

SGA - T i p p 2/00

Herausgegeben von der Schutzgemeinschaft für Ärzte (SGA)

Präsident: Dr. med. Otto Frei, Felsenrainstrasse 1, 8052 Zürich, Tel. 01 300 60 66 Fax 01 300 60 67

Redaktion: Dr. iur. Dieter Daubitz, Mühlenplatz 11, 6004 Luzern, Tel. 041 410 35 02 Fax 041 410 38 41

4. Jahrgang, Nr. 2, Mai 2000, erscheint vierteljährlich

Fragen zur Statistik des Konkordates der Schweizerischen Krankenkassen

A) Vorbemerkungen

Der Kantonalverband St. Gallischer Krankenversicherer hat am 9. Mai 1994 einen "Katalog zu den häufigsten Fragen zur Statistik des Konkordates Schweizerischer Krankenkassen" erstellt. Der Sinn und Zweck sowie der Adressat dieses Kataloges sind leider nicht ersichtlich. Ein Arzt ist in den Besitz dieses Kataloges gelangt und hat ihn der SGA freundlicherweise zur Verfügung gestellt. Damit wollen wir aufzeigen, wie wichtig es ist, dass wir solche Informationen erhalten. Wir möchten bei dieser Gelegenheit, die Mitglieder bitten, uns jedwelche Information betr. Wirtschaftlichkeit zukommen zu lassen. Wir sind für solche Informationen dankbar, da sie uns in Wirtschaftlichkeitsverfahren unterstützen können.

Die Antworten auf die Fragen 5, 6, 10, 13 und 17 sind besonders interessant.

Die Antwort auf die Frage 5 befasst sich mit der sog. Schonzeit von 2 Jahren für Neupraxen.

Die Antwort b auf die Frage 6 bestätigt, dass Leistungen, welche ausserhalb der ambulanten Arztpraxis erbracht und unter dem Namen und der Konkordatsnummer des Arztes verrechnet werden, in der Rechnungsstellerstatistik erfasst werden. Dies kann zu einer massiven Verfälschung der Rechnungsstellerstatistik des betreffenden Arztes führen.

Das Datum der Abrechnung durch die Krankenkasse ist gemäss Antwort zur Frage 10 massgeblich für die zeitliche Abgrenzung der Rechnungsstellerstatistik und nicht etwa das Datum der Rechnung oder das Kalendarium der einzelnen Leistungen.

Es geht aus der Antwort zur Frage 13 hervor, dass direkte Zahlungen an den Arzt in der Rechnungsstellerstatistik nicht erfasst werden. Dies setzt aber voraus, dass im System des tiers garant der Patient die von ihm selbst bezahlte Rechnung oder die Quittung nicht bei der Krankenkasse einreicht.

Die Antwort auf die Frage 17 bestätigt, dass Frauen gegenüber den Männern je nach Alter unterschiedlich Mehrkosten verursachen und dass diese Mehrkosten je nach Alter etwa 40 % betragen.

**B) Katalog des Kantonalverbandes St. Gallischer Krankenkassen
vom 9. Mai 1994 zu den häufigsten Fragen zur Statistik
des Konkordates der Schweizerischen Krankenkassen**

- 1. Durch wen und wann werden die Ärzte in die Fachgruppen eingeteilt?**
 - durch Selbstdeklaration bei der Anmeldung zur Kassenpraxis

- 2. Welche Fachgruppen gibt es?**
 - 29 - Ergänzung mit oder ohne Röntgen

- 3. Wie gross sind diese Fachgruppen?**
 - je nach Anzahl der in der Fachgruppe tätigen Ärzte

- 4. Spielt das Alter des Arztes in der Fachgruppe eine entscheidende Rolle?**
 - nein

- 5. Spielt die Dauer der Praxistätigkeit eine massgebende Rolle?**
 - Ja, bei Neupraxen werden die ersten beiden Jahre als Beobachtungsjahre gewertet. Der Arzt wird jedoch über sein Kostenverhalten orientiert, falls seine Indexwerte höher sind als die Durchschnittswerte seiner Fachgruppe.

- 6. Gibt es bei den chirurgisch tätigen Ärzten eine Unterscheidung nach Ärzten, die**
 - a) vor allem im Spital operieren (werden auch die ambulanten Operationen mitgezählt)?**
 - b) ambulant nur Abklärungen treffen?**

c) viele auch grosse Operationen in der Praxis durchführen?

- a) Die in den öffentlichen Spitälern tätigen Ärzte werden in der Konkordatsstatistik nicht berücksichtigt.
- b) Alle Leistungen des Arztes, ob im ambulanten oder stationären Bereich erbracht, die dem Arzt über seine Zahlstellen-Nummer bezahlt werden, sind in der Statistik berücksichtigt.
- c) Die höheren Kosten, z.B. für grosse Operationen, finden im entsprechenden Kostendurchschnitt der Fachgruppe ihre Berücksichtigung.

7. Wird ein FMH für innere Medizin, der keine Subspezialität nach FMH-Richtlinien hat, aber beispielsweise in Endoskopien gut ausgebildet ist, den Gastroenterologen zugerechnet?

- nein

8. Werden Ärzte, die nur teilzeitlich Patienten betreuen, auch in diesen Fachgruppen geführt (Diese Ärzte würden mit ihren niedrigen Kosten den Durchschnitt senken, da sie nicht dauernd erreichbar sind.)?

Diese Ärzte vermögen die Durchschnittswerte einer Fachgruppe kaum zu beeinflussen (keine statistische Signifikanz).

9. Haben Praxisschliessungen bzw. Neueröffnungen keinen Einfluss auf die Zahlen der Fachgruppe?

- Diese Kosten sind ebenfalls statistisch in allen Fachgruppen gleich behandelt und gleichen sich deshalb aus.

Fragen insbesondere zum Zahlenmaterial

10. Von welchem Rechnungsjahr geht die Krankenkasse aus?

a) alle bei der KK eingegangenen Rechnungen vom 1.1. bis 31.12.?

Berücksichtigt in der Statistik sind alle pro Kalenderjahr abgerechneten resp. an den Arzt bezahlten Rechnungen (Krankenscheine).

b) alle Leistungen die vom 1.1. bis 31.12. erbracht wurden?

ja siehe a)

c) Rechnen alle Kassen so ab, oder gibt es Unterschiede im Geschäftsjahr?

Ja, je nach Abschlussmodus der einzelnen Kasse sind Verschiebungen möglich; z.B. Krankenscheine ab November auf neue Rechnung, Zahlungen an die Ärzte bis Januar des folgenden Jahres auf alte Rechnung.

Da immer die gleichen Fristen verarbeitet werden, sind diese Verschiebungen für die Statistik nicht von Bedeutung, sie gleichen sich jeweils pro Arzt und Fachgruppe aus.

d) Wie können die Daten von 1991 verwendet werden, wenn damals noch keine Jahresfranchise bestanden hat?

Dies spielt in der statistischen Auswertung resp. im Vergleich keine Rolle, da von den Kassen die gleichen Daten verarbeitet wurden wie im Vorjahr.

e) Waren damals schon alle Kassen in der Lage, die Daten entsprechend abzugeben?

Dies spielt im statistischen Vergleich pro Arzt und Fachgruppe keine Rolle, da immer die gleichen Werte pro Krankenkasse berücksichtigt werden.

f) **1992 musste auf Ende Jahr abgerechnet werden, vorher nicht; was ist die Konsequenz?**

eigentlich keine - höchstens in bezug auf den Umsatz

11. Notfalldienst, Vertretungen, Zuweisungen

Alle vom Arzt erbrachten und den Krankenkassen in Rechnung gestellten Leistungen (Krankenscheine, Vertreterschein) werden erfasst.

12. Privatärztliche Tätigkeiten (Personen mit zusätzlicher Versicherung für private ambulante Behandlung)?

Sofern die Leistungen des Arztes über einen ordentlichen Krankenschein in Rechnung gestellt werden, sind die Kosten in der Statistik erfasst.

Da jedoch sehr wenige solcher Privat-Versicherungen bei den Krankenkassen geführt werden, spielen sie in der Bewertung eine absolut untergeordnete Rolle.

13. Werden mit Zusatzprämie versicherte Leistungen (Impfungen; nicht in der SL aufgeführte Medikamente z.B. Vitamine) verrechnet? Evt. nur, wenn auf Krankenschein abgerechnet wurde oder wenn der Patient selbst zahlte und vom Arzt Quittung mit aufgeschlüsselter Rechnung erhielt?

Dies trifft nur zu, wenn der Arzt über einen Krankenschein Rechnung gestellt hat. Direkte Zahlungen an den Arzt werden nicht erfasst.

14. Medikamente, die vom Spital/Spezialarzt verordnet wurden:

Soll man den Patienten mit einem Rezept in die Apotheke schicken oder ein teures Medikament durch ein gleichwertiges, billigeres Medikament, das der Patient schon lange eingenommen hat, ersetzen und damit Kosten sparen? Allerdings wirkt sich dies zu Lasten des Hausarztes aus!

Selbstverständlich ist immer die kostengünstigste unter gleichwertigen Medikationen durchzuführen.

Wird ein Medikament vom Patienten in der Apotheke bezogen, werden die Kosten dem Arzt als sog. veranlasste Leistungen statistisch zugeordnet. Rezeptur und Selbstdispensation werden statistisch gleich behandelt, wobei bis anhin nur die Selbstdispensation im Zusammenhang mit der Überarztung (evt. Rückforderung) thematisiert wird.

15. Wie werden Unfälle behandelt, die im Rahmen des Abkommens mit Versicherungsgesellschaften (Haftpflichtfälle) abgerechnet werden?

Diese werden separat behandelt und haben keinen Einfluss auf die Statistik.

16. Einfluss des Patientendurchschnittsalters auf Zahlen:

Vergleich Pädiater mit FMH Allgemeine Medizin mit Röntgen oder FMH Innere Medizin. Doppelpraxis und jüngerer Kollege.

Ein Vergleich erfolgt immer innerhalb der Fachgruppe. Pädiater mit Pädiater usw. Im statistischen Vergleich kann davon ausgegangen werden, dass pro Fachgruppe jeweils keine grossen Unterschiede zwischen den einzelnen Praxen bestehen und die Zusammensetzung des "Patientengutes" in etwa gleich ist. Z.B. Allgemeinpraktiker mit Röntgen: 199 Ärzte in der gleichen Fachgruppe; Doppelpraxen mit einer Zst-Nr. gelten als eine Praxis.

17. Zusammensetzung Frauen/Männer/Kinder? Wieviel teurer sind die Frauen als die Männer?

Auch hier wird davon ausgegangen, dass im Mittel jeder Fachgruppe ein Ausgleich erfolgt. Die durch Frauen verursachten Mehrkosten sind sehr unterschiedlich. Je nach Alter betragen sie jedoch durchschnittlich etwa 40% mehr.