



Regressionsbericht Dr. Hans Muster

ZSR-Nr.: A012345

Statistikjahr 2020 (Datenaufbereitung: 17.06.2021)

Personalien und Ausbildung

Die Informationen wie Name, Adresse, Gruppe etc. sind dem Zahlstellenregister der SASIS AG entnommen, ebenso die Informationen zur Ausbildung (Weiterbildungstitel, Fähigkeits-/Fertigkeitsausweise und Schwerpunkte).¹

Die Gruppe wird im Zahlstellenregister als Haupttätigkeit bezeichnet und gibt Auskunft darüber, mit welcher Facharztgruppe die jeweilige ZSR-Nummer pro Statistikjahr verglichen wird. Die Zuteilung in eine Vergleichsgruppe wird durch das Zahlstellenregister vorgenommen und hängt von den vorhandenen und in der Schweiz anerkannten Weiterbildungstiteln ab.

Personalien			
ZSR-Nummer	A012345	Gruppe	53. praktischer Arzt / Ärztin
Name	Hans	Kanton	ZH
Vorname	Muster	Taxpunktwert	.96
Zusatzname		Homepage	
Anrede	Herr	Strasse/Nr.	Strasse 1
Titel	Dr. med.	PLZ/Ort	1234 Ortschaft
Tätigkeit seit	01.01.1990	Tätigkeit bis	
Rechtsform	Einzelfirma	Staatsexamen	01.01.1990 ZH
TP/TG	tiers garant	Geburtsjahr	1970

Weiterbildungstitel			
Weiterbildungstitel 1		01.01.1990	Bern
Weiterbildungstitel 2		...	...
Weiterbildungstitel ...		...	...

Fähigkeits-/Fertigkeitsausweise			
Fähigkeitsausweis 1		01.01.1990	Zürich
Fähigkeitsausweis 2		...	...
Fähigkeitsausweis ...		...	...

Schwerpunkte			
Schwerpunkt 1		...	...
Schwerpunkt 2		...	...
Schwerpunkt ...		...	...

¹ Sollten die Angaben bei den Personalien und/oder bei der Ausbildung nicht mehr aktuell sein, bitten wir Sie, sich direkt ans Zahlstellenregister der SASIS AG zu wenden.

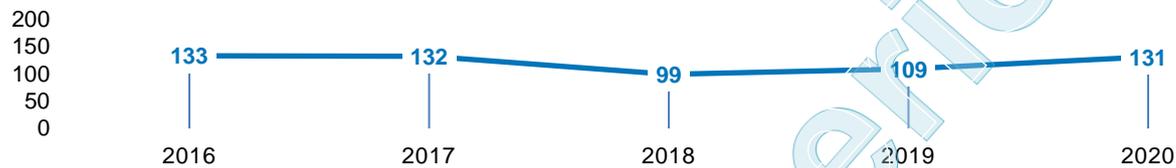
Indices

Beim Regressionsindex handelt es sich um einen nationalen Kostenvergleich (pro Facharztgruppe), der zum einen die Morbidität des Patientenguts und zum anderen die praxisspezifischen Faktoren Standortkanton und Facharztgruppe statistisch berücksichtigt. Die Morbiditätsfaktoren sind Alter, Geschlecht, Wahlfranchisen, Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr sowie Pharmaceutical Cost Groups (PCG). Ein Indexwert von 100 entspricht dem Durchschnitt der jeweiligen Vergleichsgruppe (Facharztgruppe).

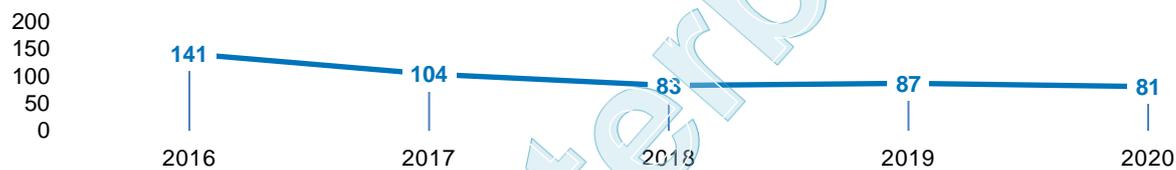
Die Wirtschaftlichkeit wird anhand der Totalen Kosten betrachtet. Das heisst, dass nicht nur die direkten Kosten beurteilt werden, sondern auch diejenigen veranlassten Kosten, auf die der Arzt massgebend Einfluss nehmen kann (Medikamente, Labor, Physiotherapie sowie übrige Kosten). Die Medikamentenkosten beinhalten dabei nur die direkt abgegebenen Medikamente und die über die jeweilige ZSR-Nr. veranlassten Medikamente, welche über eine Apotheke bezogen wurden. Alle anderen veranlassten Medikamentenkosten (z.B. Spital) fliessen nicht in die Berechnung ein.

Kostenart	Regressions-Index ²
Totale Kosten (direkt und veranlasst, TPW-korr.)	131
Totale direkte Kosten (direkt, TPW-korr.)	81
Arztkosten (direkt, TPW-korr.)	129
Medikamente (direkt und veranlasst)	86
Labor (direkt und veranlasst)	94
Physiotherapie (direkt und veranlasst)	102

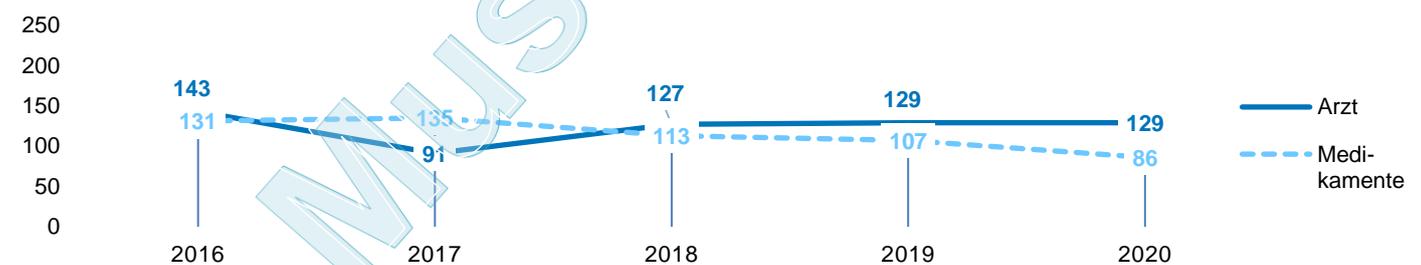
Regressionsindex Totale Kosten



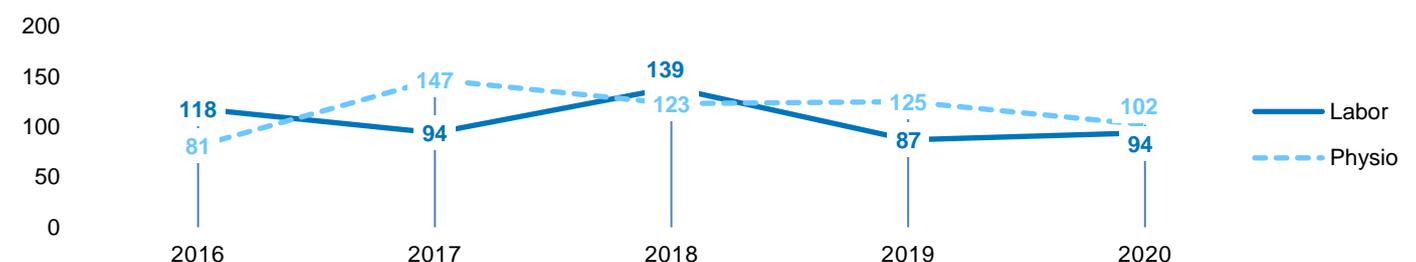
Regressionsindex Totale direkte Kosten



Regressionsindizes Arztkosten und Medikamente



Regressionsindizes Labor und Physiotherapie



² Zum Vergleich die gemäss Methodenvertrag bis und mit Statistikjahr 2016 gültigen ANOVA-Indices: Totale Kosten 167, Arztkosten 200, Medikamente 100.

Kosten und Praxiskennzahlen

In den Tabellen werden wichtige Kennzahlen zur Praxis detailliert aufgelistet und gegebenenfalls der Vergleichsgruppe (Facharztgruppe gemäss Zahlstellenregister) gesamtschweizerisch gegenübergestellt. Der Vergleich wird dabei im Verhältnis zu den Anzahl Erkrankten dargestellt.

Bei den Kosten wird nach direkten und veranlassten Kosten unterschieden. Direkte Kosten beinhalten alle Kosten, welche direkt in der Arztpraxis generiert werden (üblicherweise Arztkosten, direkt abgegebene Medikamente, Praxislabor oder übrige direkte Kosten). Die veranlassten Kosten werden nicht direkt in der Arztpraxis erbracht, aber durch die Arztpraxis veranlasst (üblicherweise rezeptierte Medikamente, externes Labor, Physiotherapie oder übrige Kosten).

Die Totale Kosten beinhalten die Summe aller direkten und veranlassten Kosten der Arztpraxis. Sie werden aufgeteilt in Arztkosten (Summe der erbrachten Tarmed-Leistungen), Medikamente (direkt abgegebene Medikamente und veranlasste Medikamentenkosten), Labor (direkte im Praxislabor und veranlasste Laborkosten), Physiotherapie (veranlasste Kosten für Physiotherapie) und übrige Kosten. Die übrigen Kosten beinhalten alle direkt von der Arztpraxis generierten Kosten, welche nicht über den Tarmed definiert sind (z.B. Tarmed-Pauschalen) und die direkten und veranlasste Kosten für Mittel und Gegenstände (MiGeL).

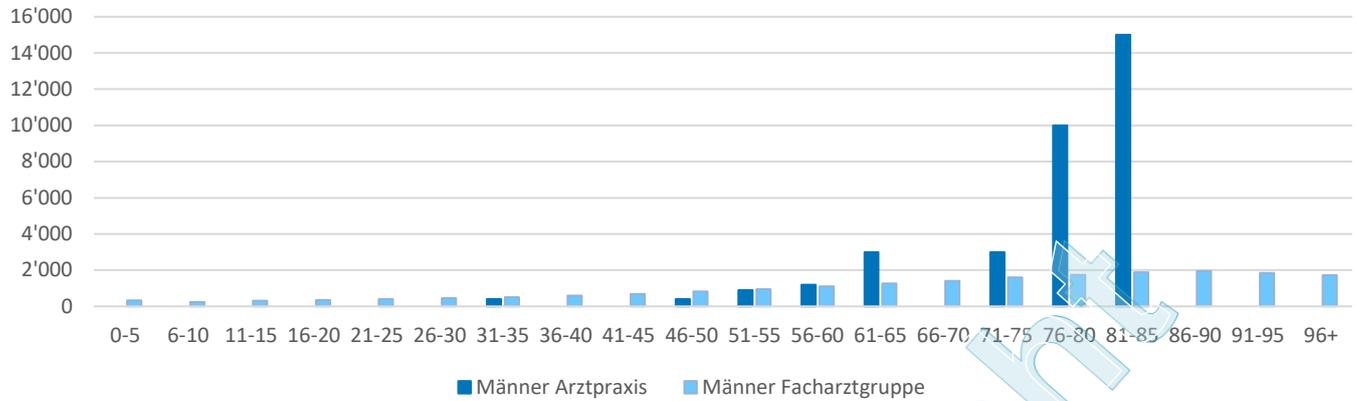
Statistikjahr	2016	2017	2018	2019	2020
Gruppe (Facharztgruppe gem. Zahlstellenregister)	53	53	53	53	53
Gruppengrösse (Anzahl ZSR-Nr. in Facharztgruppe)	1'253	1'301	1'239	1'251	1'199
Anzahl Erkrankte	1'080	1'020	1'060	990	950
Anzahl Erkrankte in Gruppe	605	620	610	600	610
Grundleistungen (Summe aller Patientenkontakte)	5'400	5'300	5'200	5'700	5'400
Hausbesuche (Patientenkontakte ausserhalb der Praxis)	150	140	90	70	90
Konsultationen (Patientenkontakte in der Praxis/Telefon)	5'250	5'160	5'110	5'630	5'310
Durchschn. Grundleistungen pro Erkr.	5.0	5.2	4.9	5.8	5.7
Durchschn. Grundleistungen pro Erkr. Gruppe	3.7	3.6	3.9	4.0	3.8
Totale Kosten (direkt und veranlasst)	1'347'000	1'367'500	1'377'000	1'317'000	1'316'500
Totale direkte Kosten	1'018'500	1'030'750	1'023'500	951'000	926'250
Totale veranlasste Kosten	328'500	336'750	353'500	366'000	390'250
Durchschn. Totale Kosten pro Erkrankten	1'247	1'341	1'299	1'330	1'386
Durchschn. Totale Kosten pro Erkr. (TPW-korr.) ³	1'208	1'300	1'261	1'293	1'349
Durchschn. Totale Kosten pro Erkr. (TPW-korr.) Gruppe	919	935	956	956	955
Arztkosten (direkt)	570'000	560'000	540'000	490'000	470'000
Durchschn. Arztkosten pro Grundleistung (Grundl.)	106	106	104	86	87
Durchschn. erbrachte Taxpunkte pro Grundl.	110	110	108	90	91
Durchschn. erbrachte Taxpunkte pro Grundl. Gruppe	105	107	96	94	98
Durchschn. Arztkosten pro Erkrankten	528	549	509	495	495
Durchschn. erbrachte Taxpunkte pro Erkr.	550	572	531	516	515
Durchschn. erbrachte Taxpunkte pro Erkr. Gruppe	388	388	376	373	367
Medikamente (direkt und veranlasst)	520'000	550'000	560'000	520'000	500'000
direkt abgegebene Medikamentenkosten	390'000	412'500	420'000	390'000	375'000
Durchschn. totale Medikamentenkosten pro Erkr.	481	539	528	525	526
Durchschn. totale Medikamentenkosten pro Erkr. Gruppe	353	360	369	367	374
Labor (direkt und veranlasst)	230'000	230'000	250'000	280'000	320'000
direkt erbrachte Laborleistungen (Praxislabor)	57'500	57'500	62'500	70'000	80'000
Durchschn. totale Laborkosten pro Erkr.	213	225	236	283	337
Durchschn. totale Laborkosten pro Erkr. Gruppe	126	134	138	141	144
Physiotherapie (direkt und veranlasst)	25'000	26'000	25'000	25'000	24'000
direkt erbrachten Physiotherapieleistungen	0	0	0	0	0
Durchschn. totale Physioleistungen pro Erkr.	23	25	24	25	25
Durchschn. totale Physioleistungen pro Erkr. Gruppe	66	69	75	81	79
Übrige Kosten (inkl. MiGeL)	2'000	1'500	2'000	2'000	2'500

³ TPW-korr. steht für TARMED-Taxpunktwert Korrektur

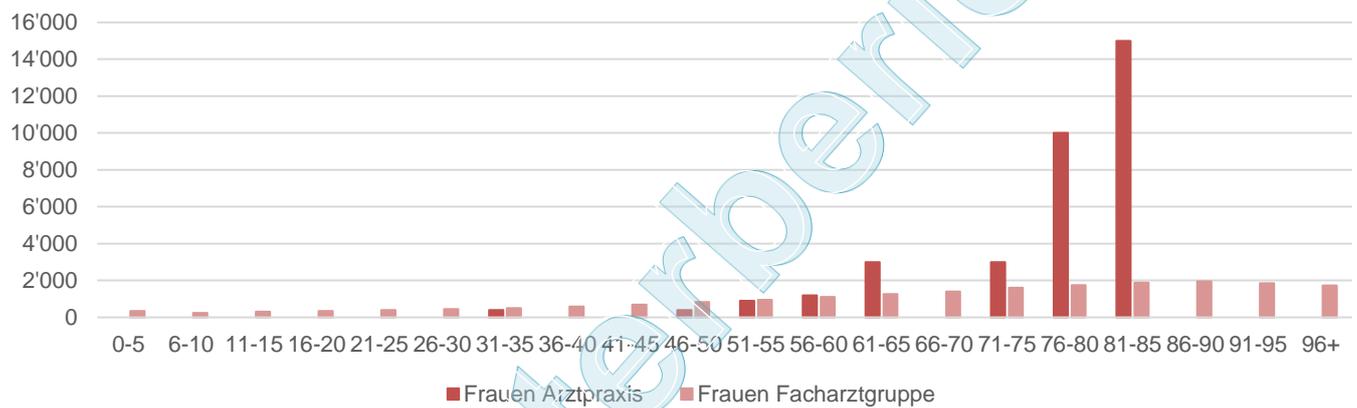
Totalkosten nach Alters- und Geschlechtergruppen

Diese Grafiken zeigen die Verteilung der totalen Kosten nach Geschlecht pro Erkrankten bei der Arztpraxis (dunkelblau bei männlichen Erkrankten bzw. dunkelrot bei weiblichen Erkrankten) im Vergleich zur entsprechenden Facharztgruppe (hellblau bei männlichen Erkrankten bzw. hellrot bei weiblichen Erkrankten).

Männer: Totalkosten nach Altersgruppen



Frauen: Totalkosten nach Altersgruppen



Morbiditätsindikatoren

Morbiditätsindikatoren Spitalaufenthalt Vorjahr und Franchise

Versicherte wählen zwischen sechs Franchisestufen. Für die Regressionsanalyse werden diese in zwei Gruppen zusammengefasst: «niedrig» (ordentliche und erste Wahlfranchise; bei Erwachsenen CHF 300 und CHF 500), und «hoch» (grösser als CHF 500). Eine tiefere Wahlfranchise lässt auf ein morbideres Patientengut schliessen.

Der Indikator «Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr» gibt an, ob der Patient im Vorjahr einen stationären Aufenthalt von mindestens drei aufeinanderfolgenden Nächten hatte. Dieses Morbiditätskriterium hat in der Regel einen positiven Einfluss auf die Kosten pro Patient.

Spitalaufenthalt Vorjahr und Franchise	2016	2017	2018	2019	2020
Anteil Konsultationen mit hoher Franchise	48.8%	48.3%	48.6%	50.0%	51.2%
Anteil Konsultationen mit hoher Franchise Gruppe	48.8%	48.7%	49.7%	50.1%	50.2%
Anteil Erkrankte mit Spital- / Pflegeheimaufenthalt im Vorjahr	10.5%	10.5%	10.5%	10.5%	10.5%
Anteil Erkrankte mit Spital- / Pflegeheimaufenthalt im Vorjahr Gruppe	10.5%	10.5%	10.5%	10.5%	10.5%

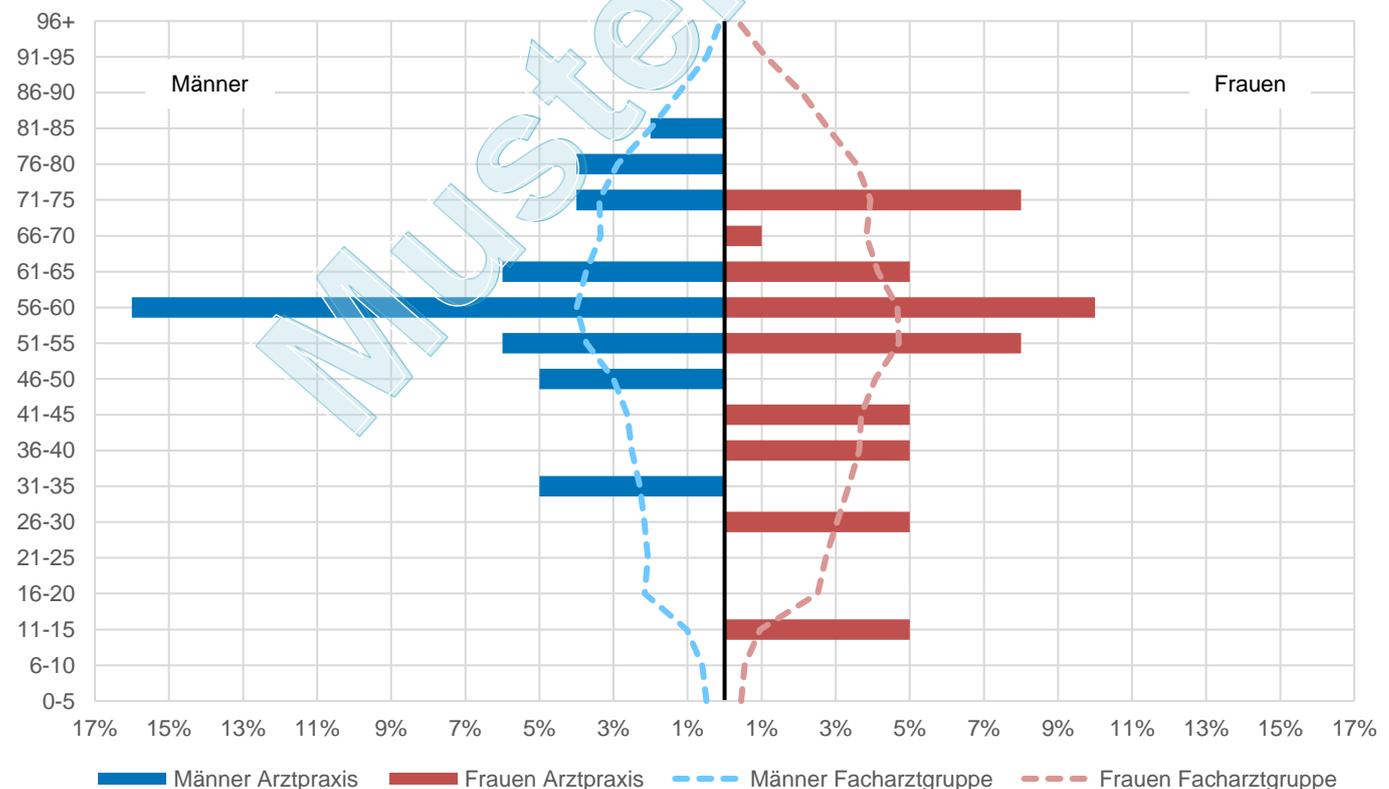
Morbiditätsindikatoren Alter und Geschlecht

Der Einfluss dieses Faktors variiert je nach Facharztgruppe.

Durchschnittsalter und Geschlecht	2016	2017	2018	2019	2020
Durchschnittsalter Erkrankte	48.8	48.3	48.6	50.0	51.2
Durchschnittsalter Erkrankte in Gruppe	48.8	48.7	49.7	50.1	50.2
Anteil weibliche Patienten	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
Anteil weibliche Patienten in Gruppe	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%

Alters- und Geschlechtsverteilung der Erkrankten

Die folgende Grafik zeigt die prozentuale Verteilung der Erkrankten bei der Arztpraxis beziehungsweise bei der entsprechenden Facharztgruppe. Die Balken repräsentieren die prozentualen Anteile der weiblichen (rote Balken) und männlichen (blaue Balken) Erkrankten pro Alterskategorie in der Arztpraxis. Die gestrichelten Linien repräsentieren die prozentualen Anteile der weiblichen (rote Linie) und männlichen (blaue Linie) Erkrankten pro Alterskategorie in der Facharztgruppe (national).



Morbiditätsindikatoren PCG – Pharmaceutical Cost Groups

Mit pharmazeutischen Kostengruppen wird die Häufigkeit bestimmter chronischer Krankheiten in einem Patientenkollektiv indirekt über Indikatoren abgebildet, die auf Medikamentenabrechnungen beruhen. Dieses Kriterium ermöglicht direkte Rückschlüsse auf die Morbidität des Patientenguts. Das Klassifikationssystem der PCG wird vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) erstellt und regelmässig aktualisiert. Es wird auch für den Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern verwendet.

Das Kürzel DDD steht für Defined Daily Dose und ist pro Erkrankten je PCG angegeben. Damit eine PCG statistisch berücksichtigt werden kann, muss diese Medikamentengruppe von einer Mindestanzahl Ärzte der Facharztgruppe angewendet werden. Wenn ein PCG in Ihrer Facharztgruppe im Regressionsindex berücksichtigt ist, wird dies in der letzten Spalte mit Ja gekennzeichnet.

PCG – Pharmaceutical Cost Groups	DDD ⁴ /Erk. Arzt	DDD ⁴ /Erk. Gruppe	PCG in Gruppe berücksichtigt
1 ABH - Sucht ohne Nikotin	0.2	0.2	ja
2 ADH - ADHS	0.4	0.4	ja
3 AIK - Autoimmunkrankheiten	0.1	0.1	nein
4 ALZ - Alzheimer	0.4	0.4	ja
5 AST - Asthma	1	5.2	ja
6 BSR - Bipolare Störung regulär	0.1	0.1	nein
7 CAR - Herzerkrankungen	2.5	1.9	ja
8 COP - COPD / Schweres Asthma	1.5	2.2	ja
9 DEP - Depression	21.9	12.9	ja
10 DM1 - Diabetes Typ-1	3.8	2.4	ja
11 DM2 - Diabetes Typ-2	8.6	14.4	ja
12 EPI - Epilepsie	1	1.6	ja
13 GLA - Glaukom	1	0.7	ja
14 HCH - Hohes Cholesterin	40.9	34.1	ja
15 HIV - HIV / AIDS	0.1	0.1	nein
16 HYP - Hypertonie	59	73.7	ja
17 KHO - Hormonsensitive Tumore	0.3	0.3	ja
18 KRE - Krebs ⁴	0	0.0	nein
19 KRK - Krebs komplex ⁴	0	0.0	nein
20 MCR - Morbus Crohn / Colitis ulcerosa	0.4	0.4	ja
21 MSK - Multiple Sklerose	0	0.0	nein
22 NIE - Nierenerkrankung	0.1	0.1	nein
23 PAH - Pulmonale (arterielle) Hypertonie	0	0.0	nein
24 PAR - Morbus Parkinson	0.6	0.7	ja
25 PSO - Psoriasis	0.2	0.3	ja
26 PSY - Psychose	1.5	1.5	ja
27 RHE - Rheuma	0.3	0.4	ja
28 SMC - Chronische Schmerzen ohne Opiode	7.4	9.2	ja
29 SMN - Neuropathischer Schmerz	1.4	1.0	ja
30 THY - Schilddrüsenerkrankungen	7.2	6.0	ja
31 TRA - Transplantationen	0.1	0.1	nein
32 WAS - Wachstumsstörung	0	0.0	nein
33 ZFP - Zystische Fibrose / Pankreasenzyme	0.2	0.2	nein
34 ZNS - Krankheiten des zentr. Nervensystems ohne MS	0.3	1.0	ja

⁴ Das BAG legt die Mindestgrenze im Risikoausgleich für KRE und KRK nicht mehr in DDD fest, sondern in Anzahl Packungen. Im Gegensatz zu den übrigen PCG beziehen sich die Werte für KRE und KRK somit auf die Anzahl Packungen.