

**„Vereinbarung
bundeseinheitlicher Grundsätze zur Vergütungsstruktur und
Leistungsdokumentation der Hochschulambulanzen
(Hochschulambulanz-Struktur-Vereinbarung - HSA-SV)
gemäß § 120 Absatz 3 Satz 4 SGB V**

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin

Präambel

¹Die Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3 SGB V vereinbaren gemäß § 120 Absatz 3 Satz 4 SGB V bundeseinheitliche Grundsätze, die die Besonderheiten der Hochschulambulanzen angemessen abbilden. ²Insbesondere sollen mit den Grundsätzen Rahmenvorgaben zur Vergütungsstruktur und Leistungsdokumentation bestimmt werden, die auf Ortsebene durch Vereinbarungen zu konkretisieren sind.

**§ 1
Geltungsbereich**

- (1) Diese Vereinbarung gilt für die nach § 117 Absatz 1 SGB V ermächtigten Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken (Hochschulambulanzen) und die nach § 117 Absatz 2 SGB V ermächtigten psychologischen Universitätsinstitute (psychologische Hochschulambulanzen), zusammen im Folgenden HSA genannt.
- (2) Von dieser Vereinbarung sind grundsätzlich die im Rahmen der Ermächtigung nach § 117 SGB V erbrachten ambulanten zahnärztlichen Leistungen der HSA umfasst, sofern diese Vereinbarung nichts Abweichendes regelt.
- (3) Diese Vereinbarung gilt nicht für die nach § 117 Absatz 3 SGB V ermächtigten Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 des Psychotherapeutengesetzes.

**§ 2
Vergütungsstruktur**

- (1) ¹Die Vergütung der HSA erfolgt pauschaliert. Bezugspunkt ist der nach § 5 definierte Behandlungsfall. ²Die Entgeltbemessung erfolgt für alle Leistungen der HSA auf Vollkostenbasis im Rahmen wirtschaftlicher Betriebsführung, Investitionsanteile sind zu berücksichtigen. ³Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu berücksichtigen.
- (2) ¹In der Regel soll je Behandlungsfall eine Behandlungspauschale abgerechnet werden. ²Es sind maximal 50 Behandlungspauschalen je Hochschulklinik zu vereinbaren. ³Die Behandlungspauschalen sollen nach der Art der in Anspruch genommenen HSA sowie unterschiedlichem Behandlungsaufwand differenziert werden.
- (3) Sofern sich aufgrund der Unterschiede in den Kosten für die Patienten die Aufwände in den Behandlungspauschalen nach Absatz 2 nicht sachgerecht pauschalieren lassen, sind in begründeten Ausnahmefällen ergänzende Vergütungen zusätzlich zu den Behandlungspauschalen nach Absatz 2 möglich.
- (4) Die Art und Höhe der Entgelte sowie etwaige mengensteuernde Komponenten werden durch die Vereinbarungspartner nach § 120 Absatz 2 Satz 2 SGB V festgelegt. Technische Effekte im Sinne von § 5 Absatz 4 bleiben bei der Vereinbarung unberücksichtigt.
- (5) ¹Nicht unmittelbar patientengebundene Leistungen, insbesondere Probeneinsendungen und Mitbeurteilungen der von anderen Leistungserbringern übermittelten Behandlungspläne und Befunde, sowie Leistungen im Rahmen der Spendersuche und Spendervorbereitung und -nachsorge, soweit diese nicht anderweitig finanziert werden, können durch eine eigenständige Vergütungsregelung abgebildet werden. ²Das Nähere regeln die Vertragsparteien nach § 120 Absatz 2 Satz 2 SGB V.
- (6) Die Entgeltbemessung erfolgt für alle HSA unabhängig von der Ermächtigungsgrundlage nach § 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 (Forschung und Lehre) bzw. Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Art, Schwere oder Komplexität).
- (7) Für die Zahnmedizin sollen die Vereinbarungspartner nach § 120 Absatz 2 Satz 2 SGB V gesonderte Regelungen zur Vergütungsstruktur vereinbaren.

§ 3 Dokumentation

- (1) ¹Behandlungsfälle, die die formellen und materiellen Kriterien der Vereinbarung nach § 117 Absatz 1 Satz 3 SGB V über die Art, Schwere und Komplexität der Erkrankungen erfüllen, sind der Ermächtigung nach § 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V zuzuordnen und entsprechend zu kennzeichnen. ²Erbringen HSA Leistungen aufgrund abweichender Verträge nach § 117 Absatz 1 Sätze 8 und 9 SGB V (regionale Besonderheiten), werden diese ebenfalls der Ermächtigung nach § 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V zugeordnet, sind aber besonders zu kennzeichnen. ³Alle anderen Behandlungsfälle sind der Ermächtigung nach § 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V zuzuordnen. ⁴Die Zuordnung zur Ermächtigung nach § 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V ist kein Ausschlusskriterium dafür, dass der

entsprechende Behandlungsfall für die Zwecke von Forschung und Lehre erforderlich ist.

- (2) ¹Die Dokumentation beinhaltet je Behandlungsfall die in § 295 Absatz 1 SGB V genannten Angaben. ²Eine Arztnummer nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V kann nicht verlangt werden. ³Es ist zu gewährleisten, dass die Kennzeichnung des Behandlungsfalls eine eindeutige Identifikation des Standortes und der Fachabteilung der HSA (sofern zuzuordnen) ermöglicht. ⁴Dabei ist die Betriebsstättennummer zu verwenden. ⁵Das Nähere hierzu regeln die Vereinbarungspartner nach § 120 Absatz 2 Satz 2 SGB V. ⁶Die Diagnoseangaben setzen sich aus der Information über die Ambulanzdiagnose sowie über die mitbehandelten Diagnosen zusammen. ⁷Abrechnungsrelevante Prozeduren sind zu kodieren. ⁸Ambulanzdiagnose ist die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Behandlung des Patienten in der HSA maßgeblich ist. ⁹Eine mitbehandelte Diagnose ist eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Ambulanzdiagnose besteht oder sich während der Behandlung in der HSA entwickelt hat und die das Patientenmanagement beeinflusst hat. ¹⁰Die Diagnoseangaben haben auch Angaben zur Diagnosesicherheit zu enthalten.
- (3) ¹Die HSA übermitteln die Angaben gemäß § 2 und § 3 zusammen mit den Abrechnungsdaten nach § 295 Absatz 1b SGB V gemäß der Vereinbarung nach § 120 Absatz 3 Satz 3 SGB V an die Krankenkassen. ²Das Nähere zur Datenübermittlung ist in § 4 geregelt.

§ 4

Näheres zur Datenübermittlung

- (1) Die gemäß §§ 2 und 3 elektronisch zu übermittelnden Informationen werden von den Krankenkassen bzw. den Hochschulkliniken maschinell verwertbar auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübermittlung an die Hochschulkliniken bzw. die Krankenkassen übermittelt.
- (2) Die Vereinbarungspartner nach § 301 Absatz 3 SGB V legen diesbezüglich in einer gesonderten Fortschreibung der Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 SGB V erstmalig das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen bis zum 31.03.2017 fest.
- (3) Im Übrigen gelten die in der Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 SGB V getroffenen Regelungen.
- (4) ¹Anpassungen der betroffenen Nachrichtentypen und deren Anwendung werden mit einem entsprechenden Wirkungszeitpunkt in den Fortschreibungen der Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 SGB V (Schlüsselfortschreibungen, Nachträge und Fortschreibungen) geregelt. ²Die Gesamtdokumentation erfolgt in der Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 SGB V.

- (5) Eine Regelung zur elektronischen Übermittlung der Leistungen gemäß § 1 Absatz 2 wird angestrebt, die Übermittlung gemäß dieser Vereinbarung erfolgt bis auf weiteres in Papierform.

§ 5 Behandlungsfall

- (1) ¹Ein Behandlungsfall ist die gesamte Untersuchung und Behandlung derselben Ambulanzdiagnose desselben Patienten während desselben Kalendervierteljahres zu Lasten derselben Krankenkasse in einer HSA derselben Hochschulklinik. ²Beim Übergang der Behandlung zum nächsten Kalendervierteljahr wird die Weiterbehandlung als neuer Behandlungsfall gewertet. ³Ein einheitlicher Behandlungsfall liegt auch dann vor, wenn sich aus der zuerst behandelten Krankheit eine andere Krankheit entwickelt oder während der Behandlung hinzutritt oder wenn der Versicherte, nachdem er eine Zeit lang einer Behandlung nicht bedurfte, innerhalb derselben HSA im selben Kalendervierteljahr wegen derselben oder einer anderen Krankheit behandelt wird. ⁴Eine Mitbehandlung derselben Krankheit durch eine andere HSA löst keinen eigenen Behandlungsfall aus. ⁵Das Ende der Anspruchsberechtigung eines Versicherten bei seiner Krankenkasse im Laufe des Behandlungsfalls im Quartal oder der Kassenwechsel im Laufe des Behandlungsfalls im Quartal löst keinen neuen Behandlungsfall aus. ⁶In diesen Fällen ist der Behandlungsfall der am Tag der Erstbehandlung im Quartal zuständige Krankenkasse zugeordnet.
- (2) ¹Die Behandlung in einer Einrichtung nach § 117 Absatz 2 SGB V gilt als eigener Behandlungsfall. ²Dies gilt ebenfalls für die Leistungserbringung nach § 1 Absatz 2 dieser Vereinbarung.
- (3) Nicht unmittelbar patientengebundene Leistungen, insbesondere Probeneinsendungen und Mitbeurteilungen der von anderen Leistungserbringern übermittelten Behandlungspläne und Befunde, sowie Leistungen im Rahmen der Spendersuche und Spendervorbereitung und -nachsorge, soweit diese nicht über § 4 FPV abgedeckt werden, gelten als eigenständige Behandlungsfälle, sofern sie über Pauschalen vergütet werden.
- (4) Auswirkungen der Vorgaben zur Fallzählung bzw. Behandlungsfalldefinition gemäß dieser Vereinbarung auf bestehende Vereinbarungen nach § 120 Absatz 2 Satz 2 SGB V sind bei ihrer erstmaligen Umstellung ausgabenneutral umzusetzen (technischer Effekt).

§ 6 Weiterentwicklung

Diese Vereinbarung und die Vereinbarung nach § 117 Absatz 1 Satz 3 SGB V sollen durch die Vereinbarungspartner nach dem Vorliegen von Daten aus zwölf Abrechnungsquartalen ab Beginn der elektronischen Übermittlung der Informationen weiterentwickelt werden.

§ 7 Inkrafttreten, Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt zum 1.1.2017 in Kraft und kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2018, schriftlich gekündigt werden.
- (2) Für den Fall der Kündigung erklären die Vereinbarungspartner ihre Bereitschaft, an dem Abschluss einer neuen Vereinbarung mitzuwirken.
- (3) Bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung bzw. deren Festsetzung durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG gelten die Inhalte dieser Vereinbarung fort.
- (4) Für den Fall einer erforderlichen Anpassung sehen die Vereinbarungspartner eine Fortschreibung in beiderseitigem Einvernehmen vor, ohne dass es einer Kündigung der Vereinbarung bedarf.

§ 8 Salvatorische Klausel

¹Sollten einzelne Klauseln oder Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. ²Anstelle der unwirksamen Bestimmung wird eine Bestimmung vereinbart, die dem zulässigerweise am nächsten kommt, was die Vertragsparteien gewollt haben oder gewollt hätten, wenn sie die Regelungsbedürftigkeit bedacht hätten."