

Vereinbarung

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

gemäß § 17c Absatz 2 KHG und

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

vom 22.06.2021

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

§ 1 Zielsetzung

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

§ 2 Geltungsbereich

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

§ 3 Zahlungsbegründende Unterlagen

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

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

§ 4 Einleitung des Prüfverfahrens

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

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

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

§ 5 Vorverfahren (Falldialog)

- 1) ¹Nach Einleitung des Prüfverfahrens können sowohl die Krankenkasse als auch das Krankenhaus zu einem Falldialog auffordern. ²Die Aufforderung ist innerhalb von 2 Wochen anzunehmen oder abzulehnen.
- 2) ¹Wird in dem Falldialog eine Einigung erzielt, endet das Prüfverfahren. ²Eine gegebenenfalls notwendige Korrektur der Abrechnung hat innerhalb von 4 Wochen ab Einigung zu erfolgen. ³Es ist lediglich ein Ausgleich der Differenz zwischen dem 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.

§ 6 Beauftragung des MD

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

§ 7 Durchführung der Prüfung

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

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

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

§ 8 Entscheidung der Krankenkasse nach MD-Gutachten

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

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

§ 9 Erörterungsverfahren nach MD-Prüfung

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

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

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

§ 10 Dokumentation der einzelfallbezogenen Erörterung

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

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

§ 11 Korrektur der Abrechnung und Aufrechnung

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

§ 12 Elektronische Übermittlung

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

§ 13 Landesverträge

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

§ 14 Inkrafttreten, Kündigung

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