

Vereinbarung nach § 17c Absatz 2b Satz 8 KHG
zur Übermittlung
der beim Krankenhaus erhobenen Daten und Unterlagen
durch die Medizinischen Dienste an die Krankenkasse
für die Durchführung der Erörterung
und für eine gerichtliche Überprüfung der Abrechnung (eUMD-VB)
vom
04.12.2023

zwischen

dem GKV-Spitzenverband

und

dem Medizinischen Dienst Bund

Präambel

Im Rahmen des Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes (KHPfIEG) hat der Gesetzgeber durch eine Änderung des § 17c KHG eine Neuregelung zur Übermittlung der für die Prüfung der Rechtmäßigkeit einer Abrechnung bei dem Krankenhaus erhobenen Daten und Unterlagen an die Krankenkasse für die Durchführung der Erörterung und für eine gerichtliche Überprüfung der Abrechnung nach § 17c Absatz 2b KHG etabliert. Nach § 17c Absatz 2b Satz 5 KHG hat der Medizinische Dienst (MD) diese Unterlagen an die Krankenkasse zu übermitteln.

Der GKV-Spitzenverband und der Medizinische Dienst Bund (MD Bund) sind vom Gesetzgeber gemäß § 17c Absatz 2b Satz 8 KHG beauftragt, das Nähere zum Verfahren mit Wirkung für die Krankenkassen und die MD zu vereinbaren.

Hierfür ist vorgesehen, das nachfolgend beschriebene Verfahren über ein gemeinsames Kommunikationsportal anzubieten, das von den MD betrieben wird. Die MD und die Krankenkassen nutzen dieses Portal in konstruktiver und vertrauensvoller Zusammenarbeit und entwickeln das Portal gemeinsam weiter. Mit dem Portal wird eine zukunftsorientierte Lösung zur Übermittlung der für die Prüfung der Rechtmäßigkeit der Abrechnungen bei den Krankenhäusern erhobenen Daten und Unterlagen an die Krankenkasse für die Durchführung der Erörterung nach § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG geschaffen.

§ 1 Geltungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung setzt gemäß § 17c Absatz 2b Sätze 5 bis 8 KHG die Vorgaben für die Durchführung der Erörterung um, in der der MD die für die Prüfung der Rechtmäßigkeit einer Abrechnung bei dem Krankenhaus erhobenen Daten und Unterlagen an die Krankenkasse zu übermitteln hat. Dabei dürfen Krankenkassen die erhobenen Daten und Unterlagen nur für diese Zwecke verarbeiten.
- (2) Sofern in der Vereinbarung die Bezeichnung MD verwendet wird, ist der örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständige MD gemäß § 275c Absatz 1 Satz 4 SGB V gemeint.
- (3) Als Krankenkassen gelten alle gesetzlichen Krankenkassen (Quelle: <https://www.gkv-spitzenverband.de/service/krankenkassenliste/krankenkassen.jsp>).
- (4) Für den in § 283a SGB V genannten Sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See gilt diese Vereinbarung entsprechend.
- (5) Diese Vereinbarung gilt für die Durchführung von Erörterungsverfahren gemäß § 9 Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV), in denen die Krankenkasse gemäß § 9 Absatz 4 PrüfV ein Erörterungsverfahren einleitet oder das durch das Krankenhaus nach § 9 Absatz 1 Satz 3 PrüfV eingeleitete Erörterungsverfahren durch die Krankenkasse bestätigt wurde und die Krankenkasse ab dem 01.07.2024 bei dem MD Unterlagen anfordert.

Vereinbarung nach § 17c Absatz 2b Satz 8 KHG zur Übermittlung der beim Krankenhaus erhobenen Daten und Unterlagen durch die Medizinischen Dienste an die Krankenkasse für die Durchführung der Erörterung und für eine gerichtliche Überprüfung der Abrechnung (eUMD-VB) vom 04.12.2023

§ 2 Grundsätze

- (1) Verantwortliche für die Datenübermittlung über das zentrale Portal sind die Krankenkassen bzw. die MD. Die Verantwortlichen können die Berechtigung zur Nutzung des Portals entsprechend ihrer internen Strukturen organisieren bzw. delegieren, hierzu sind entsprechende Nutzerrollen in der Technischen Anlage vorgesehen.
- (2) Daraus ergibt sich, dass berechtigte Nutzer des Portals auch Akteure sind, die mit einer Krankenkasse in einem vertraglichen Verhältnis stehen und durch die Krankenkasse für die Nutzung des Portals schriftlich bevollmächtigt sind sowie Mitarbeitende des zuständigen MD gemäß § 275c Absatz 1 Satz 4 SGB V. Aufgrund der Komplexität der internen Verhältnisse und Strukturen obliegt es den Verantwortlichen, die Zugriffsberechtigungen zu verwalten und so sicherzustellen, dass ausschließlich berechtigte Akteure Datenübermittlungen initiieren können.
- (3) Die gesetzliche Grundlage für die Datenübermittlung im Sinne dieser Vereinbarung durch die MD stellt § 17c Absatz 2b Satz 5 KHG in Verbindung mit § 67d Absatz 1 Satz 2 SGB X dar. Die Krankenkassen haben daher sicherzustellen, dass die Anforderung der medizinischen Unterlagen beim MD nur erfolgt, wenn das Erörterungsverfahren nach MD-Prüfung gemäß der gültigen Fassung der PrüfvV durch die Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus eingeleitet bzw. die Einleitung des Erörterungsverfahrens durch das Krankenhaus durch die Krankenkasse bestätigt wurde.
- (4) Es besteht in Anlehnung an die Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses nach § 275c Absatz 1 Satz 1 SGB V keine Informationspflicht gemäß § 14 DSGVO.

§ 3 Technisches Verfahren

- (1) Die Krankenkassen und die MD nutzen für den elektronischen Datenaustausch im Rahmen dieser Vereinbarung ein zentrales Portal. Es ähnelt in seiner Funktionsweise einem Kommunikationsserver, bietet jedoch zusätzlich die Möglichkeit eines webbasierten Zugriffs.
- (2) Die Nutzung des Portals ist über eine webbasierte Schnittstelle (User-Interface) mit einem Standard-Internet-Browser sowie über eine Schnittstelle auf der Basis des REST-Programmier-Paradigmas (Representational State Transfer) möglich.
- (3) Die webbasierte Schnittstelle (User-Interface) ermöglicht die Abwicklung der Geschäftsvorfälle im Sinne dieser Vereinbarung und stellt administrative Funktionen zur Verfügung.
- (4) Das Portal arbeitet mandantenbezogen. Dabei entspricht eine Krankenkasse bzw. ein MD einem Mandanten, basierend auf dem Haupt-İK der Institution.

Vereinbarung nach § 17c Absatz 2b Satz 8 KHG zur Übermittlung der beim Krankenhaus erhobenen Daten und Unterlagen durch die Medizinischen Dienste an die Krankenkasse für die Durchführung der Erörterung und für eine gerichtliche Überprüfung der Abrechnung (eUMD-VB) vom 04.12.2023

- (5) Für die Nutzung sind eine Registrierung sowie der Abschluss einer Nutzungsvereinbarung notwendig. Krankenkassen können sich ab dem 01.04.2024 am Portal registrieren.
- (6) Das Portal arbeitet vorgangsbasiert. Ein Vorgang beinhaltet je nach Geschäftsvorfall die Übermittlung des entsprechenden Datensatzes im JSON-Format und gegebenenfalls die Übermittlung von Dokumenten. Für jeden Vorgang vergibt das System eine systeminterne, eindeutige Vorgangs-ID. Vorgänge werden von der Krankenkasse angelegt.
- (7) Die Authentifizierung an dem Portal erfolgt bei der Nutzung der Weboberfläche mittels Zwei-Faktor-Authentifizierung (Benutzername, Passwort, zweites Geheimnis). Für die Nutzung der REST-API ist ein API-Schlüssel erforderlich, der initial über die Weboberfläche generiert werden muss. Zur Autorisierung wird anschließend der Open Authorization Standard OAuth 2.0 unter Nutzung eines Keycloak Servers verwendet.
- (8) Die Weiterentwicklung des Portals erfolgt nur in Abstimmung zwischen den Vereinbarungspartnern bzw. ihren Strukturen.
- (9) Die MD sind Portalbetreiber und beauftragen eine geeignete Stelle mit der Umsetzung des Portals.

§ 4 Weiterentwicklungsprozess

- (1) Die Weiterentwicklung des Verfahrens erfolgt partnerschaftlich. Die Vereinbarungspartner verantworten die fachliche Weiterentwicklung des Verfahrens zur Datenübermittlung im Erörterungsverfahren. Neue fachliche Vorgaben sind in Ergänzungsvereinbarungen zur Ursprungsversion der Vereinbarung auszuformulieren. In diesem Zusammenhang ist mit den Verfahrensbeteiligten die technische Umsetzung zu beraten und abzustimmen. Gemeinschaftlich wird eine zeitliche Planung für die technische Umsetzung festgelegt (siehe § 9 Release-Planung/Schnittstellenbeschreibung).
- (2) Sofern aus Gründen der Gewährleistung des technischen Betriebs (Systemfehler, Sicherheitsaspekte o. ä.) kurzfristige Anpassungen am System erforderlich sind, hat der Portalbetreiber das Recht und die Verpflichtung, diese eigenverantwortlich umzusetzen. Sollten im Anschluss jedoch technische Nacharbeiten oder Softwareanpassungen bei den Nutzern des Portals erforderlich werden, sind diese abzustimmen. Ausnahmen bilden akute oder potenzielle, kurzfristige Schadensereignisse.

§ 5 Prozessbeschreibung

Der grundlegende Prozessablauf gestaltet sich wie folgt:

- Anforderung zur Übermittlung der durch den MD erhobenen Daten und Unterlagen für die Durchführung eines Erörterungsverfahrens (KK)

Vereinbarung nach § 17c Absatz 2b Satz 8 KHG zur Übermittlung der beim Krankenhaus erhobenen Daten und Unterlagen durch die Medizinischen Dienste an die Krankenkasse für die Durchführung der Erörterung und für eine gerichtliche Überprüfung der Abrechnung (eUMD-VB) vom 04.12.2023

Die Krankenkasse übermittelt ihr Ersuchen zur Unterlagenübermittlung für die Durchführung eines Erörterungsverfahrens in strukturierter Form an den zuständigen MD. Dieser Vorgang enthält eindeutige Merkmale, die dem MD die Identifikation des Einzelfalles ermöglichen (IKs der Beteiligten, Aufnahme Nummer des Krankenhauses, Aktenzeichen der Krankenkasse aus dem ursprünglichen Prüfauftrag).

Ergebnis: MD ist über die Anforderung informiert.

Reaktion: Prüfung ob das Ersuchen einem Einzelfall zuzuordnen ist bzw. ob Unterlagen vorliegen. Anschließend Anforderung beantworten.

- Rückmeldung zum Auftrag (MD)

Der MD reagiert auf den Auftrag der Krankenkasse,

- a) stellt die Unterlagen auf dem Portal bereit, oder
- b) teilt unter Angabe von Gründen mit, dass der Auftrag nicht erledigt werden kann.

Bei diesem Geschäftsvorfall handelt es sich technisch betrachtet um eine direkte Ergänzung des ursprünglichen Auftrags der Krankenkasse.

Ergebnis:

- a) Der Krankenkasse liegt eine Rückgabe des Auftrags vor. Sie kann entsprechend der übermittelten Gründe reagieren.
- b) Der Krankenkasse liegen die für die Durchführung des Erörterungsverfahrens benötigten Daten und Unterlagen vor.

Reaktion: Abruf der Daten und Unterlagen oder der Rückgabeinformationen durch die Krankenkasse.

- Stornierungsmeldung (KK)

Sofern eine Krankenkasse kurzfristig nach der Übermittlung der Anforderung zur Unterlagenbereitstellung feststellt, dass die Bereitstellung nicht mehr erforderlich ist, kann sie die Anforderung an den MD stornieren.

Die Krankenkasse übermittelt die Stornierung in Form strukturierter Daten (die Vorgangs-ID des ursprünglichen Auftragsvorgangs, eine Stornoerläuterung u. a.)

Ergebnis: Der MD ist über die Stornierung informiert.

Reaktion: Der MD storniert den Auftrag zur Unterlagenübermittlung in seinen internen Systemen.

§ 6 Betrieb

Für den Betrieb, die Verfügbarkeit des Systems sowie den technischen Support werden konkrete Rahmenbedingungen vereinbart.

Vereinbarung nach § 17c Absatz 2b Satz 8 KHG zur Übermittlung der beim Krankenhaus erhobenen Daten und Unterlagen durch die Medizinischen Dienste an die Krankenkasse für die Durchführung der Erörterung und für eine gerichtliche Überprüfung der Abrechnung (eUMD-VB) vom 04.12.2023

- (1) Die grundsätzliche Systemlaufzeit des Portals ist 24/7 (24 Stunden pro Tag/sieben Tage pro Woche). Ausgenommen davon sind Zeiten geplanter Nichtverfügbarkeit. Die Differenz aus Systemlaufzeit und geplanter Nichtverfügbarkeit ist die Zeit verfügbarer Nutzung. Für die Zeit verfügbarer Nutzung wird eine Verfügbarkeit der Anwendung von 99,5 Prozent im Jahresdurchschnitt vereinbart. Zur verfügbaren Nutzung zählen auch Zeiträume während Störungen aufgrund des Zustandes der nicht vom Portalbetreiber oder seinen Erfüllungsgehilfen bereitzustellenden Infrastruktur oder Störungen oder sonstigen Ereignissen, die nicht vom Portalbetreiber oder einem seiner Erfüllungsgehilfen verursacht sind.
- (2) Ein Support ist durch den Portalbetreiber sowohl online (per E-Mail) als auch telefonisch (deutsche kostenfreie Festnetznummer) zu den Geschäftszeiten zur Verfügung zu stellen. Die Geschäftszeiten sind von Montag bis Freitag zwischen 9:00 und 17:00 Uhr. Das Personal muss in deutscher Sprache auskunftsfähig sein, die Nutzer unterstützen und den Gesamtprozess erläutern können. Besucherverkehr ist nicht vorgesehen.
- (3) Die technische Reaktionszeit für eingegangene Supportanfragen beträgt 30 Minuten. Die Bearbeitungszeit für Anfragen beträgt fünf Werktage (Montag bis Freitag). Abweichungen sind im Einzelfall abzustimmen.
- (4) Der Portalbetreiber unterhält ein Konzept mit Maßnahmen zur Datenwiederherstellung nach einem Ausfall von IT-Komponenten (Disaster Recovery). Die Zeitspanne zur Wiederherstellung von Infrastruktur und Daten, zur Nacharbeitung von Daten sowie zur Wiederaufnahme der Aktivitäten darf zwei Werktage nicht überschreiten. Der Zeitraum zwischen zwei Datensicherungen des Systems beträgt null Sekunden.

§ 7 Datenbereitstellung

- (1) Die Datenbereitstellung durch den MD erfolgt einzelfallbezogen. Dies ergibt sich auch durch die vorgangsbasierte Arbeit des Portals.
- (2) Der MD übermittelt alle Daten und Unterlagen, die ihm im Rahmen der Überprüfung des jeweiligen Abrechnungsfalls durch das Krankenhaus über das Verfahren entsprechend der Vereinbarung gemäß § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 KHG bereitgestellt wurden. Bei der Übermittlung an die Krankenkasse stellt der MD mindestens die Inhaltsgleichheit zu den durch das Krankenhaus übermittelten Daten sicher.
- (3) Die Bereitstellung der Dokumente durch den MD erfolgt innerhalb von zehn Kalendertagen nach Anforderung durch die Krankenkasse.
 - a. Die Dokumente entsprechen in ihrer Beschaffenheit qualitativ den durch das Krankenhaus übermittelten Dokumenten.
 - b. Die Maximalgröße pro Dokument beträgt 500 MB.

Vereinbarung nach § 17c Absatz 2b Satz 8 KHG zur Übermittlung der beim Krankenhaus erhobenen Daten und Unterlagen durch die Medizinischen Dienste an die Krankenkasse für die Durchführung der Erörterung und für eine gerichtliche Überprüfung der Abrechnung (eUMD-VB) vom 04.12.2023

Insofern dem MD die ursprünglichen Dokumente vom Krankenhaus gemäß der elektronischen-Vorgangsübermittlungsvereinbarung (eVV) in einem IHE-Format vorliegen, die es dem MD ermöglichen, diese Informationen ohne Weiterverarbeitung an die Krankenkasse weiterzuleiten, sind alle Angaben und Dokumente gemäß den Vorgaben der eVV an die Krankenkasse weiterzuleiten. Übergangsweise können die vom MD archivierten Dokumente in ihrer weiterverarbeiteten Form übermittelt werden, jedem Dokument ist dabei mindestens ein beschreibender Dokumententitel zuzuordnen. Sofern bereits derzeit verfügbar, wird eine umfassende Dokumentenklassifizierung gemäß der IHE/KDL übermittelt.

- (4) Der Abruf der zu einem Vorgang bereitgestellten Dokumente kann über die API bzw. über die Weboberfläche in einem Downloadvorgang erfolgen. Nach Bestätigung des erfolgreichen Abrufs der Dokumente zu einem Vorgang durch die Krankenkassen werden diese Dateien vom Filesystem des Portals gelöscht. Bei einem Abbruch des Abrufs werden die Dokumente weiter vorgehalten, um einen erneuten Abrufversuch zu ermöglichen.
- (5) Im System ist eine technische Referenz auf die Dokumente zu einem Vorgang bis sechs Monate nach der Anforderung der Dokumentenübermittlung durch die Krankenkasse verfügbar, so dass eine Rekonstruktion in diesem Zeitrahmen möglich ist.

§ 8 Datenschutz/Datensicherheit

Der Portalbetreiber verfügt über ein Sicherheitskonzept nach Maßgabe der jeweils geltenden BSI-Richtlinien [derzeit 200-2 (Vorgehensweise nach IT-Grundschutz) und 200-3 (Verfahren zur Risikoanalyse auf der Basis von IT-Grundschutz)], setzt dieses um und schreibt es regelmäßig fort. Der Betrieb erfolgt in einem nach DIN EN ISO 27001 zertifizierten Rechenzentrum.

§ 9 Release-Planung/Schnittstellenbeschreibung

- (1) Der Portalbetreiber erstellt eine jährliche Release-Planung. In dieser Release-Planung ist der jeweilige Zweck der Anpassung mit dem Fertigstellungsdatum und den einzelnen Arbeitspaketen aufzuführen.
- (2) Veränderungen, die Auswirkungen auf das in der Vereinbarung beschriebene Verfahren haben, können nur nach einer gemeinsamen Freigabe durch die Vereinbarungspartner vorgenommen werden. Dabei werden verbindliche Wirkungszeitpunkte der Umsetzungen vereinbart und bekannt gegeben.
- (3) Haben die Vereinbarungspartner Änderungen am Portal vereinbart, die Auswirkungen auf die Schnittstellenspezifikation haben, erstellt der Portalbetreiber innerhalb von vier Wochen Vorschläge für eine Umsetzung in folgenden Releases. Die Vereinbarungspartner legen den verbindlichen Wirkungszeitpunkt der Umsetzungen für die Krankenkassen und die MD fest. Der Portalbetreiber stellt in Abhängigkeit vom Wirkungszeitpunkt und unter Berücksichtigung

Vereinbarung nach § 17c Absatz 2b Satz 8 KHG zur Übermittlung der beim Krankenhaus erhobenen Daten und Unterlagen durch die Medizinischen Dienste an die Krankenkasse für die Durchführung der Erörterung und für eine gerichtliche Überprüfung der Abrechnung (eUMD-VB) vom 04.12.2023

der jeweils durch die Vereinbarungspartner festzulegenden Vorlaufzeiten für die technische Umsetzung die geänderte Schnittstellenspezifikation zur Verfügung.

§ 10 Lenkungsausschuss (Besetzung, Tagung)

- (1) Der GKV-Spitzenverband und der MD Bund richten einen Lenkungsausschuss zur Klärung von Fragestellungen ein, die im Zusammenhang mit der Umsetzung dieser Vereinbarung bestehen und nicht durch den mit der Umsetzung Beauftragten selbst gelöst werden können; dies betrifft auch Fragen von grundsätzlicher Bedeutung.
- (2) Der Lenkungsausschuss besteht aus jeweils zwei namentlich benannten Vertretern der Vereinbarungspartner und wird von einem Vertreter des mit der Umsetzung Beauftragten unterstützt. Der Lenkungsausschuss kann auf Veranlassung der Vereinbarungspartner externe Sachverständige hinzuziehen.
- (3) Der Lenkungsausschuss hat Einsichtsrecht in die Dokumentation und das Berichtswesen. Dabei sind Datenschutz und Vertraulichkeit zu beachten.
- (4) Im Rahmen der Errichtungsphase tagt der Lenkungsausschuss mindestens einmal monatlich. In der Sitzung berichtet der mit der Umsetzung Beauftragte über den Sachstand der Errichtung sowie über bestehende Risiken. Der Portalbetreiber stellt dem Lenkungsausschuss alle für eine gegebenenfalls erforderliche Entscheidungsfindung notwendigen Unterlagen zur Verfügung.
- (5) Im Regelbetrieb tagt der Lenkungsausschuss mindestens halbjährlich oder auf Antrag eines Vereinbarungspartners. In der Sitzung berichtet der mit der Umsetzung Beauftragte über den Sachstand des Betriebes, bestehende Risiken, den Weiterentwicklungsbedarf sowie die Release-Planung. Dieser stellt dem Lenkungsausschuss alle für eine gegebenenfalls erforderliche Entscheidungsfindung notwendigen Unterlagen zur Verfügung.
- (6) Probleme im Betrieb können durch Krankenkassen bzw. MD auch direkt an den Lenkungsausschuss übermittelt werden.

§ 11 Testverfahren und Systemlandschaft

- (1) Registrierte Krankenkassen können bereits vor dem Eintritt in den Produktivbetrieb testweise Daten austauschen (Testverfahren), um die erfolgreiche Anbindung der Systeme und die korrekte Umsetzung der Schnittstelle sicherzustellen. Hierzu stellt der Betreiber des Portals zusätzlich eine Testinstanz zur Verfügung. Inhalt und Umfang der Tests werden vom Portalbetreiber festgelegt. Die am Test Beteiligten (Krankenkasse/MD) stellen einvernehmlich fest, ob der Test erfolgreich verlaufen ist.
- (2) Grundsätzlich erfolgt der Betrieb des gemeinsamen Kommunikationsportals in einer 3-System-Landschaft (QS-System, PRE-Umgebung und PROD-System).

Vereinbarung nach § 17c Absatz 2b Satz 8 KHG zur Übermittlung der beim Krankenhaus erhobenen Daten und Unterlagen durch die Medizinischen Dienste an die Krankenkasse für die Durchführung der Erörterung und für eine gerichtliche Überprüfung der Abrechnung (eUMD-VB) vom 04.12.2023

§ 12 Erreichbarkeit des Portals über die Telematikinfrastruktur

Die Vereinbarungspartner streben die Erreichbarkeit des Portals über die Telematikinfrastruktur nach § 306 SGB V an. Eine Zulassung des Portals erfolgt als weitere Anwendung für den Datenaustausch (WANDA BASIC). Der Portalbetreiber wird den Nutzern schrittweise die Anbindung unter Berücksichtigung der Betriebssicherheit anbieten.

Die Vereinbarungspartner informieren alle Beteiligten rechtzeitig über diesbezüglich anstehende Veränderungen am Portal.

§ 13 Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung kann mit einer Frist von einem Jahr zum Jahresende schriftlich gekündigt werden. Die Vereinbarungspartner verpflichten sich, im Kündigungsfall die Verhandlungen über eine Neuvereinbarung unverzüglich aufzunehmen. Bis zu einer Neuvereinbarung gilt die bisherige Vereinbarung fort.
- (2) Die Anlage 1 ist Bestandteil dieser Vereinbarung. Für den Fall erforderlicher Anpassungen sehen die Vereinbarungsparteien eine einvernehmliche Fortschreibung vor, ohne dass es einer Kündigung der Vereinbarung bedarf.

§ 14 Übergangsregelung

Die technische Datenbereitstellung über das in dieser Vereinbarung beschriebene zentrale Portal erfolgt für Erörterungsverfahren, in denen die Krankenkasse ab dem 01.07.2024 bei dem MD Unterlagen anfordert. Für Erörterungsverfahren, in denen die Krankenkasse ab dem 01.01.2024 bis zum 30.06.2024 bei dem MD Unterlagen anfordert, stellt der MD die Übermittlung der Unterlagen an die Krankenkassen in geeigneter Weise sicher.

§ 15 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Klauseln oder Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmung wird eine Bestimmung vereinbart, die dem zulässigerweise am nächsten kommt, was die Vereinbarungspartner gewollt haben oder gewollt hätten.

§ 16 Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung zum 01.01.2024 in Kraft.

Vereinbarung nach § 17c Absatz 2b Satz 8 KHG zur Übermittlung der beim Krankenhaus erhobenen Daten und Unterlagen durch die Medizinischen Dienste an die Krankenkasse für die Durchführung der Erörterung und für eine gerichtliche Überprüfung der Abrechnung (eUMD-VB) vom 04.12.2023

Anlagen:

Anlage 1: Technische Anlage Unterlagenübermittlung – Erörterungsverfahren