

15 Jahre NewIndex

Die Erfolgsgeschichte der ärzte-eigenen Datensammlung

Stephan Waser^a, Andreas Haefeli^b, Andreas Bühler^c, Philip Moline^d

^a Data & Project Manager, NewIndex AG; ^b Ehemaliger Verwaltungsratspräsident NewIndex AG; ^c Ehemaliger Systemarchitekt TrustX;

^d General Manager, NewIndex AG

Die Gründerjahre: Pionierarbeit auf schwierigem Terrain

Als sich um die Jahrtausendwende die Ablösung der «Basartarife» durch die Einführung des TARMED am Horizont abzeichnete, erkannten weitblickende Vertreter der Ärzteschaft den dringenden Bedarf, eine ärzteigene Datensammlung ins Leben zu rufen. Ein wichtiges Ziel war dabei die Datenparität mit dem damaligen Konkordat der Krankenkassen im Hinblick auf die zukünftigen Taxpunktverhandlungen.

Bereits Ende 2002 konnte ein flächendeckendes Netz von zwölf Trust Centern vermeldet werden.

Gleichzeitig sollten die angeschlossenen Ärzte die Möglichkeit erhalten, ihr Abrechnungsverhalten im Vergleich zu den Kollegen zu spiegeln, um so weniger Gefahr zu laufen, in Rückforderungsverfahren verwickelt zu werden. Auch sollten zukünftig die Ärzte in allfälligen Rückforderungsverfahren auf Basis von eigenen Zahlen argumentieren können.

Dies führte zur Gründung der Firma NewIndex AG, die mit damaligem Sitz in Baden-Dättwil am 26. Mai 2000 ins Handelsregister eingetragen wurde. Unter der Leitung des langjährigen Verwaltungsratspräsidenten, Dr. med. Andreas Haefeli, wurde festgelegt, dass sich die Firma im Besitz der kantonalen Ärztesellschaften (Mehrheit), der FMH sowie der Ärztekasse als Management Partner befinden soll. Die Besitzverhältnisse wurden mittels eines Aktionärsbindungsvertrages abgesichert.

Der Zweck von NewIndex wurde in den Statuten verankert, nämlich die Unterstützung der kantonalen und nationalen Organisationen der Ärzteschaft bei der Einführung und Anwendung der neuen Arzttarife. Dazu sollte sie im Auftrag der Trägerschaft und in enger Zusammenarbeit mit dem Management Partner die Mittel zur Sammlung und statistischen Auswertung der Abrechnungsdaten sicherstellen.

Nach der konstituierenden Phase schuf man unter dem Lead von NewIndex und den kantonalen Ärztesellschaften ab 2001 die operativen Grundlagen für

die nationale Datensammlung. Um eine optimale Kundennähe und Vertrauenswürdigkeit zu garantieren, entschied der Verwaltungsrat von NewIndex, dezentrale und von den kantonalen Ärztesellschaften mandatierte Trust Center aufzubauen. Bis heute fungieren diese als primärer Ansprechpartner der Praxisärzte bei der Datensammlung. Auf Initiative des damaligen NewIndex-Verwaltungsratsdelegierten Philip Baumann und des Geschäftsführers der Ärztekasse, Toni Prantl, entwickelte ein rund vierzigköpfiges Team aus sieben verschiedenen Firmen unter der Leitung von Andreas Bühler ein gemeinsames Softwaresystem für alle Trust Center und die Nationale Konsolidierung (NAKO). Es erhielt den Namen TrustX und ist bis heute das technische Kernelement der Nationalen Konsolidierung geblieben. Bereits Ende 2002 konnte ein flächendeckendes Netz von zwölf Trust Centern vermeldet werden. Dr. med. Roland Schwarz, damals Präsident der Ärztesgesellschaft Baselland, erinnert an die zentrale Rolle der Trust Center bei der Einrichtung der Datensammlung und dem Aufbau des Vertrauens in die ärzteigene Datensammlung.

Es ist sicher auch erwähnenswert, dass ohne die Vorleistungen der Ärztekasse das Projekt der ärzteigenen Datensammlung kaum hätte umgesetzt werden können.

Mehr als eine Milliarde Datensätze standen zur Verfügung.

Um den Informationsbedürfnissen der Ärzteschaft rasch entsprechen zu können, wurde 2003 im Hinblick auf die kommende Kostenneutralitätsphase der erste Online-Praxispiegel für TrustX entwickelt. Er ermöglichte Vergleiche mit Referenzkollektiven und gab dadurch jedem Einzelnen Transparenz und Sicherheit bezüglich seiner Umsatzentwicklung im Vergleich zu seinen Kollegen und war damit ein wichtiges Element in der Kostensteuerung während der Kostenneutralitätsphase.

Das Jahr 2004 wurde mit der Einführung des TARMED und der damit verbundenen Koppelung an eine andert-halb-jährige Phase der Kostenneutralität zum Jahr der

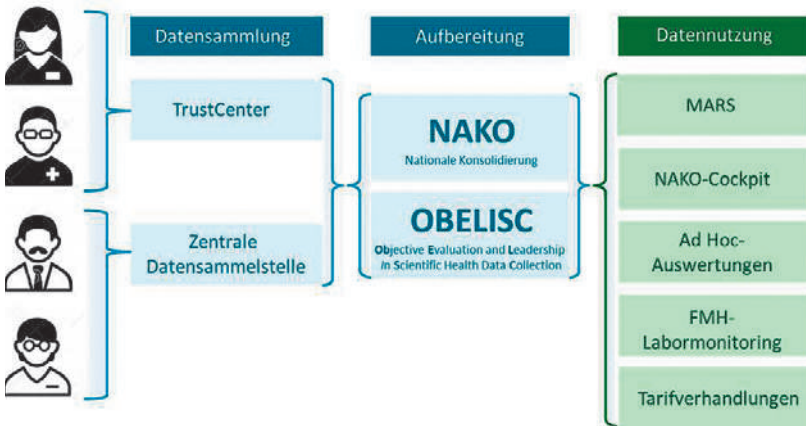


Abbildung 1: Datenfluss.

Wahrheit für die NewIndex AG. Rasch zeigte sich, dass sich die intensive und von viel Idealismus geprägte Vorarbeit bezahlt machte. Im eigens eingerichteten paritätischen Kostenneutralitätsbüro gelang es den Vertretern der FMH und der G7 (später KKA) dank der ärztlichen Datensammlung von Anfang an, die Datenparität zur Steuerung der Taxpunktwerte umzusetzen und einseitige Abwertungen faktenbasiert abzuwenden. Wie der damalige FMH-Delegierte und spätere NewIndex-Verwaltungsratspräsident Dr. med. Urs Stoffel berichtete, spielte NewIndex dabei eine zentrale Rolle bei der Datenaufbereitung und -analyse.

Ausbau und Konsolidierung

Die folgenden Jahre standen für NewIndex neben der Konsolidierung des bisher Erreichten im Zeichen des weiteren Ausbaus der Dienstleistungen. Mit den sog. NAKO-Tools entwickelte man für die kantonalen und nationalen Verbände der Schweizer Ärzteschaft eine webbasierte Online-Auswertungsmöglichkeit der ärztlichen Daten. Die NAKO-Tools erwiesen sich

beim Übergang von der Kostenneutralitätsphase in die Leistungs- und Kostenvereinbarung (LeiKoV) als wertvoll für die Wahrung der Interessen der Ärzteschaft. Der Firmensitz wurde 2006 nach Winterthur verlegt, um die Synergien mit dem Betreiber der TrustX-Software, der TrustX Management AG (TMA), besser nutzen zu können.

Inzwischen hatten sich über 9500 Praxen dazu entschlossen, ihre Daten der Nationalen Konsolidierung zur Verfügung zu stellen. Mehr als eine Milliarde Datensätze standen zur Verfügung. Dadurch erhöhte sich auch die Nachfrage nach Analysen durch Dritte wie z.B. Universitäre Institute und Behörden. Um die Vereinbarkeit mit dem Datenschutz zu gewährleisten, wurde das sog. NAKO-Gremium ins Leben gerufen. Dieses bestand aus Vertretern der verschiedenen Dachverbände der Ärzteschaft und weiteren, mit der Thematik vertrauten, unabhängigen Fachpersonen. Das NAKO-Gremium entscheidet bis heute über die Zulässigkeit von Auswertungen unter dem Aspekt des

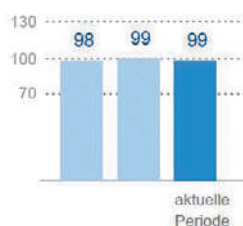
Ein wichtiger Meilenstein in der Geschichte von NewIndex war deshalb 2012 die Lancierung des Projektes OBELISC.

Datenschutzes und sichert die Interessenwahrung der gesamten Schweizer Ärzteschaft.

Aber auch die Ansprüche der Ärzteschaft an die Auswertungsmöglichkeiten des eigenen Datenpools hatten sich in den vergangenen Jahren weiterentwickelt. Neben der Datenparität in Tarifverhandlungen trat nun auch das Bedürfnis nach Themenführerschaft in der Versorgungsplanung und der zukünftigen Ausgestaltung des Gesundheitssystems in den Vordergrund. Ein wichtiger Meilenstein in der Geschichte von NewIndex war deshalb 2012 die Lancierung des Projektes OBELISC (Objective Evaluation and Leadership In Scientific health data Collection). Mit dieser neuen

WZW-Index – KVG Pflichtleistungen

Entwicklung WZW-Index über die letzten 36 Monate



WZW Index und Grundgrössen

KVG Pflichtleistungen	Praxis			Ref.kollektiv	
	Vorperiode	Aktuell	Veränd.	Vorperiode	Aktuell
WZW-Index	99	99	-0.6 %	-	-
Umsatz [in 1'000 CHF]	915	878	-4.0 %	560	573
Anteil am Gesamtumsatz 1)	92 %	93 %	+0	93 %	93 %
Anzahl Patienten	1'693	1'644	-2.9 %	1'028	1'060
Umsatz pro Patient [CHF]	540	534	-1.2 %	544	541

1) Anteil KVG Pflichtleistungen am Gesamtumsatz (alle Tarife und Leistungen)

Abbildung 2: WZW-Index: Ausschnitt aus dem Praxisspiegel.

Datenbank schuf NewIndex die Basis, um auch in Zukunft alle relevanten Auswertungen und Studien für die Schweizer Ärzteschaft erstellen zu können. Dazu gehört zum Beispiel der Bereich Versorgungsforschung.

Heute haben bereits über 4500 Ärzte ihre Daten für OBELISC freigegeben (Abb. 1).

Ein weiteres, ab 2005 stark aufkommendes Thema waren die Verfahren zur Wirtschaftlichkeitsprüfung, die sog. WZW-Verfahren, die *santésuisse* zunehmend lancierte. Einerseits entsprach *santésuisse* im Mandat der Krankenversicherer damit dem gesetzlichen Auftrag, andererseits wurden das dabei von *santésuisse* angewandte sog. ANOVA-Verfahren und die für einen Praxisarzt z.T. existenzbedrohenden Rückforderungsansprüche von verschiedener Seite stark kritisiert. Im Auftrag der NewIndex entwickelte die TrustX Management AG zusammen mit den Trust Centern in diesem Zusammenhang ein Warnsystem, das dem Praxisarzt im Praxisspiegel einen WZW-relevanten Vergleich zu seinem Referenzkollektiv ermöglichte (Abb. 2). Parallel dazu schuf man ein Instrumentarium, das es erlaubte, Besonderheiten einer Praxis oder ihres Patientengutes zu identifizieren, welche ein überdurchschnittliches Kostenniveau verursachten. Mit diesen Argumenten konnten dann die überdurchschnittlichen Kosten erklärt werden. Diese Dienstleistungen kamen, getragen von der hervorragenden Datenqualität und der ausgezeichneten Repräsentativität des Datenpools, seither immer wieder erfolgreich in WZW-Verfahren vor Gericht zur Verteidigung von Ärzten zum Einsatz.

Auf der firmenstrategischen Seite schuf der Verwaltungsrat im Jahr 2008 die Voraussetzungen, um NewIndex von einer mandatierten Projektorganisation mit starker Anlehnung an den Management-Partner BlueCare in eine operativ eigenständige Organisation mit eigenem Kompetenzteam überführen zu können. Dazu wurde die Position des NewIndex-Geschäftsführers geschaffen und im Jahr 2010 der Firmensitz nach Olten verlegt, um durch die geographische Nähe zum Tarifdienst der FMH noch vermehrt Synergien nutzen zu können. Nach einer kurzen Phase des Übergangs, in der die NewIndex durch Christoph Napierala auf eigene Beine gestellt wurde, konnte für diese strategische Neuausrichtung Dr. Renato Laffranchi gewonnen werden, der mit seiner effizienten Geschäftsführung ab 2011 erfolgreich die internen Kompetenzen der NewIndex aufbaute und zukunftsweisende Projekte initiierte.

Im Jahr 2013 übergab der langjährige Präsident des Verwaltungsrates und Gründungsmitglied der NewIndex AG, Dr. med. Andreas Haefeli, das Zepter an Dr. med.

Urs Stoffel. Als Mitglied des Zentralvorstandes der FMH, Leiter der Abteilung eHealth und seit März 2015 auch Leiter Ambulante Tarife und Verträge verkörpert der ehemalige Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich die enge Verbindung der NewIndex AG zu den Ärzteorganisationen.

Auch im 2014 wuchs die NewIndex AG aufgrund der 2012 eingeleiteten Neuausrichtung weiter. Die strategische Ausrichtung konnte weiter geschärft und entsprechende Projekte z.B. im Bereich Versorgungsforschung konnten implementiert werden.

Das Jubiläumsjahr 2015 brachte einen Wechsel in der Geschäftsführung mit sich. Dr. Philip Moline übernahm die Leitung und baute das Team mit zwei neu eingestellten Data & Project Managern weiter aus. Als langjähriger Mitarbeiter der NewIndex AG war er bereits mit den spezifischen Themen der Kunden und Partner vertraut, und so gelang der NewIndex ein nahezu reibungsloser Übergang ohne Tempoverlust. Trotz des personellen Ausbaus bleiben die Strukturen von NewIndex dank Kooperationen mit den langjährigen Partnern und dem Nutzen von Synergien weiterhin schlank.

In den Fokus rückte auch zunehmend die Revision des Ärztetarifs (TARVISION), die sich im fortgeschrittenen Stadium befindet.

Gemäss den vom Aktionariat definierten Aufgaben unterstützt NewIndex die Ärzteorganisationen mit spezifischen Auswertungen und Analysen aus dem ärzteigenen Datenpool, mit dem Ziel, zu Lösungen bei wichtigen standespolitischen Anliegen und Forderungen beizutragen.

Auch auf der technischen Seite bestehen weiterhin Kooperationen mit Partnern wie der TMA, den Trust Centern, der Ärztekasse und Intermediären.

Der Blick in die Kristallkugel: die Zukunft der Datensammlung

So wie der Trend zu evidenzbasierter Medizin geht, wird man sich auch im Gesundheitswesen zunehmend auf faktenbasierte Entscheide stützen. Der politische Druck bezüglich Qualitäts- und Kostenkontrolle ist bereits heute deutlich spürbar, und er wird mit Sicherheit weiter zunehmen. Der Bund scheint bestrebt zu sein, die Zukunft des Schweizer Gesundheitswesens vermehrt über datengestützte Entscheide zu steuern. Davon zeugt z.B. das Projekt MARS des Bundesamtes für Statistik (BFS), das die Einführung einer umfassenden Statistik zur ambulanten Gesundheitsversorgung bezweckt. Die FMH hat zusammen mit der Ärztekasse

Identifying chronic conditions using anonymized medical invoice data



Philip Moline¹, Stephan Waser², Michel Schaffner³

1. Introduction

The cost profile of office-based physicians is strongly determined by the mix of specific health conditions among their patient population and the therapeutic approach chosen. The PCG (Pharmaceutical Cost Group)-model we use is based on the model of the Dutch Government used for risk equalization between competing health insurers. It applies specific types of medication prescribed to individuals as markers for chronic conditions. Here we evaluate the correlation between the specific mix of chronic conditions and the corresponding cost accrued among patients of individual office-based physicians.

2. Methods and Results

Our proof of concept study is based on anonymized medical invoice data from office-based, self-dispensing physicians, available in the NewIndex-data pool. In our model we present preliminary evidence that invoice data from office-based physicians allow to identify the number of chronic conditions among patients, using an established set of PCGs which have been shown to correlate with high therapeutic costs. Prescribed medication is identified by its ATC code and grouped into the corresponding PCG, resulting in the number of related chronic conditions. Cost estimates are done multiplying this number with the specific cost weight or with invoiced cost resulting from the ambulatory sector only (NewIndex-data pool) respectively. Cost weights represent the monthly additional treatment cost of a PCG compared to its specific reference group and are based on all cost paid by the insurance as part of the mandatory health care insurance (MHI).

Patients attributed to PCGs are linked to disproportionately higher cost (Fig. 1). PCG-patients and non-PCG patients of all self-dispensing, office-based physicians (all specialties) were identified by the ATC-codes of the prescribed medication. All invoices from the ambulatory sector (NewIndex-data pool) linked to a patient were included. As shown in Fig. 1, 22% of all patients were PCG-patients, but contributing to 80% of the total cost.

Identification of PCG-patients among the patient population of self-dispensing, office-based physicians results in a specific cost pattern (Fig. 2 and 4).

The patient population of self-dispensing, office-based general practitioners were screened for PCG-patients. The number of patients per PCG was multiplied with the specific cost weight of the PCG. The cost weight represents the monthly additional treatment cost of a PCG compared to its specific reference group. It can be used as a measure for the expected additional cost to be paid by the mandatory health care insurance. This calculation results in a specific patient cost pattern per physician as illustrated for two randomly chosen practitioners.

PCG-patients are linked to disproportionately higher cost than non-PCG patients, also in a single physician evaluation (Fig. 3 and 5).

These figures show the distribution of cost linked to PCG and non-PCG patients of the same physicians used for Fig. 3 and 4. In this calculation, all invoiced cost from the ambulatory sector (NewIndex-data pool) were calculated per patient.

Variation of cost per PCG per patient (Fig. 6)

This distribution of cost per patient within a specific PCG was calculated based on all invoiced cost from the ambulatory sector (NewIndex-data pool). The data cover the patients of all self-dispensing, office-based physicians and all specialties.

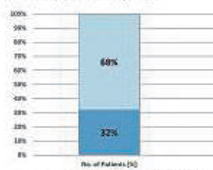


Figure 1: Patients attributed to PCGs are linked to disproportionately higher costs. The comparison of patient structure and cost structure depending on presence of PCG (all office-based physicians in Switzerland, for physicians that dispense medication; invoice data, NewIndex-data pool)

3. Conclusions

Our data show that, using an established PCG-model, medical invoice data have the potential to infer the medical condition of patients treated by office-based physicians. Thus, by using the cost weight per PCG and the number of patients per PCG as inferred from the NewIndex-data pool, an estimation of the additional cost for the mandatory health care insurance caused by these patients can be calculated.

In addition, using the invoice data from the NewIndex-data pool, the prevalence of PCG patients and the cost distribution of PCG- vs. non-PCG patients can be calculated. The specific patient mix results in a different prevalence of PCGs and that in an individual cost pattern per office-based physician. However, the absolute cost is significantly lower in our study compared to reported cost weights per PCG, since cost from the hospital inpatient and hospital ambulatory sector are not included.

Our approach will be further refined by adding the normalization of PCGs used in the Dutch model and including criteria such as chronology, age and gender, as well as evaluating the impact of multiple PCGs per patient on cost in the ambulatory sector.

¹ M. Moline, M.D., M.Sc., Co-ordinator der ambulanten PCG auf Schweizer Kantonsbasis, Studie im Auftrag des SAMW

² S. Waser, M.D., M.Sc., Co-ordinator der ambulanten PCG auf Schweizer Kantonsbasis, Studie im Auftrag des SAMW

³ M. Schaffner, M.D., M.Sc., Co-ordinator der ambulanten PCG auf Schweizer Kantonsbasis, Studie im Auftrag des SAMW

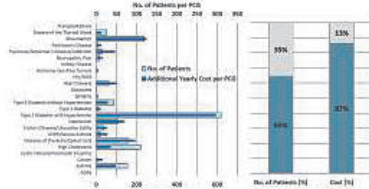


Figure 2: The prevalence of PCG-patients results in a specific cost pattern regarding number of patients and expected additional annual cost per PCG (randomly selected general practitioner number 1, calculated with cost weights).

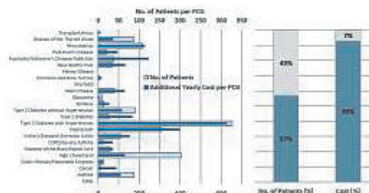


Figure 4: The prevalence of PCG-patients results in a specific cost pattern regarding number of patients and expected additional annual cost per PCG (randomly selected general practitioner number 2, calculated with cost weights).

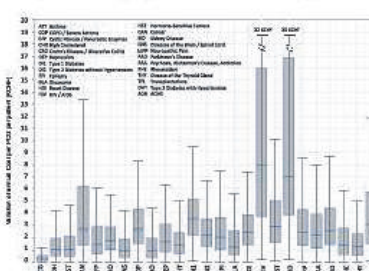


Figure 6: Bar-whisker plot showing the variation of invoiced cost (ambulatory sector only, NewIndex-data pool) per patient for each of the evaluated PCG and in comparison cost per patient without PCG ("no PCG"). For the visualization we excluded outliers by choosing 1.5xIQR as the cut off point for the whisker.

The authors


 Dr. Philip Moline
 General Manager
 philip.moline@newindex.ch


 Dr. Stephan Waser
 Data and Project Manager
 stephan.waser@newindex.ch


 Michel Schaffner, M.D., M.Sc.
 Data and Project Manager
 michel.schaffner@newindex.ch



2015 Years
 Your Partner
 NewIndex AG
 Leberngasse 19
 4600 Olten
 T +41 260 82 82

Selbstverständlich wird auch in Zukunft die Schaffung der Datengrundlage für die Taxpunktwertverhandlungen eine wichtige Aufgabe und Kernkompetenz der NewIndex bleiben.

Die Tiefe und Breite der nationalen Datensammlung und deren Ausbau zusammen mit allen Partnern werden nach wie vor ein primäres Ziel von NewIndex sein. In diesem Zusammenhang wurde NewIndex von kantonalen Ärztesgesellschaften gebeten, eine Zusatzmöglichkeit für die Datenlieferung durch Praxisärzte zu schaffen. Sie soll die bewährte und erfolgreiche Anlieferung über die Trust Center, welche nach wie vor dem «golden standard» entspricht, ergänzen und die Einführung einer mit dem Wettbewerbsrecht konformen Datenlieferungspflicht in den Kantonen erlauben. Mit Unterstützung und in enger Zusammenarbeit mit der spezialisierten Softwarefirma Arpage und der Ärzteskasse entstand als Antwort darauf die Zentrale Datensammelstelle, die als Ergänzung zur bisherigen Anlieferung in Zukunft den Ärztesgesellschaften helfen soll, zusätzliche Mitglieder für die Datensammlung zu gewinnen. In einer Zeit, in der die Tarifpartner auch die Qualität der in den Verhandlungen verwendeten Daten angreifen, ist es zunehmend wichtig, über alle Fachspezialitäten und Praxisstrukturen hinweg die Repräsentativität der ärztlichen Daten weiter zu verbessern und auszubauen.

Ein weiteres wichtiges Entwicklungsgebiet für die NewIndex wird die Verfeinerung der WZW-Analysen sein im Zusammenhang mit den neuen WZW-Verfahren. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf der Erstellung von Morbiditätsprofilen mittels Pharmaceutical Cost Groups (PCG) liegen (Abb. 3).

Der Bereich Versorgungsforschung wird weiter ausgebaut werden. Voraussetzung für die aktive Rolle der NewIndex auf diesem sehr aktuellen Gebiet ist eine breite Abstützung der OBELISC-Datenbank durch die Ärzteschaft. Die Themen werden NewIndex somit auch in Zukunft nicht ausgehen. Die ärztliche Datensammlung wird auch weiterhin das Rückgrat der Interessenwahrung der Ärzteschaft bleiben.

Bildnachweise
 © NewIndex

Korrespondenz:
 NewIndex AG
 Leberngasse 19
 CH-4600 Olten
 Tel. 062 216 92 92
 info[at]newindex.ch

und NewIndex ein Projekt entwickelt, das ihre Mitglieder bei der Erfüllung ihrer Datenlieferpflicht gegenüber dem BFS unterstützen und entlasten kann. In den Fokus rückte auch zunehmend die Revision des Ärztetarifs (TARVISION), die sich im fortgeschrittenen Stadium befindet. Hier wird die NewIndex AG weiterhin stark in die Neugestaltung von Berechnungsmodellen zur optimaleren und gerechteren Bewertung der Kostensituation involviert sein.