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

**1. Parteien**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.1 Krankenhaus** | | | | |
| Name: |  | | IK: |  |
| Straße, Hausnr.: | |  | | |
| PLZ, Ort: | |  | | |
| Ansprech-partner: |  | | Tel.: |  |
| E-Mail: |  | | Fax: |  |
| **1.2 Krankenkasse** | | | | |
| Name: |  | | IK: |  |
| Straße, Hausnr.: | |  | | |
| PLZ, Ort: | |  | | |
| Ansprech-partner: |  | | Tel.: |  |
| E-Mail: |  | | Fax: |  |

**2. Am Prüfverfahren beteiligter Medizinischer Dienst**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: |  | | | |
| Straße, Hausnr.: | |  | | |
| PLZ, Ort: | |  | | |
| Ansprech-partner: |  | | Tel.: |  |
| E-Mail: |  | | Fax: |  |

**3. Gegenstand der Einzelfallbezogenen Erörterung**

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

**4. Einleitung der einzelfallbezogenen Erörterung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4.1 Datum der Einleitung:** | | | TT.MM.JJJJ |
|  | seitens | **Krankenhaus gemäß § 9 Abs. 1 Satz 3 PrüfvV**  **Mitteilung der Krankenkasse gemäß § 9 Abs. 4 Satz 2 PrüfvV** | |
| **4.2 Datum der Mitteilung der Krankenkasse:** | | | TT.MM.JJJJ |
|  |  | § 9 Abs. 3 PrüfvV (Zustimmung zu 3.2, EV beendet)  § 9 Abs. 4 Satz 1 PrüfvV (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** | | | | | |
|  | schriftlich  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 PrüfvV **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 PrüfvV (in Anlage beizufügen) sowie ggf. gemäß § 9 Abs. 7 PrüfvV | | | |
|  | |  | | | |
| 4 | | Benennung weiterer durch Krankenhaus/Krankenkasse im EV **vorgelegter Argumentationen/ Einwendungen** gemäß § 9 Abs. 6 Sätze 1 und 2 PrüfvV (in Anlage beizufügen) sowie ggf. gemäß § 9 Abs. 7 PrüfvV | | | |
|  | |  | | | |
| 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** | | | | | |
|  | | durch Krankenhaus | durch Krankenkasse | | |
|  | | ggf. ergänzende Ausführungen | | | |
|  | |  | | | |

**6. Ergebnis der Erörterung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **6.1 Datum des Erörterungsabschlusses:** | | TT.MM.JJJJ |
| **6.2** | **Ergebnis** | |
|  | Einigung  teilweise Einigung  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 5.5Nur 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.