

Besondere Versorgung

1. Das Wichtigste in Kürze

Die "Besondere Versorgung" fasst mehrere Versorgungsformen zusammen, die bis Juli 2015 als "Integrierte Versorgung", "Strukturverträge" und "Besondere ambulante ärztliche Versorgung" separat geregelt waren. Patienten, die an einer Besonderen Versorgung teilnehmen, schließen dafür einen Vertrag ab. Die Teilnahme ist freiwillig.

2. Ziele der Besonderen Versorgung

Die Besondere Versorgung soll

- eine bessere Vernetzung zwischen den Versorgungssektoren (z.B. Klinik und niedergelassener Arzt),
- eine einfachere fachübergreifende Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachrichtungen (z.B. Hausarzt und Onkologe),
- besondere ambulante ärztliche Versorgungsformen (z.B. neue Methoden) und
- eine bessere Organisation der Versorgung

ermöglichen.

Letztlich sollen die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung gesteigert werden. Dafür können verschiedenste Leistungsanbieter kooperieren und einen Abrechnungsvertrag mit einer Krankenkasse abschließen.

3. Vertragspartner der Krankenkassen

Basis für die Besondere Versorgung sind Verträge, die die Krankenkassen mit einem Leistungsanbieter oder einer Anbiertgemeinschaft abschließen. In einem Besonderen Versorgungsvertrag können Leistungserbringung und Abrechnung unabhängig von den sonstigen Bestimmungen des Sozialrechts relativ frei vereinbart werden.

Leistungsanbieter und damit Vertragspartner der Krankenkassen können sein:

- Alle, die nach Krankenversicherungsrecht (SGB V) berechtigt sind, Leistungen zu erbringen (also z.B. Ärzte, Therapeuten) und Gemeinschaften dieser Leistungserbringer
- Träger von Einrichtungen, in denen berechtigte Leistungserbringer die Besondere Versorgung anbieten
- Pflegekassen und zugelassene Pflegeeinrichtungen
- Praxiskliniken
- Pharmazeutische Unternehmen und Hersteller von Medizinprodukten
- Kassenärztliche Vereinigungen zur Unterstützung ihrer Mitglieder

4. Vorteile für Patienten

Die Besondere Versorgung gilt für Versicherte der Kranken- und Pflegekassen. Für sie kann die Teilnahme daran folgende Vorteile haben:

- Bessere Organisation und/oder Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer, z.B. Kliniken, Pflegedienste und Ärzte. Das ist besonders bei komplexen Behandlungsprozessen nützlich, an denen mehrere Leistungserbringer beteiligt sind. Die Behandlungskette wird insgesamt organisiert, der Patient muss nicht nach Spezialisten suchen, Doppeluntersuchungen werden vermieden, alle Daten sind schnell verfügbar, auch bei Entlassungen oder Klinikeinweisungen.
- Die Behandlung erfolgt qualitätsgesichert nach definierten Leitlinien oder Behandlungspfaden. Zum Teil gibt es Garantiezusagen für den Behandlungserfolg und/oder standardisierte Nachuntersuchungen, die den Behandlungserfolg absichern.
- Kostenübernahme bei neuen Behandlungsformen, die normalerweise nicht von der Krankenkasse bezahlt werden.
- Bonuszahlungen oder Zuzahlungsbefreiungen von der Krankenkasse.

5. Teilnahmeerklärung

Die Teilnahme an einer Besonderen Versorgung ist für den Patienten immer freiwillig. Die Teilnahmeerklärung erfolgt schriftlich und kann innerhalb von 2 Wochen ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Die Teilnahmeerklärung enthält die Details zur Durchführung der Besonderen Versorgung, z.B.:

- zeitliche Bindung an die Teilnahmeerklärung,
- Bindung an die beteiligten Leistungserbringer und
- Folgen bei Pflichtverstößen des Patienten.

6. Verwandte Links

[Disease-Management-Programme](#)

[Hausarztmodell](#)

[Bonusprogramme](#)

Gesetzesquellen: §§ 140 a SGB V, § 92 b SGB XI