 10 PrüfvV gewährleisten.

Genereller Hinweis

Alle mitzuteilenden Datumsangaben in diesem Dokumentationsbogen sind im Format TT.MM.JJJJ anzugeben.

Einzelhinweise

- 1) Zu 3.1 Die Rechnung des Krankenhauses, die Entscheidung der Krankenkasse sowie das Gutachten des MD sind dem Dokumentationsbogen als Anlage beizufügen.
- 2) Zu 5.1 Hier können die Teilnehmer des Erörterungsverfahrens namentlich aufgeführt werden, wenn sie nicht identisch mit den unter 1.1 und 1.2 benannten Ansprechpartnern sind.
- 3) Zu 5.4.1 Die entsprechenden Dokumente sind als Anlage beizufügen. Dabei ist dieselbe Bezeichnung, wie gegenüber dem MD zu verwenden, ggf. gemäß eVV.
- 4) Zu 5.4.2 Das Feld „Angaben zu fehlender Unterlagenidentität“ ist nur für die Fälle relevant, in denen eine Diskrepanz zwischen den in das Erörterungsverfahren eingeführten und an den MD übermittelten Unterlagen festgestellt wird.
- 5) Zu 5.5 Nur zu befüllen, wenn ein Fall gemäß § 7 Abs. 2 Satz 11 PrüfvV gegeben ist.
- 6) Zu 6.3 Konsens, Dissens oder Vergleich sind hier nachvollziehbar festzuhalten (inkl. ggf. dissent verbliebener Sachverhalte).

Wurde die Erörterung einvernehmlich verlängert, ist ein entsprechender Hinweis aufzunehmen.