

Zu Indikator 7.21 (L)

Struktur der abgerechneten ärztlichen Leistungsbereiche (ambulant) der Vertragsärzte, Land, Jahre

Definition

Der Indikator gibt die Struktur der abgerechneten Leistungen für das jeweilige Jahr an. Bei einem langfristigen Vergleich sind ggf. Änderungen im Punktwert für die jeweiligen Leistungskategorien zu berücksichtigen.

Der Indikator bildet also die z. T. gewollten Verschiebungen zwischen den Leistungsarten ab, d. h. zum Beispiel bei einem Ländervergleich sind vor allem die Strukturunterschiede (z. B. Anteil von Sonderleistungen) und nicht die absolute Punktzahl relevant.

Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (§ 27 SGB V). Die Ärzte und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen (§ 72 SGB V). In Verträgen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Verbänden der Krankenkassen wird die Vergütung für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen vereinbart. Maßgebend für die abrechnungsfähigen Leistungen und ihr abrechnungsmäßiges Verhältnis zueinander ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM).

Im vorliegenden Indikator werden einige aggregierte Leistungsformen dargestellt: Grundleistungen, Sonderleistungen, Laborleistungen und Röntgenleistungen, die insgesamt die kurativen Abrechnungsfälle ergeben.

Im vorliegenden Indikator werden die addierten Zahlen von vier Quartalen als abgerechnete Leistungsbereiche ausgewiesen.

Datenhalter

Kassenärztliche Vereinigungen

Datenquelle

Abrechnungsstatistiken der Kassenärztlichen Vereinigungen

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Die abgerechneten Punktwerte sind die Basis für die Vergütung der Vertragsärzte, somit kann von einer 100 %igen Erfassung pro Quartal als Erfassungseinheit ausgegangen werden. Die Angaben sind auf das gesamte Berichtsjahr aufaddiert.

Kommentar

Im Indikator 7.21 wird eine Übersicht nach abgerechneten Leistungsarten ohne Berücksichtigung der Fachrichtung des Arztes gegeben. Der Indikator reflektiert einige Eckpunkte der geltenden Gebührenordnung, nach denen quartalsweise Verrechnungen mit den Vertragsärzten vorgenommen werden. Deshalb werden die Daten als angeforderter Leistungsbedarf in Punkten ausgewiesen. Aufgrund des Punktwertes kann eine Umrechnung auf die erbrachten Leistungen vorgenommen werden.

Zu den Sonderleistungen zählen die Kapitel C sowie F bis N des EBM. Zu Kapitel C gehören z. B. das Anlegen von Verbänden, Blutentnahmen, Punktionen, sonographische Untersuchungen; zu den Kapiteln F bis N gehören z. B. fachärztliche Sonderleistungen der Inneren Medizin, der Dermatologie, der Kinderheilkunde, der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, der Augenheilkunde, der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, der Urologie und der Chirurgie/Orthopädie.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO- oder OECD-Indikatoren. Im Indikatorenset der EU sind ähnliche Indikatoren nicht vorgesehen. Der Indikator ist mit dem bisherigen Indikator 7.12 vergleichbar.

Originalquellen

Publikationen der Kassenärztlichen Vereinigungen zu Leistungen der ambulanten Krankheitsversorgung.

Dokumentationsstand:

Gelöscht:

Formatiert: Tabstopps: 5,23
cm, Links

Gelöscht:

Formatiert: Schriftart: Nicht
Kursiv

Gelöscht: