

## Indikator 7.20 (K)

### Ambulante vertragsärztliche Versorgung nach Fachgruppen, Land, Jahr

#### Definition

Ärzte und Krankenkassen wirken lt. § 2 SGB V zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zusammen. Die vertragsärztliche Versorgung wird im Rahmen gesetzlicher Vorschriften und der Richtlinien der Bundesaus-schüsse durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) mit den Verbänden der Krankenkassen so geregelt, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemeinen anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist. Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und fachärztliche Versorgung.

Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung setzt grundsätzlich eine entsprechende Berechtigung voraus, entweder in Form einer Zulassung oder einer Ermächtigung durch die gemeinsamen Zulassungsausschüsse der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen. Die Zulassungsausschüsse können über den Kreis der zugelassenen Vertragsärzte hinaus im Bedarfsfall Krankenhausärzte mit Facharztausbildung oder in besonderen Fällen weitere ärztlich geleitete Einrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen. Die Ermächtigung bewirkt, daß der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist.

Infolge des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14. November 2003 können ab dem 1. Januar 2004 „medizinische Versorgungszentren“ (MVZ) als „fachübergreifende“ Einrichtungen unter ärztlicher Leitung gleich einem einzelnen Arzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden (§ 95 Abs. 1 SGB V). Die Zulassung setzt neben der Eintragung aller dort angestellten Ärzte in das Arztregister (§ 95 Abs. 2 SGB V) auch einen Bedarf für weitere Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung voraus.

Einbezogen in die vertragsärztliche Versorgung sind alle in der GKV versicherten Personen. Unter ambulanten Behandlungsfällen werden im Indikator die addierten Zahlen von vier Quartalen ausgewiesen. Die ambulanten Behandlungsfälle der Psychotherapeuten sind in den Indikatoren 7.19 und 7.22 ausgewiesen.

#### Datenhalter

- Kassenärztliche Vereinigungen

#### Datenquelle

Abrechnungsstatistiken der Kassenärztlichen Vereinigung

#### Periodizität

Jährlich, 31.12.

#### Validität

Die Kennziffer *Behandlungsfälle je 1 000 Einwohner* ist nicht unproblematisch, da es sich um die Behandlungsfälle der GKV-Versicherten handelt. Da aber die Angaben zu den GKV-Versicherten, insbesondere in den Darunterpositionen Frauen, Kinder von 0 - 14 Jahren sowie für die jeweilige Fachgruppe der Anteil der GKV-Versicherten nicht bekannt sind, stellt die Kennziffer lediglich eine Orientierungsgröße dar.

#### Kommentar

Aus der Definition ist ersichtlich, dass die Berechnungsbasis die pro Quartal im Berichtsjahr abgerechneten Behandlungsfälle sind. Somit wird nicht die Zahl der ärztlichen Konsultationen erfasst, die höher liegt.

Es gibt drei Formen für die Teilnahme an der ambulanten Behandlung der gesetzlich Krankenversicherten :

1. Zulassung als Vertragsarzt, 2. befristete Ermächtigungen, 3. Medizinische Versorgungszentren.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

#### Vergleichbarkeit

Es gibt keinen Vergleich mit WHO- und OECD-Indikatoren. Im EU-Indikatorensatz sind *Out-patient contacts* nach Fachgebieten vorgesehen, die mit dem Begriff *Behandlungsfälle* nicht vergleichbar sind. Bedingt vergleichbar mit dem bisherigen Indikator 7.11, der die Position *Hausärzte* nicht enthielt. Bei Ländervergleichen ist der unterschiedliche Anteil der GKV-Versicherten zu berücksichtigen.

#### Originalquellen

Publikationen der Kassenärztlichen Vereinigungen zu Leistungen der ambulanten Krankheitsversorgung

Gelöscht: .

#### Dokumentationsstand....