

## Glossar zur Versorgung in der GKV

<b>Gesamtvergütung</b>	<p>Rechtsgrundlage: § 85 SGB V</p> <p>Die Gesamtvergütung beruht auf den Kollektivverträgen und deckt alle ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen zur Versorgung der GKV-Versicherten im Voraus ab. Die Höhe der Gesamtvergütung folgt nicht der demographischen Entwicklung, der Änderung der Morbidität, dem medizinischen Fortschritt oder der Arztzahlentwicklung, sondern ist gesetzlich auf die Steigerung der Grundlohnsumme beschränkt.</p> <p>Die Gesamtvergütung wird ggfs um Vergütungsanteile „bereinigt“ = gemindert, die in selektivvertraglichen Versorgungsaufträge fließen.</p>
<b>Integrierte Versorgung</b>	<p>Rechtsgrundlage: §§ 140 a – d SGB V</p> <p>Einzelne Krankenkassen oder Gruppen von Krankenkassen können mit den Ärzten, Psychotherapeuten und weiteren Gesundheitsberufen direkte Verträge abschließen. Sie sind sektorübergreifend möglich (ambulant/stationär). Leistungserbringer können sein: 1. einzelne Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und andere Leistungserbringer, 2. Träger zugelassener Krankenhäuser, 3. Träger von MVZs und 4. Träger von Einrichtungen, die eine integrierte Versorgung anbieten, also sogenannte Managementgesellschaften. Die KVen können nicht beteiligt werden.</p> <p>Integrierte Versorgungsverträge müssen interdisziplinär fachübergreifende Verträge sein, die indikationsspezifisch oder populationsspezifisch sind, d.h. die zur Behandlung eines bestimmten Krankheitsbildes oder zur Behandlung von einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in einer Region konzipiert sind.</p> <p>Die Teilnahme für die Versicherten ist freiwillig.</p>
<b>Hausarztzentrierte Versorgung</b>	<p>Rechtsgrundlage : § 73b SGB V</p> <p>Die hausarztzentrierte Versorgung baut auf die Koordinierungsfunktion des Hausarztes bzw. die Lotsenfunktion des Hausarztes. Von der Rolle des Hausarztes als Koordinator verspricht sich der Gesetzgeber einen effizienteren Mitteleinsatz der knappen Ressourcen im Gesundheitssystem. Das heißt dann auch, dass der Zugang zum Facharzt oder Psychotherapeuten grundsätzlich nur noch über den Hausarzt möglich wird.</p>

	<p>Vertragspartner der hausärztlichen Versorgung sind die Krankenkassen und ein einzelner Hausarzt oder eine Gemeinschaft von Hausärzten oder eine kassenärztliche Vereinigung. Bei den KVen setzt das voraus, dass sie jeweils von der Gemeinschaft der Hausärzte ermächtigt werden.</p> <p>Für die Krankenkassen besteht die Verpflichtung, ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Die Teilnahme für die Versicherten ist freiwillig.</p>
<b>Kassenärztliche Vereinigung</b>	<p>Rechtsgrundlage: §§ 72 ff SGB V, insbesondere § 77.</p> <p>Den Kassenärztlichen Vereinigungen gehören bisher alle Ärzte und Psychotherapeuten an, die zur ambulanten Behandlung von Kassenpatienten zugelassen oder ermächtigt sind. Es handelt sich um von den Mitgliedern selbstverwaltete Körperschaften des öffentlichen Rechts. Sie stellen die vertragsärztliche Versorgung sicher (siehe Sicherstellungsauftrag).</p> <p>Wirtschaftlich besaßen die KVen aufgrund des Sicherstellungsauftrages lange Zeit nahezu eine Alleinstellung als Anbieter für die ambulante Versorgung im Bereich der GKV. Diese Position wird durch die Gesetzgebung sukzessive ausgehöhlt.</p>
<b>Kollektivvertrag</b>	<p>Rechtsgrundlage: § 83 SGB V</p> <p>Die Krankenkassen schließen mit den jeweiligen KVen Kollektivverträge ab, in denen u.a. die Gesamtvergütung (siehe dort) für den jeweiligen KV-Bezirk festgelegt ist. Bestandteil sind die von KBV und Spitzenverbänden der Krankenkassen geschlossenen Bundesmantelverträge.</p>
<b>Kostenerstattung</b>	<p>Rechtsgrundlage: § 13 SGB V</p> <p>Die Kostenerstattung stellt entweder eine Ergänzung zum Sachleistungsprinzip dar oder tritt nach Wahl des Versicherten an dessen Stelle. Bei der Kostenerstattung wird der Patient als Selbstzahler behandelt, dem die Krankenkasse die Behandlungskosten ganz oder teilweise erstattet.</p> <p>Ausnahmsweise können in der Kostenerstattung auch Behandler, die nicht über eine Zulassung oder Ermächtigung verfügen, erstattungsfähige Leistungen erbringen. Voraussetzung ist, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig im Wege der Sachleistung erbringen kann (§ 13 Abs. 3 SGB V) und der Behandler über die notwendige Fachkunde verfügt.</p>

<p><b>Leistungserbringer</b></p>	<p>Rechtsgrundlage: SGB V, 4. Kapitel (=§§ 69ff)          Leistungserbringer werden im Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung diejenigen Personen-          gruppen genannt, die Leistungen für die Versicherten der Krankenkassen erbringen. Leistungserbringer          können sowohl natürliche Personen (z. B. niedergelassene Ärzte oder Psychotherapeuten) als          auch juristische Personen (z. B. MVZs oder Krankenhäuser in der Rechtsform einer GmbH sein.</p> <p>Dazu gehören aber auch die Erbringer von Heil- und Hilfsmittelleistungen (Physiotherapie, Ergotherapie,          Logopädie, Orthopädietechnik, Orthopädie-schuhtechnik, Sanitätshäuser), Hersteller von Arznei-          mitteln, Hebammen, Erbringer von Leistungen häuslicher Krankenpflege oder Haushaltshilfe,          Rettungsdienste und Krankentransportunternehmen.</p>
<p><b>Medizinisches Versorgungszentrum</b></p>	<p>Rechtsgrundlage: § 95 SGB V          Medizinische Versorgungszentren gehören zur ambulanten Versorgung. Es sind ärztlich geleitete,          fachübergreifende Einrichtungen, in der Ärzte oder Psychotherapeuten als Vertragsärzte (-psychothe-          rapeuten) oder angestellt tätig sind.          Ein MVZ muss vom Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung zugelassen werden; not-          wendig sind mindestens zwei vorhandene Zulassungen, Bedarfsplanungsrecht darf nicht entgegenste-          hen.</p> <p>Begründet werden kann ein MVZ nur von Leistungserbringern im Sinne des SGB V, also z.B. von Ärz-          ten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Apothekern, Krankenhäusern, Pflegediensten, Reha-          Einrichtungen, Zahntechnikern, Hebammen etc.</p> <p>Die Rechtsform eines MVZ kann vielfältig sein. Mög-          lich sind z.B. eine GbR, eine GmbH, eine Partner-          schaftsgesellschaft oder auch eine Aktiengesell-          schaft. Für ein MVZ ist die Niederlassung nur an          einem Ort möglich.</p>
<p><b>Sachleistungsprinzip</b></p>	<p>Rechtsgrundlage: § 2 Abs. 2 SGB V          In der GKV werden Sozialleistungen grundsätzlich          als Sach- und Dienstleistungen erbracht, die Kos-          tenerstattung stellt eine Ausnahme dar (anders in          der privaten Krankenversicherung). Dies wird durch          Verträge der Krankenkassen mit den unterschiedli-          chen Leistungserbringern sichergestellt.</p>

<b>Selektivvertrag</b>	Der Begriff wird teils synonym für Sonderverträge benutzt, man kann darunter ggfs aber auch Verträge in der hausarztzentrierten Versorgung mit fassen, an denen die KV nicht beteiligt ist.
<b>Sicherstellungsauftrag</b>	Rechtsgrundlage: §§ 75, 73 Abs. 2 SGB V Im Rahmen des kollektivvertraglichen Systems sind die KVen verpflichtet, die Versorgung im gesetzlich definierten Umfang (§73 Abs. 2) sicherzustellen. Das korrespondierende alleinige Recht zur Versorgung wird allerdings zunehmend durch besondere Vertragstypen (siehe Sondervertrag, hausarztzentrierte Versorgung) geschmälert.
<b>Sondervertrag</b>	Rechtsgrundlage: § 73 c SGB V Krankenkassen können allein oder in Kooperation mit anderen Kassen Einzelverträge abschließen, die zum Gegenstand entweder Teile oder die gesamte ambulante Versorgung in einem definierten räumlichen Bereich haben.  Vertragspartner können sein: vertragsärztliche Leistungserbringer, oder Gemeinschaften von Leistungserbringern oder sog. Managementgesellschaften oder eine KV. Derartige Verträge müssen öffentlich ausgeschrieben werden, ein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht nicht.  Für die Versicherten ist die Teilnahme freiwillig, sie müssen sich für mindestens ein Jahr binden.
<b>Strukturvertrag</b>	In Strukturverträgen vereinbaren Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen neue organisatorische Versorgungsformen mit differenzierten Honorierungssystemen. Strukturverträge gibt es unter anderem zur Förderung des ambulanten Operierens und von Arzt-/Praxisnetzen.  Die Teilnahme ist für Leistungserbringer und Versicherte freiwillig.
<b>Versorgungsauftrag</b>	Korrespondiert dem Begriff Sicherstellungsauftrag