



Zielbild für ein nutzenorientiertes Gesundheitswesen in der Schweiz

**Konzeptionelle Grundlagen, Praxisbeispiele
und konkrete Handlungsempfehlungen für
Value-based Healthcare**

Vorwort	3
Zusammenfassung	5
Ausgangslage	7
Was VBHC ist und bewirkt	8
Sechs Hebel zur Umsetzung von VBHC	11
Schweizer Gesundheitswesen gefordert	15
Schleppende Transformation	17
Dringlichkeit und Potenzial von VBHC	21
Das VBHC-Framework von PwC	23
Ein Modell für die Zukunft	24
Patient:innen im Mittelpunkt	27
Handlungsempfehlungen für die Umsetzung von VBHC	31
Für Leistungserbringer	32
Für Produzenten	40
Für Versicherer	44
Regulatorische Grundlagen für die Umsetzung von VBHC	49
Handlungsimpulse für den Gesetzgeber	50
Unser Zielbild 2035	54
Endnoten	57
Ihre Ansprechpersonen	58

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser

Das Schweizer Gesundheitswesen zählt zu den besten weltweit. Im jüngsten Euro Health Consumer Index¹ steht es unbestritten auf dem Siegerpodest. Es besticht durch einen offenen Zugang, hohe Behandlungserfolge und gut informierte Patient:innen. Diese Goldmedaille hat eine Kehrseite: Die Schweiz unterhält eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt.

Schon lange sind die beteiligten Gesundheitsakteure bestrebt, ihren Podestplatz zu verteidigen. Sie wollten mehr Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erreichen. Allerdings resultierten daraus systemische Fehlanreize und ein ausgeprägter Mengenwettbewerb. Viele Lösungen wurden entwickelt und weiterverfolgt; doch bisher hat noch keine den Durchbruch erzielt.

Vor diesem Hintergrund ist die vorliegende Publikation entstanden. Hier haben wir ein Zielbild für ein qualitäts- und patientenzentriertes Gesundheitssystem formuliert und für deren Umsetzung das Value-based Healthcare (VBHC) Framework von PwC entwickelt. Dieses Rahmenwerk geht aus dem renommierten Ansatz der US-amerikanischen Autor:innen Elisabeth O. Teisberg und Michael E. Porter aus dem Jahr 2006 hervor.² Mit dem VBHC-Framework von PwC streben wir mehr Qualität in der gesamtsystemischen Versorgung und einen höheren Patientennutzen bei sinkenden Kosten an.

Gemeinsam mit Ihnen bieten wir den vielschichtigen Herausforderungen wie demografischen Entwicklungen, der steigenden Multimorbidität, dem raschen technologischen Wandel, einer immer komplexeren Regulierung, dem zunehmenden Fachkräftemangel und den steigenden Kosten die Stirn – und stellen gleichzeitig höchste Ansprüche an die Qualität Ihres Leistungsbeitrags.

Auf den nachfolgenden Seiten erfahren Sie, wie VBHC funktioniert, warum der Erfolg bisher ausblieb und warum wir Patient:innen zurück in den Mittelpunkt rücken. Wir präsentieren Ihnen sechs Hebel zur Umsetzung von VBHC. Zudem erhalten Sie wertvolle Handlungsempfehlungen, ganz gleich, ob Sie als Leistungserbringer, Versicherer, Produzent oder Gesetzgeber im Gesundheitswesen aktiv sind oder als Patient:in Leistungen in Anspruch nehmen. Dass VBHC weit mehr als Theorie ist, lesen Sie in ausgesuchten Praxisbeispielen renommierter Gesundheitsakteure. Unsere Ausführungen runden wir mit einem Zielbild für 2035 ab.

An dieser Stelle bedanken wir uns herzlich bei allen, die uns für diese Veröffentlichung unterstützt haben: CSS, economiesuisse, H+ Die Spitäler der Schweiz, Hirslanden-Gruppe, Interpharma, IVF Hartmann, Johnson & Johnson, Roche Diagnostics und Swiss Medical Network. Die Vielfalt der Namen bringt einen wesentlichen Erfolgsfaktor von VBHC zum Ausdruck – die enge Zusammenarbeit von Akteuren über alle Gesundheitssektoren hinweg. Die redaktionelle Freiheit der vorliegenden Veröffentlichung liegt bei PwC.

Mit dieser Publikation möchten wir Sie dazu einladen, die Umsetzung von VBHC in den kommenden Jahren gezielt voranzutreiben und die anstehende Transformation des Schweizer Gesundheitswesens mit vereinten Kräften mitzugestalten.

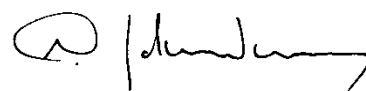
Wir wünschen Ihnen eine visionäre Lektüre.



Philip Sommer
Partner
Leiter Beratung Gesundheitswesen



Paul Sailer
Senior Manager
Beratung Gesundheitswesen



Patrick Schwendener
Managing Director
Leiter Deals Gesundheitswesen



Patient:innen

- Stärkung der Gesundheitskompetenz sowie der Eigenverantwortung in Gesundheitsfragen und Behandlungsentscheidungen
- Bewusste Nutzung von relevanten und patientenzentrierten Informationen und vorhandenen Strukturen (in Bezug auf Behandlungsoptionen, Prozesse und Qualitätseinschätzungen)
- Informierter Umgang mit den eigenen Personal- und Gesundheitsdaten sowie deren aktive Nutzung

Leistungserbringer

- Definition, Erfassung, Dokumentation und Austausch von verbindlichen, indikations-spezifisch standardisierten Qualitätsindikatoren
- Darlegung der Qualitätsmessungsergebnisse sowie entsprechender Kostenaufschlüsselungen für gesteigerte Transparenz
- Individualisierte Behandlungsentscheidungen basierend auf objektiven Daten gemeinsam mit den Patient:innen
- Verbindliche Vernetzung untereinander, um einen integrierten Behandlungspfad abbilden zu können
- Optimierung des Patienten-nutzens, indem digitale und technologische Innovationen gefördert und Prozesse standardisiert und optimiert werden
- Möglichkeiten im VVG zur Umsetzung von VBHC nutzen
- Etablierung einer organisations-internen Veränderungskultur

Produzenten

- Forcierung der Messung der Ergebnisse relevanter Qualitätsindikatoren sowie des Patienten-nutzens ihrer Produkte über den gesamten Behandlungspfad und Förderung eines systemweiten Austauschs und Etablierung einer entsprechenden Veränderungskultur
- Messung der Produktkosten über den gesamten Behandlungsprozess
- Aktive Vernetzung über einzelne Akteure hinweg und Involvierung in die Behandlungsprozesse
- Vermehrt entlang von Qualität und Outcomes vergütet werden

Versicherer

- Aktive Förderung der Erhebung von Qualitätsindikatoren und deren Austausch
- Gestaltung und Einführung von qualitäts- und ergebnisorientierten Vergütungsmechanismen
- Gestaltung von Versicherungsprodukten, die der Qualität Rechnung tragen
- Angebot an Informationen, Beratung und Begleitung für eine nutzenorientierte Behandlung der Versicherten

Gesetzgeber

- Aufsetzen von Richtlinien/Vorgaben, sofern dies nicht von anderen Akteuren umgesetzt wird
- Anpassungen in der Tarifierung und Finanzierung, um die Rahmenbedingungen für eine nutzenorientierte Versorgung zu schaffen
- Förderung der Durchlässigkeit zwischen den Versorgungs- und Vernetzungsgrenzen
- Aufsetzen der Spielregeln für die ICT-Landschaft im Gesundheitswesen
- Schaffen von Rahmenbedingungen für eine nutzenorientierte Entwicklung von Produkten und deren Vertrieb in der produzierenden Industrie



Zusammenfassung

Das Schweizer Gesundheitswesen setzt aktuell auf Menge statt auf Patientennutzen. Fehlanreize begünstigen wenig nutzenorientierte Behandlungen. Die Kosten steigen scheinbar unaufhaltsam und die Ergebnisqualität leidet. So steht das Schweizer Gesundheitssystem vor einer Trendwende: weg von der Kosten-, hin zur Qualitätsorientierung.

Für diese Transformation halten wir Value-based Healthcare – kurz VBHC – für den vielversprechendsten Ansatz. Wir haben ihn zum VBHC-Framework von PwC weiterentwickelt. Mit diesem Rahmenwerk wollen wir den Patientennutzen optimieren und zu einer qualitativ hochstehenden, integrierten und kosteneffektiven Versorgung beitragen. Heisst: Qualität steigern und Kosten nachhaltig senken.

VBHC konnte bisher nicht auf Systemebene umgesetzt werden. Hürden wie die uneinheitliche Definition von Qualität, die starke Fragmentierung der Branche, fehlende betriebliche und regulatorische Rahmenbedingungen, falsche finanzielle Anreize, ausgeprägtes Silodenken und eine schleppende Digitalisierung hindern den Fortschritt von VBHC.

Trotzdem sind wir überzeugt, dass VBHC die Zukunft des Schweizer Gesundheitswesens darstellt. Allerdings liegt es an den Akteuren selbst, die nächsten Schritte für eine konzertierte und ganzheitliche Implementierung von VBHC zu unternehmen. Dass sie dazu in der Lage sind, beweisen zahlreiche Praxisbeispiele, die erfolgreich abgeschlossen wurden oder derzeit umgesetzt werden.

Inspiziert von derartigen Offensiven und mit unserer langjährigen Erfahrung im Schweizer Gesundheitswesen haben wir das VBHC-Framework von PwC mit Handlungsempfehlungen für ein flächendeckendes Vorgehen von Leistungserbringern, Versicherern, Produzenten und Gesetzgebern ergänzt:

- ✓ **Qualitätsbewusstsein bei allen Gesundheitsakteuren verankern**
- ✓ **Patient:innen sensibilisieren und informieren**
- ✓ **Verbindliche Qualitätsindikatoren festlegen**
- ✓ **Diese flächendeckend erfassen und auswerten**
- ✓ **Sich sektorenübergreifend vernetzen**
- ✓ **Finanzielle Anreize für VBHC schaffen**
- ✓ **Integrierte Behandlungspfade fördern**
- ✓ **Eine digitale Plattform für Daten und Informationen etablieren**



1

Ausgangslage

Was VBHC ist und bewirkt

VBHC steht für eine konsequente Orientierung am Patientennutzen.



Das VBHC-Konzept wurde 2006 erstmals vorgestellt.³ Zwei Jahre später publizierte Elisabeth O. Teisberg Lösungsansätze zur Implementierung von VBHC im Schweizer Gesundheitswesen.⁴

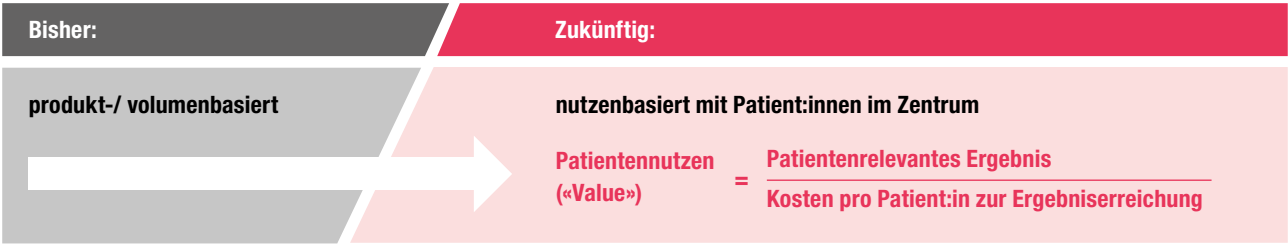
VBHC will durch Qualitätssteigerungen und nachhaltige Kostensenkungen den Patientennutzen im gesamten Gesundheitswesen optimieren. Daraus geht sowohl eine qualitativ hochstehende als auch eine kosteneffektive Versorgung hervor.

Seit der Erstkonzeption von VBHC wurde das Konzept laufend weiterentwickelt. Trotzdem liessen sich die Ansätze bisher weder in der Schweiz noch international flächendeckend und systembezogen umsetzen und deren Potenzial ausschöpfen. In der Schweiz hat das diverse Gründe, etwa die Fragmentierung von Leistungserbringern, Kostenträgern und kantonalen Regulatoren, gegenläufige Gesetzesgrundlagen, schleppende Digitalisierung sowie widersprüchliche Anreize der Vergütungssysteme.

Der Patientennutzen

Der Patientennutzen wird als Verhältnis zwischen dem erreichten patientenrelevanten Ergebnis und den dafür aufgewendeten Kosten errechnet (vgl. Abbildung 2).⁵

Abbildung 1: Definition von Patientennutzen



Das patientenrelevante Ergebnis wird oft mit der Qualität des Ergebnisses (Outcome) gleichgesetzt. Dabei sollte die Ergebnisqualität sowohl klinische (z. B. Beweglichkeit, Funktionsfähigkeit) als auch patientenbezogene (z. B. Wohlbefinden, wahrgenommener Gesundheitszustand) Resultate reflektieren. Die Grundlage für die Ergebnisqualität besteht aus einer hohen Indikationsqualität (heisst: für die Gesundheitssituation das Optimale tun) und einer hohen Prozessqualität (heisst: fehlerfreie Behandlungsprozesse befolgen).

Das patientenrelevante Ergebnis und die dafür aufgewendeten Kosten sind zur Bestimmung des Patientennutzens systematisch über den gesamten Behandlungspfad und über verschiedene Leistungserbringer und Sektoren hinweg zu messen und regelmässig auszuwerten. Nur so lässt er sich nachhaltig steigern.


Patientenrelevante Ergebnisse

Die Qualität der Behandlungsergebnisse zu messen, ist für den Erfolg von VBHC entscheidend. Dazu braucht es Kennzahlen für Qualität und Patientennutzen der jeweiligen Behandlungen. Grundlage dieser Messungen bilden sogenannte Patient-Reported Outcomes (PROs). Sie bilden die Entwicklung des behandlungsbezogenen


Die Orientierung am Patientennutzen birgt das Potenzial, qualitativ hochwertige Behandlungsergebnisse bei gleichzeitig sinkenden Kosten zu erreichen. Zudem wirkt sich der Ansatz positiv auf die Wettbewerbssituation des Gesundheitswesens aus. Er verschiebt die von Kosten, Effizienzperzentilen und Benchmarks geprägte Perspektive hin zu einem nutzengetriebenen Qualitätswettbewerb. Immerhin sind diese Faktoren massgeblich dafür verantwortlich, dass sich der Wettbewerb für die Patient:innen und die Volksgesundheit auszahlt und langfristig die Qualität der Gesundheitsleistungen verbessert.⁶ Ein positiver Nebeneffekt von VBHC ist nicht nur die Vermeidung von Über- und Fehlversorgung, sondern auch eine entsprechend effiziente und nachhaltige Ressourcennutzung.

Gesundheitszustands von Patient:innen ungefiltert ab. Zur Erfassung von PROs haben sich in den letzten Jahren zwei Indikatoren etabliert (vgl. Abbildung 2): Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) und Patient-Reported Experience Measures (PREMs).

Abbildung 2: PROMs und PREMs ermöglichen die Messung von patientenrelevanter Ergebnisqualität



PROMs ...
... erheben direkte Rückmeldungen der Patient:innen zum aktuellen Gesundheitszustand und zu den direkten Auswirkungen der Behandlung aus der Patientensicht.



PREMs ...
... sammeln die Informationen über die Patientenerfahrung (z. B. Informationsfluss, Pflege, Schmerzkontrolle) zu einer vergangenen Behandlung.

PROMs und PREMs liefern wichtige Erkenntnisse zur Ergebnisqualität aus Sicht der Patient:innen. PROMs werden typischerweise zu verschiedenen Zeitpunkten über einen bestimmten Zeitraum erfasst (z. B. Baseline prä-/perioperativ, 14 Tage postoperativ und 6 Monate postoperativ). PREMs wiederum werden direkt während des Behandlungsprozesses erhoben. Je akuter und klassifizierbarer eine Erkrankung ist, desto wesentlicher sind PROMs; je chronischer und unklassifizierbarer Erkrankungen sind, desto eher bieten sich PREMs an.⁷

Weitere Indikatoren wie Clinician-Reported Outcome Measures (CROMs) oder Observer-Reported Outcomes (ObsROs) geben ebenfalls wertvolle Qualitätshinweise, zum Beispiel zur Funktionsfähigkeit nach der Gesundheitsleistung. All diese Kennzahlen stellen die Patient:innen in den Mittelpunkt und machen den Nutzen einer Behandlung messbar. Sie können Lücken in der Qualität aufzeigen, Transparenz und Vergleichbarkeit herstellen und zur Optimierung von Prozessen beitragen.



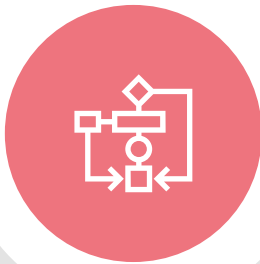
Sechs Hebel zur Umsetzung von VBHC

Michael Porter und Thomas Lee präsentierten 2013 ein Basismodell mit sechs Hebeln (vgl. Abbildung 3), die den Übergang zu einem hochwertigen und nutzerzentrierten Gesundheitssystem anstossen.⁸ VBHC bedingt ein Umdenken im Aufbau der Versorgung kombiniert mit einer

konsequenten Patientennutzenzentrierung. Die sechs Hebel unterstützen diesen Paradigmenwechsel. Sie sind voneinander abhängig und verstärken sich gegenseitig. Die grössten Fortschritte lassen sich erzielen, wenn mehrere Hebel gleichzeitig und systemweit bewegt werden.

Abbildung 3: Sechs kräftige Hebel zur Umsetzung von VBHC





1.

Aufbau integrierter und interdisziplinärer Einheiten

Um sich in der Versorgung statt auf Ärzteschaft und Fachbereiche auf die Patient:innen zu konzentrieren, müssen die Organisationen integrierte Einheiten aufbauen – sogenannte Integrated Practice Units, kurz IPUs. Diese sind um eine Indikation herum organisiert und orientieren sich am Patientennutzen. Sie verfügen über eine einheitliche Verwaltungsstruktur und tragen die gemeinsame Verantwortung für Ergebnisse und Kosten. Die Teams in den IPUs können von ambulant bis

rehabilitativ eine indikationsspezifische Behandlung sowie den Umgang mit Komplikationen, aber auch unterstützende Leistungen wie die Einbindung von Angehörigen, Beratung und Aufklärung, Unterstützung von Verhaltensänderungen und anderes anbieten. Derzeit bauen verschiedene Spitäler in der Schweiz organ- und krankheitsbasierte Zentren mit gemeinsamer Ergebnisverantwortung und Führung entlang typischer Patientenpfade auf.

2.

Ganzheitliche Messung von Ergebnissen und Kosten

Die Ergebnisse sind indikationsspezifisch über den gesamten Behandlungszyklus und über einen längeren Zeitraum zu messen. Das gilt für alle patientenrelevanten Ergebnisse, also nicht nur für die Ergebnisqualität, sondern auch für den Prozess und die Nachhaltigkeit der Behandlung. Zudem sollen je Fall alle zur Erreichung der Ergebnisse

notwendigen Kosten über die Gesamtheit der Behandlung von ambulant bis rehabilitativ erfasst werden. Bisher erfolgt die Ergebnismessung in der Schweiz, wenn überhaupt, nur in Bezug auf den jeweiligen Behandlungsschritt, zum Beispiel orthopädische PROMs ohne Rehabilitationsaktivitäten, nicht über das Behandlungsende hinaus.

3.

Ergebnisorientierte Pauschalen für Behandlungszyklen

Als Finanzierungsgrundlage für VBHC dienen pauschale Zahlungen für gesamte Behandlungszyklen (sogenannte Bundled Payments). Damit werden alle während und nach der Behandlung anfallenden Kosten berücksichtigt, beispielsweise ambulante Leistungen, stationäre Interventionen,

Nachuntersuchungen und Reha-Aufenthalte. Den Fallpauschalensystemen DRG, TARPSY und ST Reha fehlt der sektorübergreifende Ansatz. Dazu müssten die Verantwortlichen eine ergebnisorientierte Vergütung aufsetzen und die Bundled Payments für Behandlungszyklen weiterentwickeln.



4.

Aufbau integrierter Versorgungssysteme

Eine integrierte Versorgung bedingt die verbindliche Vernetzung, Integration und Zusammenarbeit aller Akteure des Behandlungspfads beziehungsweise des Gesundheitssystems. Um diese Versorgungssysteme aufzubauen, müssen der Leistungsumfang, die Art und Konzentration der Leistungen standortspezifisch anhand des Patientennutzens neu definiert werden. Dabei gilt es, die benötigten Fähigkeiten und die Ressourcenintensität mit den Standorten in Einklang zu bringen. Die Einheiten und Standorte müssen sich vernetzen, damit sie die Patient:innen abgestimmt und integriert versorgen können. Hier kommen die Vorteile von Spezialisierung, Erfahrung und Expertise der IPU zum Tragen.

5.

Flächendeckende, exzellente Gesundheitsversorgung

Die Vernetzung der IPU muss grossräumig zugänglich sein, damit Exzellenz flächendeckend angeboten werden kann. Dazu braucht es die Bündelung (hoch-)spezialisierter Leistungen, Zusammenschlüsse, Zentrumsbildungen, abgestufte und integrierte Versorgungsnetzwerke. Werden

Versorgungsangebote ausgeweitet, so sollte das nicht das Volumen erhöhen, sondern den Patientennutzen verbessern. Hier gehören in der Schweiz Tabus auf den Tisch: Etwa Wegzeiten für hochspezialisierte Eingriffe von über 60 Minuten zugunsten einer Bündelung von Kompetenzen.

6.

Aufbau einer integrierten ICT-Plattform

Die Hebel von VBHC lassen sich nur mit einer systemweiten und interoperablen ICT-Plattform in Bewegung setzen. Diese soll den einfachen Zugang und Austausch der Daten ermöglichen,

Patient:innen in den Mittelpunkt rücken, Daten vereinheitlichen und den sicheren Datenaustausch zwischen Akteuren über Systemgrenzen gewährleisten.



2

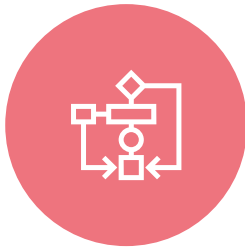
Schweizer Gesundheitswesen gefordert

Seit 2006 hat das Gesundheitswesen weltweit das VBHC-Konzept aufgenommen, reflektiert und teilweise in die Wege geleitet. Auch in der Schweiz ist man sich über die Notwendigkeit eines Wechsels zur nutzenorientierten Versorgung einig. Doch wo steht die Schweiz heute

und wie sehr hat das Schweizer Gesundheitssystem die erwähnten sechs Hebel bisher betätigt? Abbildung 4 gibt einen Überblick und macht deutlich: In der Schweiz bleibt einiges zu tun.⁹

Abbildung 4: Status quo von VBHC in der Schweiz

● Nicht umgesetzt ● Punktuell umgesetzt ● Flächendeckend umgesetzt



Aufbau integrierter und interdisziplinärer Einheiten

Partiell bilden sich Zentren, jedoch oft auf Ärzte- und Fachbereich fokussiert und nicht auf Patient:innen ausgerichtet. Leistungserbringer halten u. a. auch aufgrund von systemischen Bedingungen an breiten Leistungspaletten fest, nutzen aber vermehrt organ- und krankheitsbasierte Organisationsformen.



Ganzheitliche Messung von Ergebnissen und Kosten

Initiativen zur Erhebung von PROMs/PREMs/CROMs und weiteren Qualitätsindikatoren sind angestossen und werden selektiv für Indikationen oder einzelne Leistungserbringer erhoben, eine systemweite Implementierung fehlt bisher.



Ergebnisorientierte Pauschalen für Behandlungszyklen

Die Finanzierung in der Schweiz ist nach wie vor fragmentiert und kosten- und mengenorientiert aufgebaut.



Aufbau Integrierter Versorgungssysteme

Das System in der Schweiz ist nach wie vor dezentralisiert, fragmentiert und verschachtelt aufgebaut. Die systemischen Grundlagen für den integrierten Aufbau fehlen bisher.



Flächendeckende, exzellente Gesundheitsversorgung

Die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Facheinrichtungen sowie Leistungserbringern wird gefördert. Jedoch sind kantons-/leistungserbringerübergreifende Vernetzungen noch selten.



Aufbau einer integrierten ICT-Plattform

Die Bereitstellung einer interoperablen und systemübergreifenden IT-Infrastruktur geht schleppend voran (z. B. EPD). Es wird an systemweiten digitalen Rahmenbedingungen gearbeitet, jedoch steht der Effekt dieser Entwicklungen noch aus.



Schleppende

Transformation

Der Wandel des Schweizer Gesundheitswesens kommt nur zögerlich voran. Dafür gibt es vielfältige Gründe:

Einheitliches Verständnis von Qualität und Qualitätsindikatoren fehlt

In der Schweiz existiert kein einheitliches Verständnis von Qualität oder der Messbarkeit des Erfolgs von VBHC. Das liegt daran, dass die Definition von Qualität nicht standardisiert ist; nutzenorientierte Versorgung wird unterschiedlich ausgelegt. Die Meinungen gehen ebenfalls auseinander, was die Umsetzung von VBHC für eine Einheit oder Organisation konkret bedeutet.

Teilweise gibt es fachgesellschaftsspezifische Vorgaben zur Messung von Qualität und Outcomes (z. B. in der Orthopädie über das schweizerische Implantat-Register SIRIS). Allerdings sind solche Standards nicht flächendeckend verfügbar. Die bestehenden Bemühungen konzentrieren sich meistens auf den stationären Bereich und bilden den patientenrelevanten Prozess nur unzureichend ab. Patient:innen sind den Umgang mit Daten hinsichtlich informierter Entscheidungen über behandelnde Leistungserbringer nicht gewohnt. Das erschwert es den Leistungserbringern in allen Fachbereichen, in einen Qualitätswettbewerb einzutreten.



Aus der Praxis: ANQ

Qualitätsmessung im ambulanten Bereich

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ hat ein Pilotprojekt zur Qualitätsmessung im ambulanten Bereich gestartet. Um die Lücke der Qualitätsmessung im ambulanten Bereich zu schliessen, werden die zwei häufigen chirurgischen Eingriffe «einseitige Leistenhernienoperationen» und «Kniearthroskopien bei Meniskusläsion» untersucht.¹⁰ Dabei werden die klassischen klinischen Datenraster und zusätzliche Prozessindikatoren sowie klinische Risikofaktoren und Komorbiditäten erhoben. Bei den Patientenbefragungen werden zusätzlich zu den etablierten Instrumenten wie Comi/Herniamed, KOOS und EQ5D weitere Zufriedenheitskriterien und soziodemografische Faktoren abgefragt.

Ziel des Projektes ist es, Hinweise zur Qualität von Indikation, Eingriff und Anästhesie zu erhalten. Die teilnehmenden Spitäler können sich aktiv an der Entwicklung und Gestaltung von Qualitätsmessungen im ambulanten Bereich beteiligen und Erfahrungen in der Erfassung von PROMs und deren Nutzen sammeln. Essenziell in diesem Projekt sind die Patient:innen. Sie werden im Rahmen der Konsultationen zur Diagnosebestätigung respektive OP-Vorbereitung im Spital rekrutiert. Die PROMs werden dann analog zum stationären Bereich über einen Zeitraum von sechs Monaten erfasst. Ausgewertet werden die Daten mit einer systematischen Zusammenführung von Informationen zu Behandlungsentscheidungen, klinischen Outcome- und patientenberichteten Outcome-Daten. Das Resultat der Ergebnisse wird Ende 2022 erwartet.



Patient:innen als Leistungsempfänger sind bislang kaum für das Thema Qualität sensibilisiert, sie kennen das Konzept von VBHC nicht; dieses bleibt primär akademisch. Damit üben sie auch keinen Druck auf die Akteure des Gesundheitswesens für eine nutzenorientierte Ausrichtung aus. Schliesslich bedingt VBHC eine Patientenzentrierung, die sich nicht nur an Patient:innen orientiert, sondern diese auch stärker einbezieht. Das wiederum erfordert mehr Gesundheitskompetenzen bei den Patient:innen.

Regulatorische Rahmenbedingungen wirken VBHC entgegen

Die nationale Gesetzgebung fokussiert stark auf die Gesundheitskosten und zielt aktuell nicht darauf ab, VBHC systematisch zu integrieren. So schafft der Gesetzgeber auch keine Anreize für die Akteure, sich gemeinsam neu zu organisieren. Im Gegenteil: Mit Vorstössen wie globalen Kostenzielen werden bestehende Fehlanreize verstärkt. Das fördert die Ausrichtung auf eine mengenbezogene statt auf eine nutzen- und qualitätsorientierte Versorgung.

Die meisten regulatorischen Vorstösse streben die Senkung von Gesundheitskosten an, insbesondere in der Grundversicherung. So zielt zum Beispiel die Kostenbremse-Initiative¹¹ auf die Implementierung von Sparvorschlägen durch den Bundesrat ab, sobald die Kosten überproportional zur Lohnentwicklung steigen. Weitere Reformansätze wie die «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung»¹² visieren ebenfalls primär Kostenersparnisse an und Qualität und Gesunderhaltung bleiben auf der Strecke. Die bundesrätliche Strategie «Gesundheit 2030»¹³ nimmt hingegen den Qualitätsaspekt auf und möchte damit auch Über-, Unter- und Fehlversorgung angehen. Die Zielsetzung allein ebnet jedoch noch nicht den Weg für VBHC, und verbindliche Massnahmen fehlen.

Während sich die Grundversicherung an Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit orientiert, bieten Zusatzversicherungen das Potenzial, weiter in Qualität, Koordination und patientengewünschte Mehrleistungen zu investieren. Allerdings werden diese Möglichkeiten heute nicht flächendeckend Richtung VBHC ausgeschöpft. Meistens überwiegen Komfort und Wahlfreiheiten mit wenig Bezug zu zusätzlicher Qualität der Leistungen oder Vernetzung.

Die stark dezentralisierte Organisation des Gesundheitswesens stellt eine zusätzliche Herausforderung dar. Manche politischen Vorstösse haben gezeigt, dass Rahmenbedingungen vom Bund den Kantonen oft viel Handlungsspielraum einräumen und diese die Vorgaben unterschiedlich auslegen. Das verhindert die systemweite Umsetzung von VBHC sowie die Vernetzung und den Einbezug aller Akteure.

Fragmentierung und Silodenken sind verbreitet

Eine grosse Herausforderung für das Schweizer Gesundheitswesen stellt die starke Fragmentierung von Leistungserbringern, Versicherern, Produzenten und Gesetzgebern dar. Dazu gehört die föderalistisch bedingte Kompetenzteilung von Bund und Kantonen, die Trennung von stationär und ambulant oder die sich nur langsam verändernde fachorientierte Denkweise in der Organisation vieler Leistungserbringer. Die Akteure sind traditionell auf ihr eigenes Handeln fixiert und denken in Silos. Dadurch sind integrierte und vernetzte Behandlungspfade, innovative Kooperationen über Systemgrenzen hinweg und schliesslich ganzheitliche Versorgungslandschaften nur schwer umsetzbar. Hinzu kommt, dass spezialisierte Zentren und Einheiten sich oft an historischen Fachbereichen orientieren, nicht an Indikationen oder Patient:innen. Viele Akteure stehen im gegenseitigen Wettbewerb – nicht hinsichtlich Qualität, doch in Bezug auf Menge und Kosten. Das führt zu Zielkonflikten und hemmt die Zusammenarbeit in der Konzeption interdisziplinärer und interprofessioneller Kooperationen.

In den letzten Jahren wurden verschiedene Initiativen zur Implementierung von VBHC lanciert. Diese zielen grösstenteils auf isolierte Bereiche des Gesundheitssystems ab, zum Beispiel die Einführung von PROMs für bestimmte Indikationen im akutstationären Bereich, auf Prozesskostensenkung durch Qualitätssteigerung, die Implementierung in einzelnen Fachabteilungen oder für einzelne Leistungserbringer.

Ganzheitliche oder systemweite Vorstösse hingegen blieben bisher aus. Es gibt verschiedene Bestrebungen, eine nationale Qualitätsvision zu entwickeln. Verbände wie der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) oder der Verein VBHC Suisse engagieren sich vermehrt für VBHC. Sie wollen Qualität transparent machen und steigern. Allerdings ist das Schweizer Versorgungssystem dezentralisiert, fragmentiert und komplex, weshalb eine ganzheitliche nutzenorientierte Reform schwer umsetzbar bleibt. Entsprechend konnten sich die Bemühungen noch nicht vollumfänglich entfalten und ihr Mehrwert wird teilweise stark kritisiert.

Finanzielle Anreize widersprechen VBHC

Die regulatorischen Rahmenbedingungen und das Tarifsystem des Schweizer Gesundheitswesens setzen wenig Anreiz, den Patientennutzen zu fördern. Zwar hat die Einführung von DRG-Fallpauschalen in der Akutsomatik eine leistungsgerechte Finanzierung sowie Effizienzsteigerungen bewirkt. Doch diese Logik liess sich nicht über die gesamten Behandlungszyklen hinweg ausrollen oder durch die Dimension Ergebnisqualität erweitern. Derzeit fällen Regulator, Leistungserbringer und Versicherer ihre Entscheidungen meistens auf der Basis von ökonomischen und kostenbezogenen Faktoren. Qualitätskomponenten fliessen bislang nicht in die Tarifierung ein.

In der Folge verdienen Leistungserbringer mehr, je höher ihr Leistungsvolumen ist. Diese Korrelation widerspricht einer qualitätsorientierten Vergütung grundlegend. Eine Berechnung des Patientennutzens (vgl. Seite 8) wird quasi unmöglich und die Tendenz zur Überversorgung ohne medizinischen Nutzen erhöht sich durch Fehlanreize und fehlende Koordination massiv.

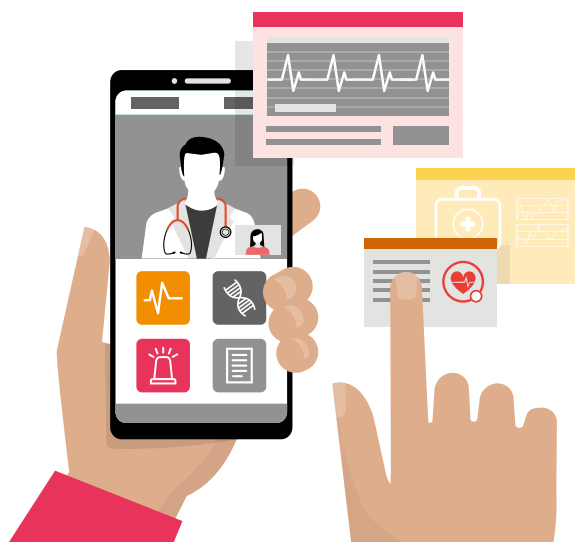
Wie der Markt selbst ist auch die Finanzierung heterogen. Stationäre and ambulante Leistungen werden nach getrennten Tarifsystemen abgerechnet und nach verschiedenen Schlüsseln finanziert. Zwar werden ambulante Leistungen für alle Versorgungssektoren (Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation, Ergo- und Physiotherapie usw.) gleich oder ähnlich, aber mit einem veraltetem Tarifwerk abgerechnet. Neuerungen befinden sich seit Jahren auf der politischen Agenda, aber Anpassungen stehen nach wie vor aus. Die stationären Tarife orientieren sich an den Versorgungssektoren, tendieren allerdings zu einem pauschalierenden System.

Im Weiteren erfolgen Vergütungen durch verschiedene Prinzipien und für Patient:innen häufig wenig nachvollziehbar. Hier sorgt der Unterschied zwischen Kostenvergütungs- und Kostenrückerstattungsprinzip für Unklarheit. So liegt zum Beispiel beim Kostenrückerstattungsprinzip – oftmals im ambulanten Bereich angewendet – die Verantwortung der Abrechnung bei den Versicherten. Damit verschiebt sich die Verantwortung für die Rechnungskontrolle zum Versicherten, was den Druck durch Versicherungen auf die Leistungserbringer schwächt. Im Kostenvergütungsprinzip können Krankenkversicherer eine kontrollierende Rolle übernehmen und aktiv eingreifen. Zudem ist im akutstationären Bereich über den Tarif ein entsprechender Mechanismus vorgesehen, in dem Rehospitalisierungen innerhalb von 18 Tagen zur gleichen Fallpauschale zählen. Im Kostenvergütungsprinzip fehlt allerdings meistens jegliche Transparenz, da Versicherte keine Informationen über Kosten von Behandlungsprozeduren erhalten und somit auch keine datenbasierten Entscheidungen treffen können.

Digitalisierungsfortschritt steht aus

Neue Technologien und digitale Lösungen ermöglichen eine stärkere Vernetzung. Sie stellen die Grundlage für Qualitäts- und Kostenmessungen und den Datenaustausch dar. Im Schweizer Gesundheitswesen schreitet die Digitalisierung allerdings nur zögerlich voran. Zwar werden immer mehr Rahmenbedingungen für digitale Entwicklungen geschaffen – etwa die Einführung des elektronischen Patientendossiers (EPD),¹⁴ «Strategie eHealth Schweiz 2.0 2018–2022»,¹⁵ «Vision eHealth 2025»¹⁶ und andere. Doch die Umsetzung in der Praxis scheint problematisch und die breite politische Debatte hinkt dem technologischen Fortschritt hinterher.¹⁷ Das liegt in Budgetbeschränkungen, regulatorischen Hürden und dem Fehlen von allgemein akzeptierten Lösungen begründet. Das wiederum hängt mit der Angst vor Einmalinvestitionen ohne Gegenleistung, fehlender Vergütung für die digitale Infrastruktur sowie unklar verteilten Kompetenzen zwischen der öffentlichen Hand und den Akteuren des Gesundheitswesens zusammen.

Weiter wird die Digitalisierung durch Datenschutz- und -sicherheitsbedenken gebremst – bedingt durch eine entsprechende Gesetzgebung und -auslegung und das Verhalten der Bürger:innen. VBHC und die damit vorgesehene Vernetzung erfordern den Austausch von sensiblen und personenbezogenen Daten. Hinzu kommen Interoperabilitäts- und Schnittstellenprobleme, die den Datenaustausch weiter erschweren. Zwar hat COVID-19 die Digitalisierung in einigen Bereichen beschleunigt, doch bleibt abzuwarten, wie sie sich in Zukunft entwickelt.





Dringlichkeit und Potenzial von VBHC

Der Ruf des Schweizer Gesundheitswesens ist gut; zurzeit kann die Schweiz ihre Gesundheitskosten noch tragen. Derzeit ist der Leidensdruck nicht gross genug, um Veränderungen mit Nachdruck vorzunehmen. Dennoch sieht sich die Schweiz mit einem wesentlichen Reform- und Veränderungsbedarf konfrontiert. Um ihre weltweit vorteilhafte Position zu halten, müssen die Akteure des Schweizer Gesundheitswesens die Hebel zur Umsetzung von VBHC in Bewegung setzen. Die Akteure sollen die Ausgangslage und das Potenzial des Schweizer Gesundheitswesens nutzen und die rechtlichen Rahmenbedingungen (z. B. die Differenzierung von Leistungen pro Versicherungsklasse) im Hinblick auf VBHC voll ausschöpfen.

VBHC ermöglicht eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung und führt zu einer verbesserten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Eine solche ist für den Erhalt eines hochwertigen und bezahlbaren Schweizer Gesundheitswesens zentral. Zudem konnten bisherige Massnahmen dem anhaltenden Kostenwachstum nicht entgegenwirken. VBHC verspricht eine systemweite Effizienz- und Wirtschaftlichkeitssteigerung der Versorgung und damit eine nachhaltige Senkung der Kosten.

Schliesslich erfordern die steigende Multimorbidität und das Aufkommen chronischer Krankheiten eine integrierte und patientenorientierte Versorgung. Dazu braucht es Vernetzung und eine gesamtheitliche Betrachtung der Behandlungspfade. Und es braucht den Fokus auf indikationsspezifische Krankheitsbilder, um Wissen sowie Erkenntnisse schnell zu gewinnen, Lern- und Innovationsanreize zu schaffen und den Patient:innen die bestmögliche Behandlung anzubieten.



3

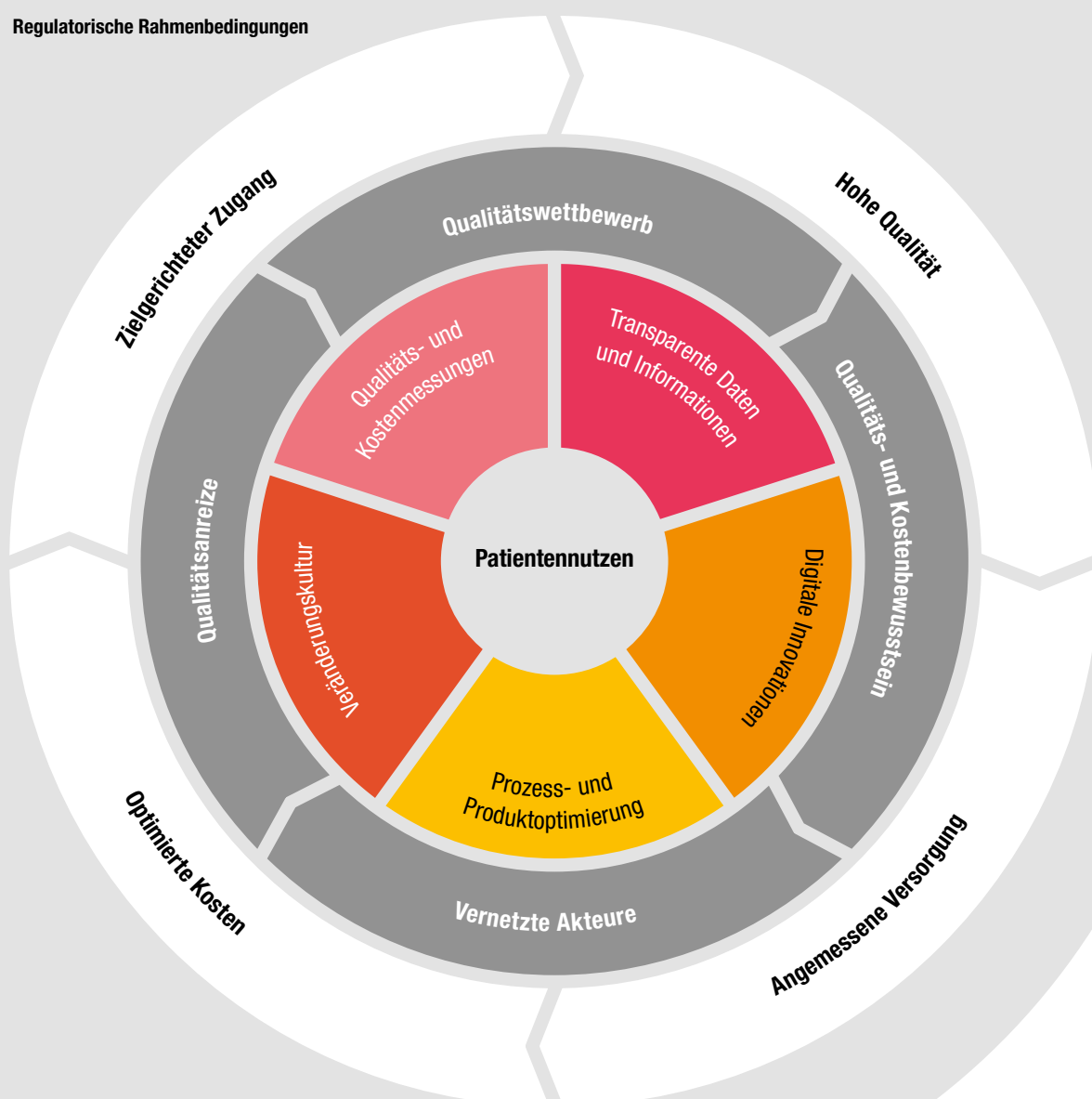
Das VBHC- Framework von PwC

Ein Modell für die Zukunft

Wir von PwC Schweiz haben das VBHC-Framework von Porter und Teisberg weiterentwickelt und mit Blick auf die Zukunft modernisiert (vgl. Abbildung 5). Damit möchten wir den Akteuren des Schweizer Gesundheitswesens konkrete Handlungsempfehlungen aufzeigen und die Debatte um die Umsetzung von VBHC in der Schweiz gezielt und fundiert fortsetzen. Dabei müssen sich die Gesundheitsakteure immer wieder fragen, welche Stellschrauben sie im selbstregulierenden Wettbewerb betätigen können und wo die lenkende Hand des Regulators entsprechende Rahmenbedingungen oder Leitplanken schaffen muss.

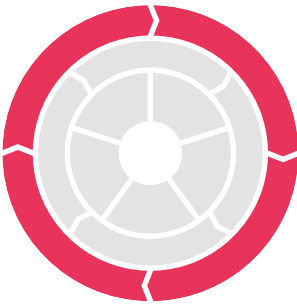
Abbildung 5: Das VBHC-Framework von PwC ist für das Schweizer Gesundheitswesen zukunftsweisend

Regulatorische Rahmenbedingungen





Auf den drei konzentrischen Ringen um den Patientennutzen beschreibt unser VBHC-Framework betriebliche und regulatorische Perspektiven, die zur erfolgreichen Umsetzung von VBHC zusammenspielen müssen. Gemeinsam sollen Akteure und Regulator Möglichkeiten eines integrierten Behandlungs- und Kostenpfads im Hinblick auf einen maximalen Patientennutzen schaffen.



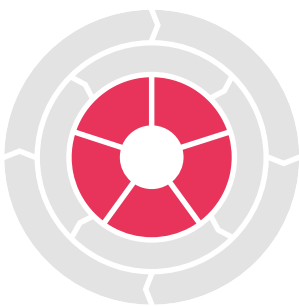
Der Aussenring symbolisiert, was mit VBHC erreicht werden soll, und beschreibt die Optimierung des Patientennutzens.

- **Zielgerichteter Zugang:** Patient:innen sollen einen zielgerichteten Zugang zur Gesundheitsversorgung erhalten. Mit anderen Worten: die richtige Behandlung zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort. Gleichzeitig sollen sie einfach auf eigene Gesundheitsdaten und Qualitätsinformationen zugreifen können. Je nach Präferenz und Sicherheitsbedürfnis können Zusatzversicherte bevorzugten Zugang erhalten.
- **Hohe Qualität:** Die medizinische Versorgung muss jederzeit hohe Qualität im Sinne der Wirksamkeit («**wirksam**, zweckmässig, wirtschaftlich») anstreben. Dafür muss klinische, prozessuale und patientenzentrierte Qualität mess- und vergleichbar sein.
- **Angemessene Versorgung:** Behandlungsentscheidungen müssen individuell im Sinne der Zweckmässigkeit («**wirksam**, **zweckmässig**, wirtschaftlich») abgewogen werden. So können Entscheidungen zur medizinischen Versorgung je Patient:in unterschiedlich ausfallen. Damit lassen sich Fehl-, Über- oder Unterbehandlungen vermeiden.
- **Optimierte Kosten:** Kosteneinsparungen im gesamten Gesundheitssystem sollen durch eine hochwertige, angemessene und wirtschaftliche Versorgung («**wirksam**, zweckmässig, **wirtschaftlich**») erreicht werden. Das bedeutet Über- und Fehlversorgungen und Rehospitalisierungen vermeiden. Eine stufengerechte und integrierte Versorgung entlang des Patientenpfads trägt ebenfalls den Kosten Rechnung.



Der mittlere Ring enthält die zur Zielerreichung notwendigen Voraussetzungen.

- **Qualitätswettbewerb:** Im Rahmen von VBHC muss ein Qualitätswettbewerb etabliert werden. Dieser setzt voraus, dass sich Leistungserbringer hinsichtlich Qualität vergleichen lassen – nach Möglichkeit auf der untersten Ebene der Ärzt:innen und Therapeut:innen. Die Leistungserbringer müssen Qualitätsparameter indikationsspezifisch erfassen, messen und transparent kommunizieren. Nur so können Patient:innen informierte und datenbasierte Behandlungsentscheidungen treffen. Der Fokus muss hier auf dem indikationsspezifischen Qualitätsvergleich liegen und weniger auf einem allgemeinen Qualitätswettbewerb zwischen Institutionen.
- **Qualitäts- und Kostenbewusstsein:** Das Qualitäts- und Kostenbewusstsein aller Gesundheitsakteure und Patient:innen muss gefestigt werden. Qualität und Kosten müssen klar gemessen und in ein gegenseitiges Verhältnis gestellt werden. Es braucht ein kontinuierliches und öffentlich zugängliches Monitoring von Qualität und Kosten für alle Patient:innen. Mit einer höheren Versorgungsqualität lassen sich Gesundheitskosten langfristig senken.
- **Qualitätsanreize:** Es steht ein Paradigmenwechsel vom kostenorientierten zum qualitätsorientierten Gesundheitswesen an. Tarifmodelle müssen die Qualität abbilden. Unter Qualitätsanreize fallen pauschale Zahlungen für Behandlungszyklen (Bundled Payments),¹⁸ das Incentivieren von innovativen Modellen (z. B. Capitation) und die Ausrichtung der Tariflandschaft auf qualitätsorientierte Tarifmechanismen.
- **Vernetzte Akteure:** Die Akteure des Gesundheitswesens müssen sich verbindlich vernetzen, um einen integrierten Behandlungspfad für Patient:innen einzuschlagen. Das bedeutet, dass zum einen die Leistungserbringer untereinander kooperieren müssen, um IPU aufzubauen und integrierte Behandlungspfade pro Indikation anzubieten. Zum anderen ist das Silodenken zwischen Leistungserbringern, Produzenten, Kostenträgern und weiteren Akteuren abzubauen.



Der innere Ring stellt die Schlüsseltreiber für Voraussetzungen und Zielerreichung dar. Hier schliesst sich der Kreis eines integrierten Behandlungspfads für die Patient:innen.

- **Qualitäts- und Kostenmessungen:** Zentraler Bestandteil von VBHC ist die flächendeckende Messung von indikationsspezifischer Qualität und behandlungspfadübergreifenden Kosten sowie datenbasiertem Agieren. Diese Messung muss über den gesamten Behandlungspfad hinweg erfolgen, also weit über den exemplarischen Spitalaufenthalt hinaus.
- **Transparente Daten und Informationen:** Qualitäts- und Kosteninformationen müssen erhoben werden. Die Akteure müssen diese Resultate transparent und verständlich untereinander und gegenüber den Patient:innen kommunizieren.
- **Digitale Innovationen:** Damit ein einfacher Zugang zur Versorgung möglich, Qualität sichergestellt und der Patientennutzen optimiert wird, braucht es digitale Innovationen.
- **Prozess- und Produktoptimierungen:** Prozesse sollen dahingehend standardisiert werden, dass sie sich positiv auf die Patientenergebnisse auswirken und den Patientennutzen optimieren. Produktoptimierungen helfen mit, die Qualität zu heben und Behandlungsfehler sowie Folgekosten zu verringern.
- **Veränderungskultur:** Die Akteure müssen ein Bedürfnis für Veränderungen sowie ein Bewusstsein für Qualität schaffen und in der gesamten Organisation vorleben. Das setzt ein gemeinsames Verständnis und die Schulung im Umgang mit neuen Massnahmen und Tools voraus.

Patient:innen im Mittelpunkt

VBHC rückt Patient:innen und den Patientennutzen ins Zentrum.

Trotzdem wissen Patient:innen bisher am wenigsten über VBHC. Das hat mehrere Ursachen: Der Ansatz ist sehr theoretisch konstruiert und wird vorwiegend von Expert:innen diskutiert. Den Patient:innen mangelt es an Bewusstsein für Ergebnisqualität und für den eigenen Kostenbeitrag. Schliesslich wirken sich Projekte, die sich am Patientennutzen orientieren, bisher nur indirekt auf Herausforderungen des Gesundheitswesens aus. Demnach ist nicht nur bei den Gesundheitsakteuren, sondern auch bei den Patient:innen selbst ein Umdenken angesagt (vgl. Abbildung 6).

Abbildung 6: Auch Patient:innen können mit ihrem Verhalten VBHC vorantreiben.



Für die ganzheitliche Implementierung von VBHC sind sensibilisierte und informierte Patient:innen gefragt. Solche können nicht nur Druck auf die Akteure für einen höheren Patientennutzen ausüben, sondern auch im Sinne der Ko-Kreation gemeinsam mit den Gesundheitsakteuren bestmögliche Behandlungsentscheidungen treffen.

Menschen mit einer starken Gesundheitskompetenz können grundsätzlich mehr Verantwortung für ihren Gesundheitszustand übernehmen und Behandlungsentscheidungen aktiver beeinflussen. Politische Initiativen, Organisationen, Leistungserbringer und Versicherer

können durch Aufklärungs- und Wissenskampagnen die Gesundheitskompetenz ihrer Patient:innen stärken und sie motivieren, Eigenverantwortung zu übernehmen und den Behandlungsprozess mitzugestalten.¹⁹ Mehr Verantwortung und Gesundheitskompetenz bedeuten zugleich, dass die Menschen vermehrt präventive und unterstützende Massnahmen ergreifen. Das wiederum stärkt den effektivsten Kostensenker – Krankheiten präventiv zu vermeiden – und bildet die Grundlage für individualisierte und abgestimmte Behandlungsentscheidungen.

Gemäss einer Studie der Schweizerischen Stiftung Patientenorganisation (SPO)²⁰ fühlt sich die Mehrheit der Patient:innen in Behandlungen zu wenig einbezogen und möchte «Optionen erhalten, die man wählen kann, und dadurch das Gefühl kriegen, dass man was bewirken kann». Patient:innen erleben diese Eigenverantwortung als positiv, da sie die Behandlung besser auf sich abstimmen und in den Alltag integrieren können und sich gleichzeitig sicherer und weniger ausgeliefert fühlen.²¹ Heutige digitale Technologien wie Wearables oder Smart Watches können die Gesundheitskompetenz zusätzlich festigen. Sie ermöglichen es Patient:innen, Symptome und Zustände zu überwachen, den Gesundheitszustand und die persönliche Entwicklung zu überblicken. Das erweitert die persönliche Einschätzung und gibt den Patient:innen eine vorteilhafte Entscheidungsgrundlage für zukünftige Behandlungsschritte.²² Schliesslich müssen die Betroffenen diese Verantwortung bewusst wahrnehmen und ihre Gesundheitskompetenz aufbauen wollen. Ihr individuelles Wissen sollen Patient:innen im Einklang mit den vorhandenen Einsichten, Empfehlungen und Strukturen für eine Behandlung nutzen.

Damit Patient:innen ihre Gesundheitskompetenzen ausbauen können, benötigen sie Zugang zu relevanten und zielgerichteten Informationen. Diese sollen verständlich und auf die Bedürfnisse der Patient:innen aufbereitet werden. Bestenfalls werden sie zur Verfügung gestellt oder die Patient:innen fordern sie bewusst an. Relevante Informationen können zum Beispiel Behandlungsoptionen, Behandlungsabläufe, Komplementärangebote oder Qualitätseinschätzungen beinhalten. Damit wird auch aus

Patientensicht eine Erhebung von indikationsspezifischer Qualität notwendig, um Transparenz und Vergleichbarkeit zu schaffen. Diese Auseinandersetzung mit Qualität soll zudem eine kritische Betrachtung medizinischer Leistungen aus Patientensicht auslösen. Das gesteigerte Interesse an der Gesundheit und der Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen befähigen Patient:innen, nutzenorientierte Behandlungsentscheidungen zu treffen. Zudem erlangen sie eine Einschätzung der Qualität von Gesundheitsleistungen und eine Offenheit für innovative Technologien, Behandlungsmethoden und Angebote, die diese Qualität erhöhen.

Ebenfalls zentral für Patient:innen ist der Zugriff auf ihre Gesundheitsdaten. Aktuell ist das auf Nachfrage möglich, geschieht aber vorwiegend analog. Das kann zu Wissenslücken bei den Patient:innen führen. Eine integrierte ICT-Plattform ermöglicht den zukünftigen Austausch von Daten und einen einfacheren Zugang zu allen möglichen Gesundheitsdaten. Eine solche Plattform geht deutlich weiter als die bestehenden Anwendungen von Versicherern oder Leistungserbringern. Nur wenn Patient:innen den Zugang zu ihren Gesundheitsdaten garantieren und integrierte ICT-Plattformen aktiv nutzen, können ihre Gesundheitsdaten für eine optimale qualitätsorientierte Behandlung eingesetzt werden. Dazu müssen Patient:innen im Umgang mit ihren Daten geschult und aufgeklärt werden.

Ansätze solcher Plattformen bilden «Compassana» (vgl. «Aus der Praxis», Seite 29), «Well» oder «Benecura».



- ✔ Qualitäts- und Kostenbewusstsein
- ✔ Vernetzte Akteure
- ✔ Qualitätsanreize
- ✔ Qualitätswettbewerb
- ✔ Veränderungskultur
- ✔ Qualitäts- und Kostenmessungen
- ✔ Transparente Daten + Informationen
- ✔ Digitale Innovationen
- ✔ Prozess- und Produktoptimierung



Vom Wettbewerb zum Continuum of Care

Die Hirslanden-Gruppe hat ihr Performance Management über die letzten Jahre laufend ausgebaut. 2012 entstand das System-Provider-Modell, 2015 das Versorgungsregionenmodell, 2020 das Continuum of Care (CoC) und jüngst die Plattform «Compassana» mit Fokus auf den Patientennutzen. Dieser wird bei Hirslanden wie folgt gemessen: Medizinisches Ergebnis plus Patientenzufriedenheit geteilt durch die Patientenfallkosten.

Mit dem System-Provider-Modell wurden IPUs innerhalb der Hirslanden-Gruppe geschaffen. Es beschreibt eine Kombination von Chefarztmodell in der medizinischen Grundversorgung und Belegarztmodell in der spezialisierten Medizin. Das Modell zielt darauf ab, konkurrierende medizinische Teams innerhalb der gleichen Klinik aufeinander abzustimmen und ein Rahmenwerk für Qualitätswettbewerb zwischen diesen Teams zu schaffen.²³ Daraus geht ein Mehrwert für Patient:innen, Ärzteschaft und Kliniken hervor. Gleichzeitig entsteht ein Rahmen für eine erfolgreiche Ausrichtung von Angestellten, Partnerärzt:innen, Partner:innen und den Managementfunktionen.

Im Mittelpunkt des nächsten Entwicklungsschrittes steht das Continuum of Care (CoC). Damit bezeichnet Hirslanden das gesamte Leistungsspektrum im Bereich Gesundheit entlang des Lebenswegs und in jeder Lebenssituation eines Menschen, ähnlich wie Behandlungszyklen. Das CoC umfasst die Bereiche Prävention, Diagnose, Behandlung und Nachversorgung. Dabei werden physische und digitale Leistungen kombiniert, da Patient:innen in verschiedenen Lebenssituationen unterschiedliche Bedürfnisse haben und gewünschte oder benötigte Leistungen ortsunabhängig beziehen. Das CoC soll Antworten auf alle Gesundheitsfragen geben, die Hirslanden durch eine nahtlose Versorgung innerhalb des ambulanten und stationären Netzwerkes schweizweit anbietet. Nicht alle Leistungen erbringt das Hirsland-

den-Netzwerk selbst, sondern es baut auf die bestehenden Kernkompetenzen in der kundenorientierten, spezialisierten Medizin, Pflege und Therapie.

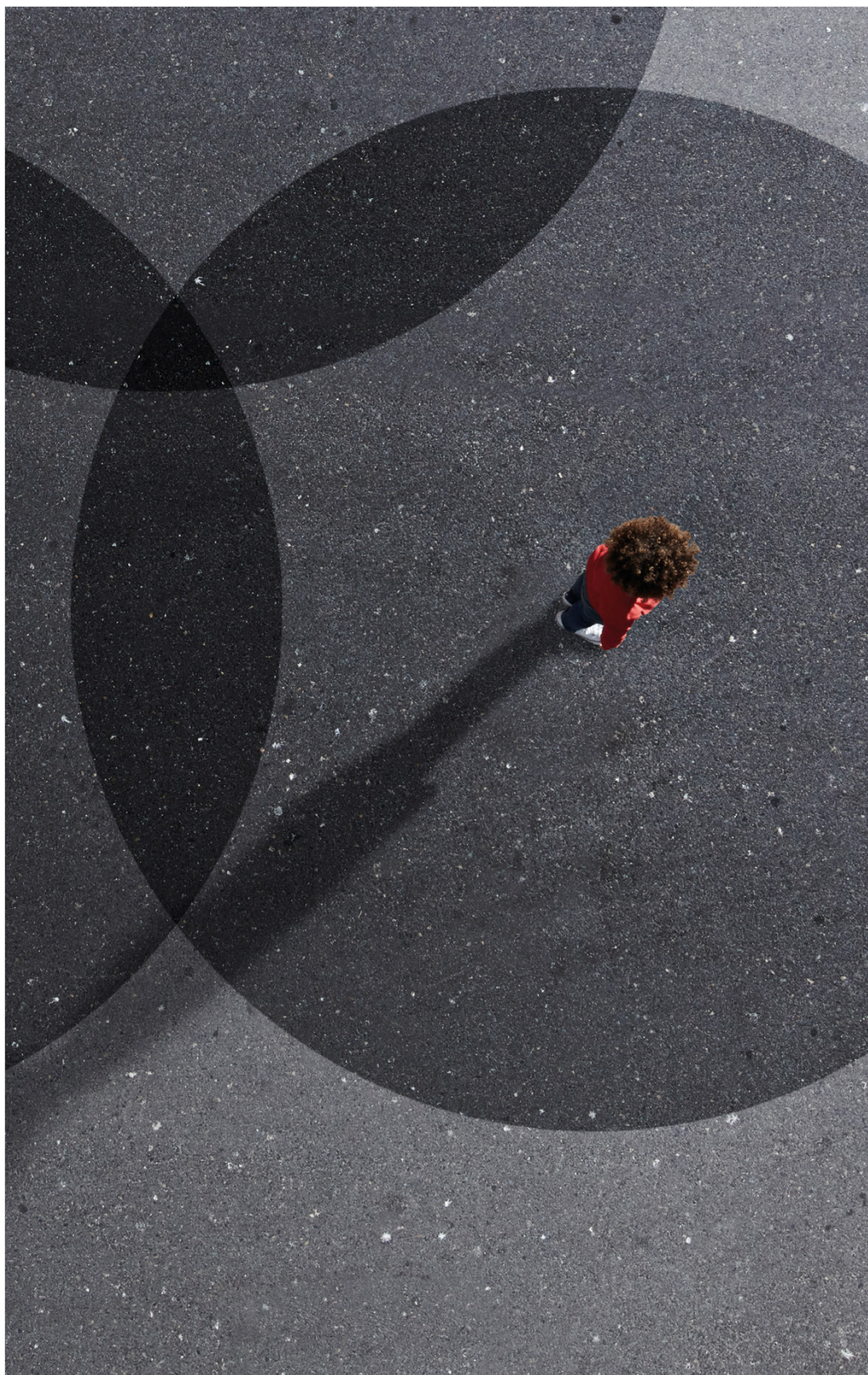
Der Ansatz der nahtlosen, integrierten Versorgung bietet dabei insbesondere Potenzial für Differenzierung pro Versicherungsklasse. Am besten lässt sich dies anhand der Kooperation von Helsana, Medbase und Hirslanden verdeutlichen: Zusatzversicherte von Helsana werden dank eines neuen, spezifisch dafür entwickelten Versicherungsproduktes noch besser auf ihrem Behandlungsweg begleitet. Damit profitieren diese von einem breiteren Angebot mit mehr Wahlfreiheit und Komfort bei einer nahtlosen Betreuung vor, während und nach einer Behandlung. Durch die kundenorientierte Verknüpfung ambulanter und stationärer Leistungen können die drei Partner somit eine integrierte, qualitativ hochstehende Versorgung entlang des gesamten Behandlungsweges anbieten.

Zudem treibt Hirslanden die indikationsspezifische Prävention – etwa mit genetischen Abklärungen und entsprechenden Präventionsprogrammen – gezielt voran. Dazu geht die Gruppe explizite Partnerschaften für andere Angebote und Leistungen ausserhalb des Hirslanden-Spektrums ein. Der Gesundheitsanbieter will damit gemeinsam mit seinen Partnern für die Menschen da sein und ihnen ein gesundes Leben ermöglichen – von der Geburt bis ins hohe Alter, physisch ebenso wie digital.

In der Orchestrierung der Leistungen entlang des CoC spielt die Hirslanden-App eine wichtige Rolle. Die App unterstützt die Patient:innen bei diversen Berührungspunkten und kann die CoC-Partner basierend auf patientenorientierten Ergebnissen bewerten. Hirslanden differenziert die Leistungen entlang der Behandlungszyklen pro Versicherungsklasse.

Als Weiterentwicklung dieser Anwendung hat Hirslanden gemeinsam mit Medbase, Groupe Mutuel, Helsana und SWICA ein digital unterstütztes Gesundheitsökosystem lanciert. Damit wollen die Ökosystempartner eine einfachere und eigenverantwortliche Koordination der medizinischen Versorgung, eine bessere Behandlungsqualität und effizientere Prozesse gewährleisten. Kern des Projekts ist das Portal «Compassana» für Patient:innen und Kund:innen.

Hirslanden setzt mit dem CoC und «Compassana» diverse Aspekte des VBHC-Frameworks von PwC um. Verschiedene Akteure des Gesundheitswesens kollaborieren vernetzt und verfolgen gemeinsam einen integrierten Behandlungspfad. Dazu wurden Prozessoptimierungen vorgenommen und digitale Innovationen eingeführt.



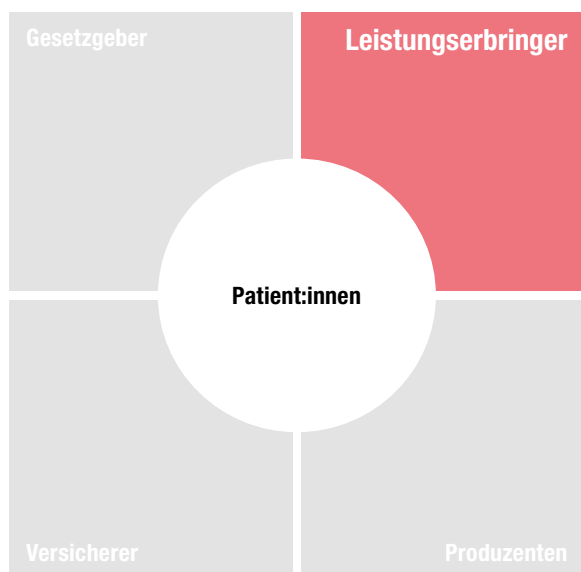
4

Handlungsempfehlungen für die Umsetzung von VBHC

Für die Umsetzung von VBHC kann unser PwC Framework als Leitschnur dienen. Nachfolgend erläutern wir Handlungsfelder und geben den Gesundheitsakteuren Impulse, die eine Umsetzung von VBHC langfristig ermöglichen.



Für Leistungserbringer



Zu den Leistungserbringern zählen Spitäler, Re-
habilitationskliniken, Psychiatrien, Langzeitpflege,
Spitex, niedergelassene Spezial- und Hausärzte und
sonstige ambulante und stationäre Gesundheitsver-
sorger. Sie können das VBHC-Framework von PwC
mit diversen Massnahmen umsetzen und wesentlich
zur Optimierung des Patientennutzens beitragen.

- ✓ Indikationsspezifische Qualitäts-
indikatoren verbindlich definieren,
strukturiert erfassen, dokumentieren
und deren Austausch fördern
- ✓ Qualitätsmessungen und
Kostenaufschlüsselung darlegen,
um Transparenz zu erhöhen
- ✓ Gemeinsam mit Patient:innen
individualisierte und datenbasierte
Behandlungsentscheidungen treffen
- ✓ Sich miteinander vernetzen, um
einen integrierten Behandlungspfad
abzubilden
- ✓ Digitale und technologische
Innovationen fördern und Prozesse
standardisieren, um den Patienten-
nutzen zu erhöhen
- ✓ Möglichkeiten im VVG zur
Umsetzung von VBHC nutzen
- ✓ Eine Veränderungskultur entwickeln
und etablieren

Indikationsspezifische Qualitätsindikatoren definieren

Leistungserbringer sollten, wo sinnvoll und machbar, je Indikation strukturierte und standardisierte Qualitätsparameter wie PROMs, PREMs, CROMs und andere verbindlich erfassen und transparent kommunizieren. Dabei könnte sich die Schweiz auf einen bestehenden Standard festlegen, zum Beispiel auf das International Consortium of Healthcare Outcomes Measurement (ICHOM). Damit lassen sich Leistungen indikationsspezifisch vergleichen und der tatsächliche Qualitätswettbewerb zwischen den Leistungserbringern wird gefördert. Denkbar wäre sogar, Qualitätsindikatoren pro Behandlungsteam oder behandelnde Ärzt:innen zu vergleichen.

In diesem Zusammenhang werden Schulungen der Mitarbeitenden und der Organisationen zu den Qualitätsindikatoren, deren Nutzen und Einsatz notwendig. Zudem liesse sich Fehlanreizen entgegenwirken, aufgrund deren Leistungserbringer möglichst viele Fallzahlen oder Umsatz- oder Belegungsziele anstreben. Eine strukturierte Erfassung von Qualitätsindikatoren macht deutlich, wie hoch der Nutzen von Eingriffen des Behandlungsteams ist.

Die Leistungserbringer sollten institutionsübergreifende Qualitätsindikatoren und Standards etablieren, zum Beispiel mit gemeinsam eingesetzten Fachgruppen. Hier böte sich die ANQ mit einem klaren Mandat der eidgenössischen Qualitätskommission an. Dazu wären eine substanzielle Förderung und ein gezieltes Vorgehen im Hinblick auf die Qualitätsmessung ohne politisch gewählte Indikatoren nötig. Die Qualitätsparameter müssen über allgemeine Messindikatoren wie Infektions-, Mortalitäts- und Rehospitalisierungsraten hinausgehen und Nutzenaspekte wie Funktionsfähigkeit, Lebensqualität, Wohlbefinden und Gesundheitszustand berücksichtigen (Kombination aus PROMs, CROMs, PREMs). Zudem müssen sich die Frageinstrumente an Patient:innen orientieren sowie Faktoren von Gesundheitskompetenzen und Kultur einbeziehen. Durch ein aktives Vorgehen der Leistungserbringer liessen sich regulatorische Vorgaben wie standardisierte Qualitätsindikatoren und eine Erfassungspflicht vermeiden. Die Leistungserbringer können die Einführung der Qualitätsindikatoren und deren Erfassung direkt vornehmen und steuern.

Ein Beispiel einer systematischen Erfassung zeigt das Universitätsspital Basel in Zusammenarbeit mit Roche im Bereich der Lungenkrebserkrankung (vgl. «Aus der Praxis», Seite 34).





Aus der Praxis: Roche und USB

- ✔ Qualitäts- und Kostenbewusstsein
- ✔ Vernetzte Akteure
- ✔ Qualitätswettbewerb
- ✔ Veränderungskultur
- ✔ Qualitäts- und Kostenmessungen
- ✔ Transparente Daten und Informationen
- ✔ Prozess- und Produktoptimierung



Verbesserter Patientennutzen und Ressourceneinsatz bei Lungenkrebs-erkrankten

Das Universitätsspital Basel (USB) und Roche möchten gemeinsam einen schweizweiten Standard zur Umsetzung von VBHC im klinischen Alltag der Schweiz definieren. Die Parteien haben sich zusammengeschlossen, um den Patientennutzen und die Effizienz des Ressourceneinsatzes am Beispiel von Lungenkrebs zu untersuchen.

In diesem Ko-Projekt werden Behandlungsergebnisse aus Patientensicht – gemessen in PROMs und ergänzt mit den klinischen Parametern CROMs – mit dem Kostenaufwand über den Behandlungspfad hinweg in Relation gesetzt. Dadurch lässt sich der Nutzen der Gesamtbehandlung für die Patient:innen darstellen. Mittlerweile werden PROMs am USB für 20 verschiedene Krankheitsbilder standardisiert erhoben.

Die Projektpartner gehen der Frage nach, wie sich Behandlungsansätze auf Patient:innen zuschneiden und damit die individuelle Behandlungsqualität erhöhen

lässt. Daraus ergeben sich wichtige Erkenntnisse für optimale Versorgungsprozesse und personalisierte Diagnose- oder Therapieoptionen. Die Erfahrungen fließen möglicherweise in Zukunft auch in lokale, nationale oder internationale Behandlungsempfehlungen («Guidelines») ein und stehen auf diesem Weg anderen Spitälern und ihren Patient:innen zur Verfügung.

Ein weiteres Ziel des Pilotprojekts ist es, zu evaluieren, ob und wie VBHC in den klinischen Alltag integriert werden kann. Zugleich fördert ein besseres Verständnis des individuellen Patientennutzens innovative Vergütungsmodelle, in denen die Effektivität von Behandlungen aus Patientensicht in den Vordergrund rückt. Die Plattform muss über offene Schnittstellen verfügen und gleichzeitig einen Mindeststandard für Interoperabilität sicherstellen.

Das USB hat VBHC strategisch verankert und verfügt über eine international ausgewiesene PROM-Expertise. Das Pharmaunternehmen Roche ist weltweit vernetzt. Die Kooperation der beiden Partner zeigt beispielhaft auf, wie Mehrwert sowohl für Patient:innen als auch für die beteiligten Unternehmen entsteht. Die Erkenntnisse aus der Interimsanalyse sollen schon bald publiziert und in den Klinikalltag integriert werden.

Das Projekt setzt Qualitätsmessungen und die aktive Vernetzung von Leistungserbringern und Produzenten in der Praxis um. Es illustriert, wie sich VBHC-Aspekte wie Qualitätsbewusstsein, Qualitätswettbewerb oder Qualitätsanreize mithilfe der Messung von Qualitätsindikatoren implementieren lassen.

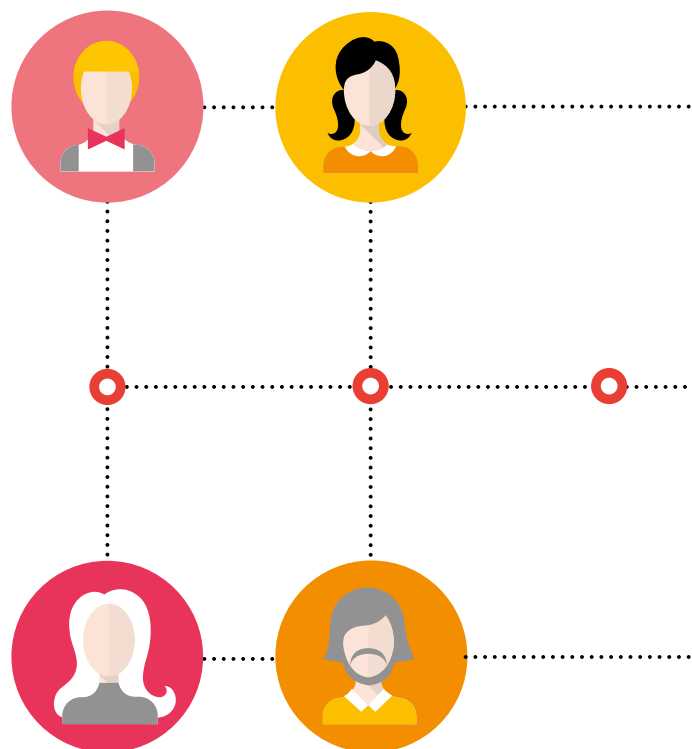
Transparenten Datenaustausch sicherstellen

Die Leistungserbringer sollten die erhobenen Daten mit anderen Involvierten – insbesondere mit der Öffentlichkeit oder einer eingesetzten Qualitätsstelle (z. B. ANQ) und den Patient:innen – teilen, zum Beispiel über verlässliche Vergleichsportale wie spitalinfo.ch, comparis.ch oder ANQ. Dazu braucht es eine zentrale ICT-Plattform, die den sicheren Austausch der Daten gewährleistet. Diese Plattform muss über offene Schnittstellen verfügen und gleichzeitig einen Mindeststandard für Interoperabilität sicherstellen. Der Datenaustausch ermöglicht den Vergleich von Gesundheitsleistungen sowie die Entwicklung von Goldstandards zu Behandlungen je Indikation. Diese Einsichten lassen sich für die interne Qualitätssicherung und -steigerung nutzen. Des Weiteren sind das Aufzeigen des Mehrwerts der Qualitätserhebung unter den Akteuren sowie das Etablieren von Best Practices und Standards mitverantwortlich für eine erfolgreiche Implementierung.

Mehr Transparenz ist nicht nur in Bezug auf die Qualität, sondern auch hinsichtlich Kosten gefragt. Dazu sollen die Leistungserbringer die Kosten über den Behandlungspfad hinweg transparent dokumentieren und diese mit den Patient:innen teilen (Rechnungsstellung auch beim Kostenvergütungsprinzip). Bisher geschieht das nicht, da kein Anreiz für Qualitätstransparenz existiert. Aufgrund fehlender Vergleichbarkeit ist es wahrscheinlicher, dass sich ein solches Vorgehen eher negativ auf die Wettbewerbsposition der Leistungserbringer auswirkt.

Individualisierte Behandlungsentscheidungen treffen

Behandlungsentscheidungen sollen einen optimalen Patientennutzen anstreben und die Präferenzen der Patient:innen einbeziehen. Demnach müssen sie individuell auf die Patient:innen zugeschnitten sein und deren Gesundheitszustand als Ganzes betrachten. Deshalb sollten Leistungserbringer individualisierte Behandlungsangebote aufbauen und gleichzeitig ihre Mitarbeitenden auf individualisierte Behandlungsentscheidungen sensibilisieren und schulen. Die Individualisierung muss über den gesamten Behandlungsprozess hinweg stattfinden. So sind Behandlungsoptionen – ambulant vs. stationär und konservativ vs. invasiv – im Gespräch mit Patient:innen gegeneinander abzuwägen. Dies geschieht bestenfalls in einem Dialog mit den Patient:innen, individuell und situationsgerecht («shared decision making»)²⁴. So lassen sich Über- und Fehlbehandlungen zugunsten der Patient:innen reduzieren. Als Entscheidungsgrundlagen dienen objektive Datensätze und Qualitätsmessungen. Ganz wichtig: Tarif- und Incentivierungssysteme dürfen diesen individualisierten Behandlungsentscheidungen nicht wie bisher widersprechen.



Vernetzung fördern

Die Leistungserbringer müssen sich mit anderen Leistungserbringern und Akteuren vernetzen, um eine integrierte, hochklassige Versorgung von der Prävention bis zur Nachbehandlung sicherzustellen. Deshalb müssen sie Behandlungspfade untereinander absprechen und alle an der Behandlung Beteiligten integrieren. Das gelingt nur, wenn die Leistungserbringer veraltetes Silodenken ablegen und sich für Kooperationen und Netzwerke öffnen. Ziel muss es sein, die Versorgung bei jenem Leistungserbringer zu platzieren, der den besten Patientennutzen generiert.

Für die Umsetzung dieses VBHC-Aspekts ist es entscheidend, dass die Tarifierung die integrierten Behandlungsprozesse abbildet und Verlegungen oder optimierte Verweildauern finanziell belohnt und nicht bestraft – immer in Anlehnung an die Gesamtkosten für die Behandlung (vgl. «Aus der Praxis», Seite 36).

Eine verbindliche Vernetzung der Leistungserbringer bedingt das Aufbereiten von umfassenden, adressatengerechten Behandlungsinformationen für alle Bevölkerungsschichten, den Zugang zu den richtigen Leistungserbringern zum richtigen Zeitpunkt, eine einfache Terminvereinbarung, kurze Wartezeiten, digitale und virtuelle Versorgungsangebote und Sprechstunden in allen Lebenssituationen. Solche Massnahmen gestalten den Zugang zur Versorgung für die Bevölkerung zielsicherer.

Aus der Praxis: Swiss Medical Network

- ✓ Qualitäts- und Kostenbewusstsein
- ✓ Vernetzte Akteure
- ✓ Qualitätsanreize
- ✓ Prozess- und Produktoptimierung
- ✓ Veränderungskultur
- ✓ Transparente Daten und Informationen



Integrierte Versorgung und Full-Capitation-Modell im «Arc Jurassien»

In seiner Zukunftsvision möchte Swiss Medical Network (SMN) integrierte Versorgungslösungen entlang des gesamten Lebensweges der Patient:innen anbieten (Integrated Care Systems). SMN sieht dazu eine enge Vernetzung verschiedener Leistungserbringer und alternative Finanzierungsmodelle in Form einer Zusammenarbeit mit einem Versicherer zur Einführung eines Full-Capitation-Modells vor. Ziel ist es, möglichst viele Zielkonflikte zwischen den Akteuren (Versicherer, Patient:innen, Leistungserbringer) zu entschärfen. Das verschafft SMN als integrierter Versorger und Versicherer einen übergeordneten Anreiz, maximale Leistung bei minimalen Kosten zu erreichen. Zudem liessen sich die heutigen Fehlanreize zusehends eliminieren.

In einem Projekt in der Region «Arc Jurassien» leistet SMN aktuell Pionierarbeit bei der Umsetzung einer integrierten Versorgungslandschaft, der Vernetzung relevanter Akteure sowie der Einführung des Full-Capitation-Modells. Dieses ersetzt ergebnisorientiert die vorherrschenden Fee-for-Service-Modelle, die Volumenerhöhungen begünstigen. Um eine Landschaft mit vernetzten Gesundheitsdienstleistungen anzubieten, hat SMN in Abstimmung mit dem Hôpital du Jura Bernois SA (HJB) in den letzten Jahren im «Arc Jurassien» ein breites Netzwerk von Spitälern, Gesundheits- und Notfallzentren, Radiologiezentren, psychiatrischen Kliniken, Hausärzten, Alterspflegeheimen und Laboratorien aufgebaut. Zudem besteht eine Vernetzung mit anderen Leistungserbringern wie dem Universitätsspital Bern als

Endversorger, der Spitex und Rehabilitationskliniken. In einem nächsten Schritt soll ein Versicherer als Partner gewonnen werden. Damit liesse sich der Bevölkerung des «Arc Jurassien» ein «Payvider» (Payor-Provider)-Modell anbieten. Gemeinsam mit dem Versicherungspartner und den vernetzten Akteuren soll ein Full-Capitation-Finanzierungssystem eingeführt werden. Ein solches bedingt, dass ein Budget die Gesamtheit der Patient:innen in der Region abdeckt; im Rahmen dieses Budgets werden alle Leistungen innerhalb der Behandlungseinheit erbracht.

Durch die vollständige Integration der relevanten Akteure werden deren Ziele aligniert. Bestehende Fehlanreize und Zielkonflikte lassen sich beheben und die Hürden überwinden, um einen institutionsübergreifenden und ganzheitlichen Behandlungspfad anzubieten. Damit werden patientenorientierte Behandlungen von ambulant bis rehabilitativ möglich. Zudem bestehen für alle Akteure Anreize, die Mitglieder des Systems möglichst gesund zu erhalten und somit sämtliche Kosten gemeinsam zu optimieren. Während der Fokus auf die Behandlung kranker Mitglieder bestehen bleibt, gewinnt der Erhalt der Gesundheit der gesamten Bevölkerung an Bedeutung.

Für die Zukunft betont SMN, wie wichtig die verbindliche Zusammenarbeit zwischen den Akteuren ist und auch, dass für die langfristige Umsetzung eine technologische interoperable Plattform notwendig ist, welche die Datenqualität verfeinert, weitere Analysemöglichkeiten schafft und die Prävention stärkt.

Das Fallbeispiel illustriert die Umsetzung von integrierten Versorgungssystemen sowie die Anpassung der Vergütungsmechanismen, um wirkungsvolle Qualitätsanreize zu setzen. Damit greift das Fallbeispiele mehrere wichtige Aspekte des VBHC-Frameworks von PwC auf, unter anderem vernetzte Akteure, Qualitätsanreize sowie die Stärkung von Qualitäts- und Kostenbewusstsein.

Innovationen fördern und Prozesse standardisieren

Digitale und technologische Innovationen sind für die Umsetzung von VBHC zentral. Deshalb sollten Leistungserbringer Innovationen bewusst vorantreiben. Sie müssen ihrer digitalen Entwicklung Priorität einräumen, interne Ressourcen und Fachkompetenzen schaffen sowie die (ICT-)Infrastruktur aufrüsten. In dieser müssen sie Interoperabilität, Schnittstellen und Datenschutz sowie -sicherheit berücksichtigen, damit grosse Investitionen nicht in einzelnen Bereichen verpuffen. Die Standardisierung von Prozessen kann die Effizienz zusätzlich anheben, Fehlerquoten reduzieren und Qualität sichern. Die Leistungserbringer sollten gezielt entscheiden, welche Prozesse sie sinnvollerweise und qualitätssteigernd standardisieren, ohne an Individualität und Innovationskraft

einzubüssen. Prozessoptimierungen und Effizienzsteigerungen können zudem Prozesszeiten der Leistungserbringer wie zum Beispiel Liegedauern in den Spitälern kürzen, was sich positiv auf die Kosten auswirkt (vgl. «Aus der Praxis», siehe unten).

Eine zentrale Herausforderung besteht bisher darin, dass die einzelnen Institutionen nach Individualität von Prozessen streben. Gerade digitale Prozesse lassen sich dann effizient skalieren, wenn Standardprozesse etabliert werden. Bei vielen Leistungserbringern steht heute die Abgrenzung von Mitbewerbern anstelle der Gemeinsamkeiten im Vordergrund, was eine umfassende Standardisierung erschwert.

Aus der Praxis: IVF Hartmann

- ✔ Qualitäts- und Kostenbewusstsein
- ✔ Vernetzte Akteure
- ✔ Digitale Innovationen
- ✔ Prozess- und Produktoptimierung



Prozess- und Kostenoptimierung für Pflegeheime

Um sich verstärkt auf die qualitative Patientenbetreuung in Alters- und Pflegeheimen zu konzentrieren, hat IVF Hartmann eine digitale Plattform entwickelt. Damit lassen sich Prozesskosten bei der Beschaffung und Bewirtschaftung von Produkten für Pflegeheime senken.

Die Vielzahl an Lieferanten, Bestellungen und Anlieferungen in Kombination mit grossen Sortimenten, bewohnerbezogenen Bestellungen/Verteilung sowie einer komplexen Rechnungsabwicklung führt zu zeit- und kostenintensiven Prozessen. Werden Beschaffungsprozesse konsolidiert, lassen sich Ressourcen und Kosten senken.

Die digitale Bestellplattform «easyCare» bietet ein komplettes Produktangebot für Pflegeheime an. Dazu kooperiert IVF Hartmann mit weiteren Lieferanten. Die Pflegeheime können die interne Beschaffung und die Bewirtschaftung über eine digitale Plattform planen und ausführen. Die Lieferung lässt sich den Bedürfnissen des Heimes anpassen. Bestellungen und Anlieferungen erfolgen konsolidiert, wodurch Prozesseinsparungen von bis zu 50 Prozent erzielt werden. Zudem sinkt der administrative Aufwand für Gesundheitspersonal.

Die optimierten Prozesse setzen Personalressourcen für eine intensivere Pflege der Patient:innen frei. Zudem helfen sie mit, Fehlerquoten und Infektionsrisiken zu reduzieren, indem die richtigen Materialien in der richtigen Menge bei den Leistungserbringern an Lager sind. Das erhöht unter dem Strich die Qualität der Behandlung, reduziert die Kosten und optimiert den Patientennutzen.

Dieses Praxisbeispiel enthält zahlreiche Aspekte des VBHC-Frameworks von PwC. Hier vernetzen sich verschiedene Akteure. Dank Prozessoptimierung und digitaler Innovationen wird der Patientennutzen zum Positiven verändert.

Möglichkeiten für VBHC in der Zusatzversicherung erschliessen

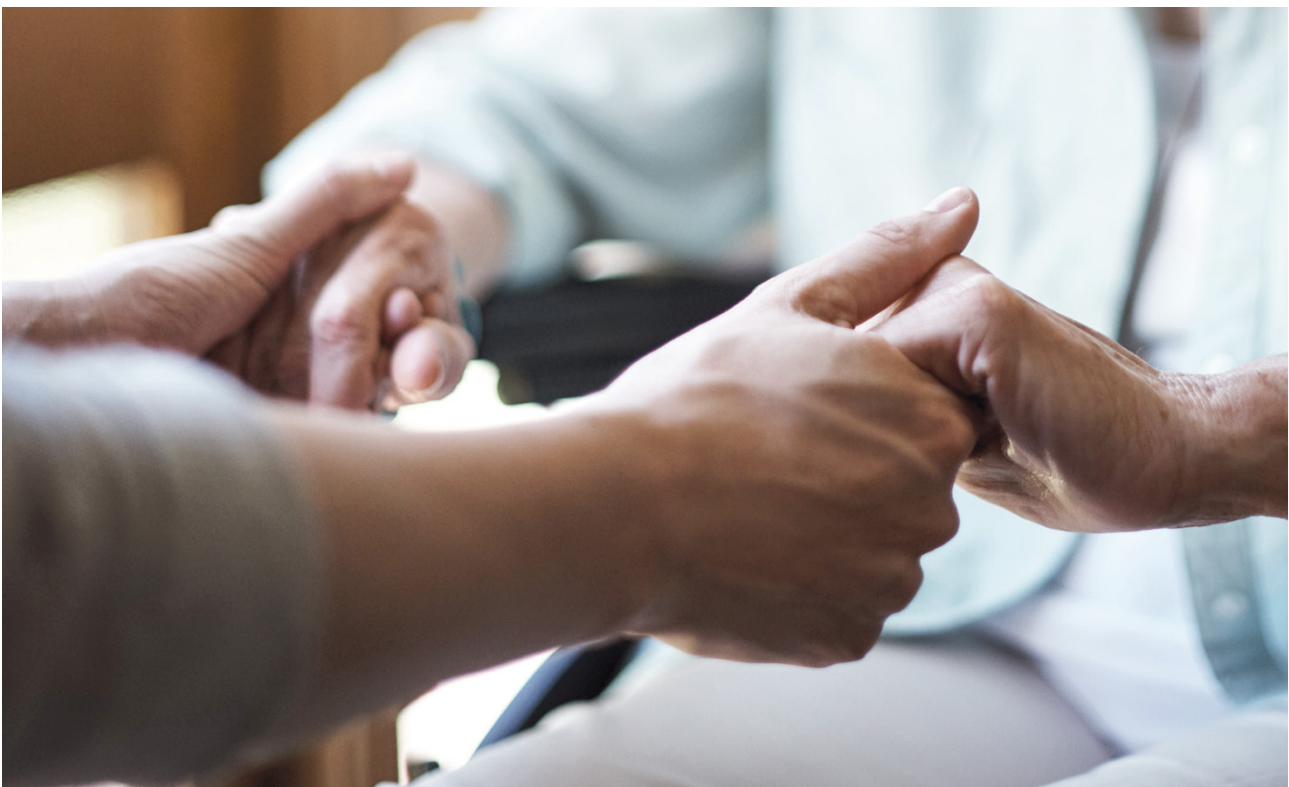
Die aktuellen Rahmenbedingungen räumen den Leistungserbringern einen erweiterten Spielraum ein, insbesondere bei der Differenzierung von Leistungen pro Versicherungsklasse. Die Leistungserbringer sollten sich dieses Differenzierungspotenzial gezielt im Hinblick auf VBHC erschliessen. Unter anderem können sie im Rahmen von Mehrleistungen eine exemplarisch grosse Wahlfreiheit entsprechend ihren Präferenzen, mehr sek-

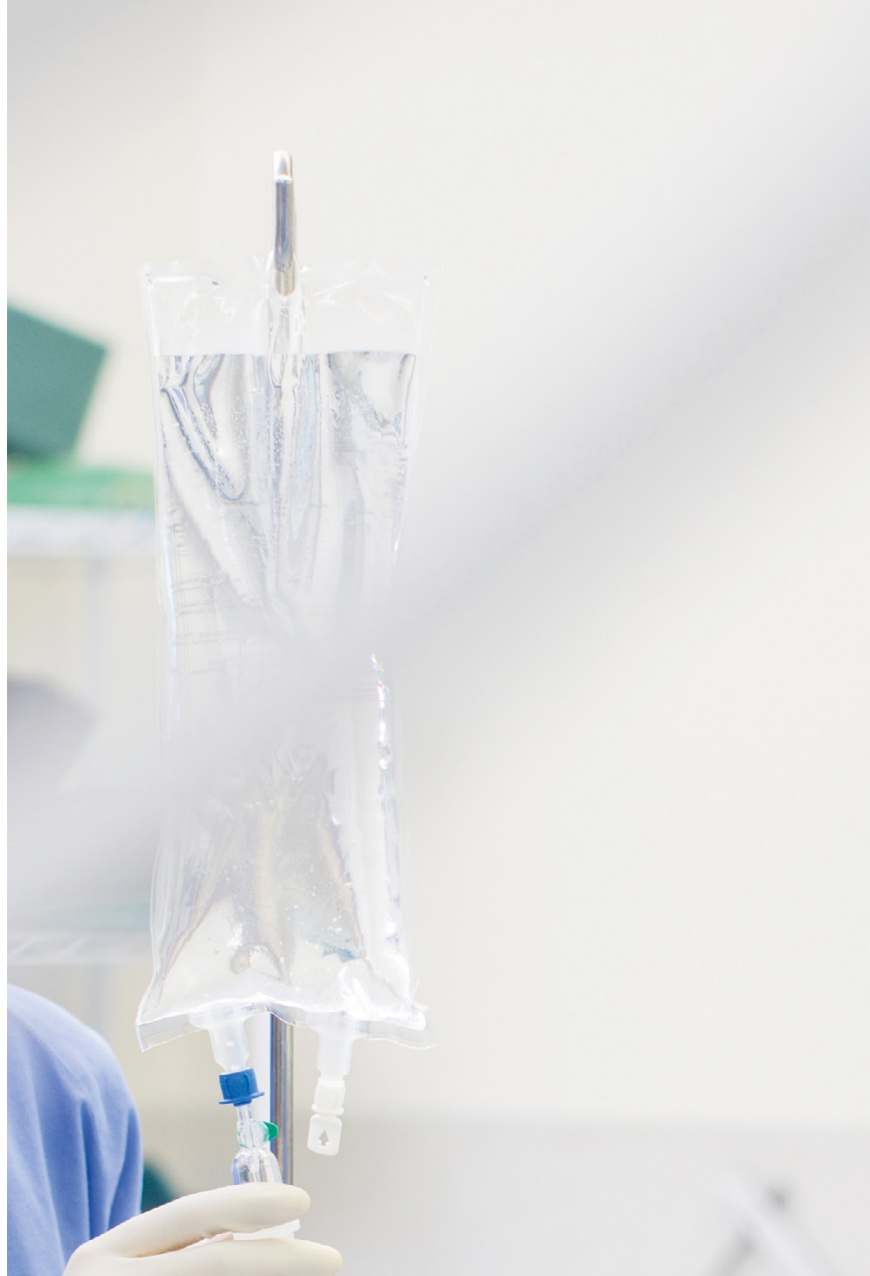
torübergreifende Leistungen, zusätzliche qualitäts- und servicebezogene Leistungen oder weiterführende Beratungen oder Fachmeinungen zu VBHC vorantreiben. Bereits im heutigen System sind Vergütungen über das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) dafür möglich. Zudem können die Leistungserbringer aus diesen Erfahrungen lernen und die Basis für die langfristige Umsetzung von VBHC schaffen.

Veränderungskultur etablieren

VBHC bedingt eine starke Veränderungskultur in allen beteiligten Institutionen. Auch die Leistungserbringer müssen ihre Organisationen auf bevorstehende Veränderungen vorbereiten und ihre Mitarbeitenden aufklären und begleiten. Das gemeinsame Verständnis sowie die Klarheit über geplante Vorhaben können das Einführen von neuen Ansätzen erleichtern. Alle Anspruchsgruppen innerhalb einer Organisation sollen ihren Beitrag zur Veränderung kennen und die entsprechenden Chancen und Herausforderungen verstehen. Die Organisation soll

gemeinsam nach mehr Qualität streben. Dabei darf der Qualitätswettbewerb keine Schuldzuweisung beinhalten, sondern soll lediglich auf eine optimale und nutzenorientierte Behandlung für die Patient:innen abzielen. Dazu zählen eine gesunde Fehlerkultur und das Lernen aus Daten. Diese gelebte Kultur müssen die Leistungserbringer in ihren Organisationen verankern. Nur durch einen systemweit gelebten Hang zur Veränderung zugunsten des Patientennutzens kann VBHC schweizweit erfolgreich implementiert werden.



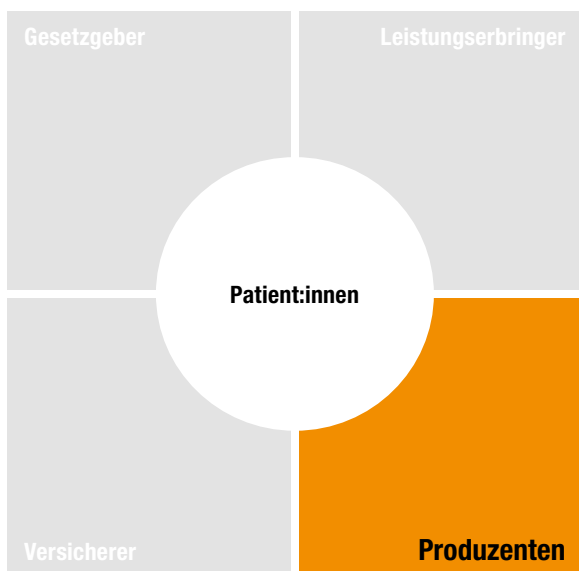


Alle Anspruchsgruppen innerhalb einer Organisation sollen ihren Beitrag zur Veränderung kennen und die entsprechenden Chancen und Herausforderungen verstehen.





Für Produzenten



Unter dem Begriff «Produzenten» verstehen wir Hersteller von Medizin-, Pflege- und Therapieprodukten sowie pharmazeutischen und diagnostischen und Medtech-Produkten. Sie alle können zur Umsetzung von VBHC in der Schweiz beitragen, indem sie innovative Produkte entwickeln, Expertise einsetzen und Vernetzung fördern.

☑ Die Messung der Ergebnisse relevanter Qualitätsindikatoren und des Patientennutzens über den gesamten Behandlungspfad forcieren und den Austausch fördern

☑ Sich an der Messung der Kosten der Produkte über den gesamten Behandlungsprozess beteiligen

Branchenweite Kooperationen eingehen und sich mit Expertise in die Behandlungsprozesse einbringen

☑ Vermehrt entlang von Qualität und Outcomes vergütet werden

Qualitätsindikatoren erheben

Die produzierende Industrie sollte ebenfalls verstärkt Qualitätsindikatoren über den gesamten Behandlungspfad erheben und den Patientennutzen damit kontinuierlich verbessern. Die Daten sollen das patientenrelevante Ergebnis widerspiegeln; damit müssen sie über die Grundlagenqualität hinausgehen. Die Herausforderung besteht darin, einen direkten kausalen Zusammenhang zwischen den einzelnen Produkten und dem patientenrelevanten Outcome herzustellen (z. B. in der Diagnostik). Dazu müssen Gesamtlösungen (aus verschiedenen Produkten von verschiedenen Herstellern) und nicht lediglich Einzellösungen auf den Patientennutzen hin untersucht werden. So sind beispielsweise nicht nur Infektionen und deren Folgekosten zu erheben, sondern auch Faktoren, die die Qualität erhöhen – etwa Komfort, Umgang mit Produkten, Anwendungsprozess oder Dauer der Genesung.

Dazu braucht es für alle Produkte und Produktgruppen einheitliche, vergleichbare Qualitäts- und Erfolgskriterien, also eine Anpassung bestehender Anforderungen an neue Produkte. Die Produzenten sollten die Definition dieser Kriterien in ihren Fachgebieten vorantreiben und bei deren Erarbeitung mitwirken. Zudem müssen sie ein industrie- und betriebsinternes Qualitätsbewusstsein

schaffen und der Verbesserung des Patientennutzens oberste Priorität geben. Auch Produzenten sollten mit anderen Akteuren zusammenarbeiten, um Messindikatoren sowie Kosten-Nutzen-Parameter entlang des gesamten Behandlungspfads zu erfassen. Diese Daten sollten sie systemweit austauschen. Dazu müssen sich alle Akteure bereit erklären, ihre Daten zu teilen, ausgewählte Informationen preiszugeben und zur Transparenz beizutragen. Im Gegenzug erhalten sie Zugang zu den anderen Daten und können davon profitieren.

Der Fokus auf Qualität hat entlang der gesamten Lieferkette zu erfolgen. Dazu steht die produzierende Industrie vom Hersteller bis zum Verkäufer für Qualitätsorientierung über die bisherigen regulatorischen Anforderungen im Medizinalproduktebereich (IVDR) und im Heilmittelbereich (HMG) hinaus in der Verantwortung. Ein Teil sollte auch der Einbezug von nachhaltiger Qualitätsmessung ausserhalb von klinischen Studien nach Lancierung von Produkten – sprich real world evidence – sein. Die Ausrichtung der Gesetze an der Qualität der Leistung sowie eine interoperable ICT-Plattform können die Umsetzung dieses Aspektes vereinfachen. Dazu gilt es, die Prozesse möglichst zu standardisieren.

Kosten messen

Die Produzenten sollten die Kosten des gesamten Behandlungspfads und des nachgelagerten Gesundheitszustands der Patient:innen eruieren. Dazu müssen sie nicht nur die Kosten ihrer eigenen Produkte ausloten, sondern die damit verbundenen Prozessschritte des Behandlungs- und Nutzungsprozesses mitberücksichtigen. Um das zu erreichen, muss die Erfassung der Kosten gemeinsam mit den Leistungserbringern erfolgen. Diese

ganzheitliche Kostensicht ermöglicht die Einschätzung der Auswirkungen (also den Qualitätsvergleich) und somit die Wahl von Produkten mit möglichst tiefen Gesamtkosten im Verhältnis zur Qualität. Damit werden konkret auch hochpreisige Produkte, die langfristige qualitativ hochwertige Behandlungen und Gesundheitszustände erlauben, gefördert. Eine solche Messung ist nur möglich, wenn sich die Akteure bewusst vernetzen.



Branchenweite Kooperationen eingehen

Produzenten müssen eine am Behandlungspfad orientierte Vernetzung innerhalb der Branche fördern. Mit anderen Worten: Silodenken ablegen und Kooperationen eingehen. Dazu müssen sie vermehrt interne Ressourcen für eine intensiviertere Zusammenarbeit und Integration schaffen. Eine solche Vernetzung ist wichtig, um in die Prozesse und Behandlungsabläufe der anderen Akteure (z. B. der Leistungserbringer) involviert zu werden und sich stärker an den Patient:innen auszurichten. Produzenten sollten vermehrt in Pilotprojekte der anderen Akteure sinnstiftend involviert werden und als Gesprächspartner auf Augenhöhe mit anderen Akteuren auftreten. Sie können als Brückenbauer agieren, um den Dialog und Veränderungen anzustossen.

Die Vernetzung ermöglicht einen erweiterten Einblick in das Optimierungspotenzial von Prozessen rund um Produkte. So können die Produzenten über die Produkte hinweg agieren und andere Akteure bei Logistik, Patientenpfad oder Entsorgung unterstützen. Die Expertise der jeweiligen Akteure lässt die bestmögliche Optimierung der Prozesse zu. Das führt unter anderem zu effizienterer Logistik und Produktnutzung, zu besseren Innovationen und einem schnelleren Zugang zum Markt.

Für mehr Zusammenarbeit können die Produzenten beispielsweise digitale Plattformen aufbauen oder anderen Akteuren den Zugang zu bereits etablierten Plattformen gewähren. Johnson & Johnson hat zusammen mit dem Spitalzentrum Biel Abläufe im Operationssaal sowie entlang des Patientenpfads optimiert (vgl. «Aus der Praxis», Seite 43).

Vergütung an Qualität und Leistung orientieren

Value-based Contracting ist in der Praxis immer öfter anzutreffen und entwickelt sich weiter. In diesen Modellen einigen sich Produzenten mit Leistungserbringern oder mit Versicherern auf Vergütungsmodelle, in denen sich die Vergütung an den Leistungen oder an deren Qualität orientiert. Diverse Beispiele machen in der Schweiz bereits Schule, basieren heute aber zumeist noch auf Initiativen und Partnerschaften einzelner Akteure. Wir erwarten in Zukunft umfassendere Ansätze, die Versicherer, Leistungserbringer und Produzenten verbinden. Zentral wird es hierbei sein Vertrauen aufzubauen, gemeinsam zu experimentieren und die Erfahrungen laufend zu evaluieren, um innovativen Vergütungskonzepten flächendeckend zum Durchbruch zu verhelfen.



Produzenten sollten eine am Behandlungspfad orientierte Vernetzung innerhalb der Branche fördern. Mit anderen Worten: Silodenken ablegen und Kooperationen eingehen.



Aus der Praxis: Johnson & Johnson und Spitalzentrum Biel

- ✔ Qualitäts- und Kostenbewusstsein
- ✔ Vernetzte Akteure
- ✔ Qualitätsanreize
- ✔ Prozess- und Produktoptimierung
- ✔ Qualitäts- und Kostenmessungen



Effizienzsteigerung entlang des Patientenpfads

Die Kooperation zwischen der Spitalzentrum Biel AG und Johnson & Johnson (J&J) basiert auf dem gemeinsamen Interesse, den Patientennutzen entlang des Behandlungspfads zu verbessern. Dabei standen die elektiven Knie- und Hüfteingriffe im Fokus. Ziel war eine Optimierung der Unterprozesse, vor allem jener im Operationssaal (OP) sowie der vor- und nachgelagerten Abläufe beim stationären Aufenthalt.

Ein multidisziplinäres Team erarbeitete in Workshops Optimierungen und legte Standards fest. Unter anderem optimierten die Beteiligten die OP-Instrumentensets (Reduktion der Instrumente bei Knieeingriffen –80 Instrumente und bei Hüfteingriffen –49 Instrumente), also eine Ersparnis von Zeit und Aufwand für Aufbereitung und Vereinfachung während des Eingriffs.

J&J bildete die harmonisierten Abläufe in der Folge auf der digitalen Plattform «Surgical Procedure Manager SPM®» ab, um eine kontinuierlich hohe Behandlungsqualität zu gewährleisten. Spitalinterne Messungen bestätigten eine Reduktion von 7 Prozent der Wechselzeiten (Naht bei Patient 1 und Schnitt bei Patient 2), 15 Prozent Reduktion der Schnitt-Naht-Zeiten und Verminderung der

potenziellen Fehlerquote dank standardisierter und reduzierter Instrumentensets. Zusätzlich unterstützt SPM® die Einhaltung der Standards und erleichtert das Zusammenarbeiten im OP trotz hoher Personalrotation zwischen den Teams.

Schliesslich wurde der gesamte Patientenpfad auf Optimierungsmöglichkeiten im Sinne des Patienten untersucht und unter anderem basierend auf die neuen Genesungsprinzipien verbessert. Eine indikationsspezifische Patientenvorbereitung, der Fokus auf Same-Day-Surgery und eine persönliche Nachsorge ermöglichen es, den Behandlungspfad patientenspezifisch zu optimieren. Die umfassende Aufklärung über den erwarteten Behandlungs-, Genesungs- und Rehabilitationsverlauf und die rasche Mobilisierung haben unter anderem zu kürzeren stationären Aufenthalten geführt (durchschnittlich –2 Nächte).

Ein massgebender Erfolgsfaktor war die Zusammenarbeit innerhalb des multidisziplinären Teams entlang des standardisierten Patientenpfads. Zudem liessen sich stationäre Kosten reduzieren und der Deckungsbeitrag der Eingriffe positiv beeinflussen. Vergleichbare Projekte zeigen, dass durch das erwähnte Vorgehen der prozentuale Anteil der Patient:innen, die eine stationäre Rehabilitation benötigen, drastisch gesenkt werden konnte und die Anzahl der Wiedereintritte trotz kürzeren Spitalaufenthalten deutlich reduziert wurde. Das lässt auf einen gesteigerten Patientennutzen schliessen.

Dieses Beispiel setzt Aspekte des VBHC-Frameworks von PwC prototypisch um. Es veranschaulicht die Wichtigkeit der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren und macht deutlich, dass sich durch Prozessanpassungen des Patientenpfads der Patientennutzen erhöhen lässt.



Für Versicherer



Unter dem Begriff «Versicherer» fassen wir alle Finanzierer von Gesundheitsleistungen zusammen, allen voran die Kranken- und Unfallversicherungen. In dieser Funktion haben Versicherer einen enormen Einfluss auf das Schweizer Gesundheitswesen. Sie können wesentlich zu einer erfolgreichen Umsetzung von VBHC beitragen, sofern sie Hürden überwinden und Innovationen fördern.

- ✓ Erhebung von Qualitätsindikatoren und deren Austausch fördern
- ✓ Qualitäts- und ergebnisorientierte Vergütungsmechanismen gestalten und einführen
- ✓ Versicherungsprodukte gestalten, die der Qualität Rechnung tragen, insbesondere im Rahmen des VVG
- ✓ Versicherten Informationen, Beratung und Begleitung für eine nutzenorientierte Behandlung anbieten

Qualitätsindikatoren erheben und Austausch fördern

Die Versicherer sollten eine positiv fördernde Haltung zu VBHC einnehmen und diese aktiv nach aussen tragen. Sie sind eng mit allen Akteuren verbunden, weshalb sie als Impulsgeber für das gesamte Gesundheitswesen fungieren. Als solche können sie die ganzheitliche und systemweite Erhebung und Messung von Qualitätsindikatoren durch die anderen Akteure anstossen. Basierend auf diesen Daten können sie Standards und Benchmarks für einen systemweiten Vergleich definieren.

Die Versicherer sollten ebenfalls den Austausch der Daten unterstützen. Dieser kann unter Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzvorgaben beispielsweise über eine digitale Plattform erfolgen und zur Steuerung von Patient:innen zu besonders starken Leistungserbringern verwendet werden. Das kann so weit gehen, dass

Versicherer nur noch mit Leistungserbringern Verträge abschliessen, die einen Mindeststandard an Qualität erfüllen. Ein solches Vorgehen wäre schon heute mit Managed-Care-Verträgen oder bei der Zusatzversicherung möglich.

Mit diesem Hebel können die Versicherer den Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen vorantreiben, bessere Transparenz über Qualität erlangen und ihren Versicherten einen höheren Patientennutzen versprechen. Damit werden sie der Rolle als Ratgeber und Partner auf Augenhöhe mit ihren Versicherten noch besser gerecht. Mehr Transparenz entsteht auch dann, wenn Patient:innen über Qualität und Kosten besser informiert werden, unter anderem im Zusammenhang mit dem Teilen von Rechnungen im Tiers-payant-System.

Qualitäts- und ergebnisorientierte Vergütungsmechanismen einführen

Die Versicherer müssen eine qualitäts- und ergebnisorientierte Vergütung mitgestalten und einführen. Dazu gilt es, Vergütungsmechanismen auszugestalten, die die Qualität der Behandlung berücksichtigen und Qualitätsindikatoren integrieren. Die Qualitätsaspekte könnten beispielsweise ähnlich in die Versicherungen integriert werden wie bei Vergütungsmodellen zu alternativen Versicherungen (Managed Care).

Ein Beispiel dafür ist die Patient Empowerment Initiative (vgl. «Aus der Praxis», Seite 46). Es sind auch andere Vergütungsansätze denkbar wie Capitation, Bundled Payments oder Pay-for-Performance. Längerfristig sollen Versicherer die qualitätsorientierte Vergütung über die gesamte Behandlung von ambulant zu rehabilitativ ausweiten und entsprechende Vergütungsformen über Institutionsgrenzen hinweg einführen.



Aus der Praxis: CSS, SWICA, USB und KSW

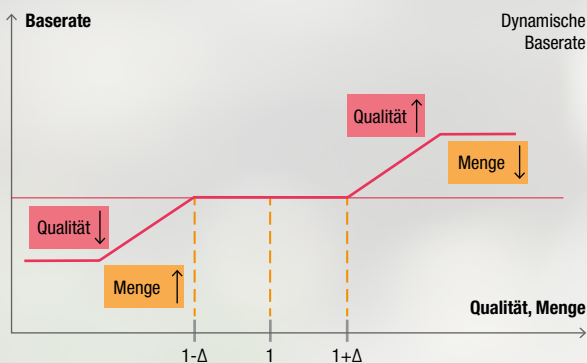
- ✔ Qualitäts- und Kostenbewusstsein
- ✔ Vernetzte Akteure
- ✔ Qualitätsanreize
- ✔ Qualitätswettbewerb
- ✔ Qualitäts- und Kostenmessungen
- ✔ Transparente Daten und Informationen
- ✔ Veränderungskultur



Patient Empowerment Initiative

Die Patient Empowerment Initiative ist ein Pilotprojekt vom Universitätsspital Basel (USB) und Kantonsspital Winterthur (KSW) in Kooperation mit den Krankenversicherungen CSS und SWICA und PwC Schweiz. Die Initiative rückt den Patientennutzen ins Zentrum, korrigiert Fehlanreize und reduziert Fehl- und Überversorgung.

Die Initianten haben einen neuartigen Vergütungsmechanismus entwickelt. Dieser soll basierend auf dem bestehenden Tarif für stationäre Behandlungen CROMs und PROMs in die Tarifgestaltung aufnehmen und damit Menge und Vergütung zumindest teilweise entkoppeln. Dazu sieht die Initiative eine «dynamische» Baserate vor. Die zwischen Versicherungen und Leistungserbringern verhandelte Baserate soll um die Komponenten «Qualitätseffekt» und «Mengeneffekt» erweitert werden. Die beiden Effekte als Auf- oder Abschlag sollen zukünftig jährlich automatisch kalkuliert werden und die Baserate dynamisch darstellen.



Der Qualitätseffekt – erhoben mit PROMs und CROMs – widerspiegelt die Veränderung der Qualität. Eine Erhöhung der Qualität erhöht die Baserate

und damit die Vergütung. Geringere Qualität wiederum führt zu weniger Vergütung. Der Mengeneffekt belohnt tiefere stationäre Behandlungsmengen als Anteil stationärer Behandlungen an der Summe aller Diagnosen. Die hohe Nutzenorientierung führt zu einer Senkung der invasiven Behandlungsmengen.

Durch den Einbezug der Effekte werden Leistungsmenge und Vergütung teilweise entkoppelt. Das korrigiert den aktuellen Fehlanreiz, wonach mehr Menge eine höhere Vergütung bewirkt. Gleichzeitig wird höhere Qualität geliefert. Die Leistungserbringer können sich dabei vermehrt auf die Indikationsstellung konzentrieren und individuelle Patientenpräferenzen beachten. Der neue Vergütungsmechanismus schafft Anreize bewusst auf einer aggregierten Ebene. Die Ärzteschaft soll fallspezifisch und gemeinsam mit den Patient:innen die optimale Behandlung wählen. Erst in der Summe aller relevanten Fälle wirken sich Qualitäts- und Mengeneffekte auf Klinikenebene aus. Die monetären Auswirkungen teilen sich die Akteure untereinander auf.

Die Konzeptphase der Patient Empowerment Initiative geht demnächst zu Ende. Danach beginnt die Test- und Validierungsphase für weitere Indikationen an den zwei Initiativspitälern. Nach diesen Pilotversuchen soll der neue Vergütungsmechanismus auf weitere orthopädische Indikationen angewendet werden. Mittelfristig möchten ihn die Initiativpartner auf weitere Krankheitsbilder ausweiten und neue Leistungserbringer und Krankenversicherer gewinnen.

Die Patient Empowerment Initiative lässt erahnen, dass sich die Zukunft des Schweizer Gesundheitswesens nur gemeinsam ausgestalten lässt. Eine Kooperation zwischen den Initiativpartnern kann dabei als Plattform dienen. Aktuell ist die Datengrundlage von PROMs in der Schweiz dünn und einheitliche Standards fehlen. Deshalb gilt es als Nächstes die Erhebung von PROMs auf mehr Indikationen und Spitäler auszudehnen.

Die Patient Empowerment Initiative ist ein Prototyp für mehrere Aspekte des VBHC-Frameworks von PwC: Sie schafft ein neues Qualitätsbewusstsein, stösst einen Qualitätswettbewerb an, vernetzt die Akteure und setzt damit neue Qualitätsanreize anhand der Messung von Qualitätsindikatoren und einer entsprechenden gemeinsam konzipierten Vergütung.

Qualitätsorientierte Versicherungsprodukte gestalten

Die Versicherer sollten Versicherungsprodukte – insbesondere alternative Versicherungsmodelle – gestalten, die der Qualität Rechnung tragen und weitere Aspekte von VBHC einbeziehen. Damit müssen sie sich auf qualitativ gute Leistungen und Produkte konzentrieren und nutzenorientierte Behandlungsformen akzeptieren. Das kann bedeuten, dass sie innovative Behandlungen oder Produkte (vor allem auch digitale) in ihre Leistungsportfolios integrieren. Hier bleibt gerade im Bereich der Förderung von Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung der Patient:innen einiges zu tun. Versicherungsprodukte sollten Massnahmen, Therapien und digitale Lösungen, die Prävention, Gesundheitserhaltung und einen sinnvollen Umgang mit Ressourcen in Gesundheitsfragen begünstigen. Dabei müssen Vorteile über reine Prämienvergünstigungen hinausgehen und echte Anreize für ein gesundheitsförderndes Verhalten schaffen. Zudem sollen die Versicherer den rechtlichen Spielraum des VVG (z. B. die Differenzierung von Leistungsklassen) mit ihren Versicherungsprodukten im Hinblick auf VBHC bestmöglich ausnutzen.

Informationen, Beratung und Begleitung anbieten

Die Versicherer müssen ihre Rolle gegenüber ihren Versicherten neu definieren. Dabei sollten sie durch die Beratung von administrativen und medizinischen Angelegenheiten zum Behandlungserfolg beitragen. Patient:innen sollten ein Vertrauen zu ihrer Versicherung aufbauen können und diese als neutrale und unterstützende Partei beiziehen. Die Versicherer können mit internen Ressourcen und externer Unterstützung (z. B. Telemedizinanbieter) eine Beratung aufbauen und ihre Versicherten nutzenorientiert begleiten. Auf diese Weise können sie ihr Portfolio von «Prämienparmodellen» zu «Leistungsmodellen» weiterentwickeln. Ein Ansatz zur Umsetzung hat die CSS aufgezeigt mit der Einführung von Qualitätssprechstunden (vgl. «Aus der Praxis», siehe unten).



Aus der Praxis: CSS

- ✔ Qualitätswettbewerb
- ✔ Qualitäts- und Kostenbewusstsein
- ✔ Vernetzte Akteure
- ✔ Transparente Daten und Informationen

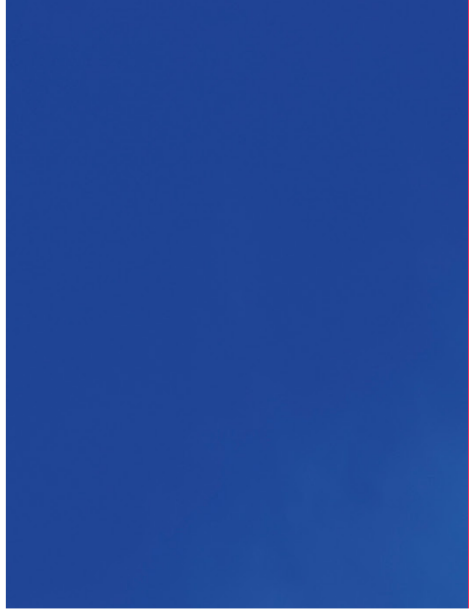


Qualitätssprechstunde

Die CSS engagiert sich für ein höheres Qualitätsbewusstsein. Dazu bietet sie ihren Patient:innen eine Qualitätssprechstunde. Hier erhalten diese vorausschauend qualitätsrelevante Informationen zur

Behandlung und zur Wahl des richtigen Leistungserbringers. Der direkte und persönliche Dialog zwischen Versicherer und Versicherten stärkt das Bewusstsein für das Thema Qualität und erhöht die Transparenz von qualitätsspezifischen Indikatoren. Zudem baut dieser Austausch eine neue Art von Kundenbeziehung auf, wobei der Versicherer die Versicherten bei einer optimalen Gesundheitsversorgung unterstützt.

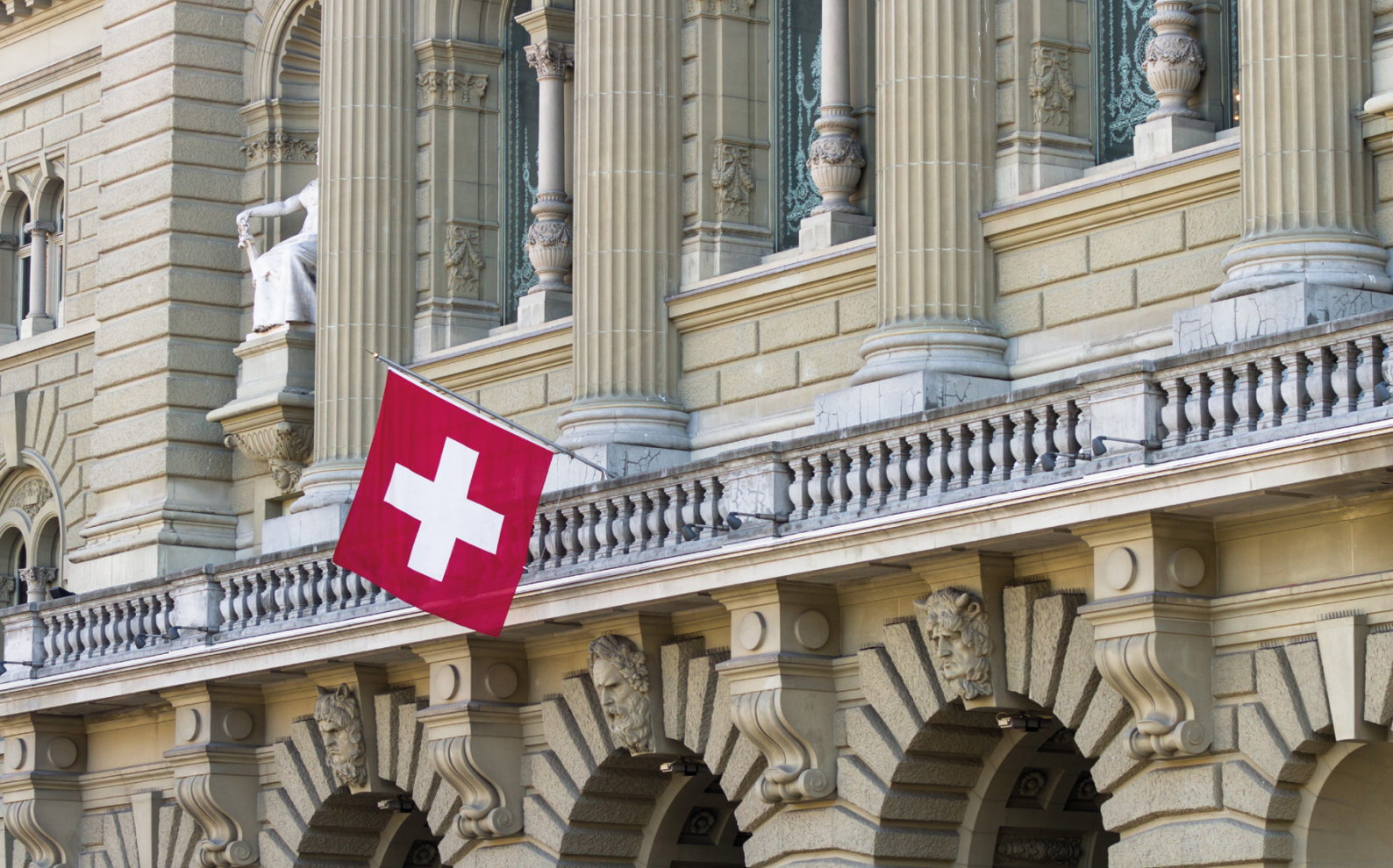
Dieses Praxisbeispiel zeigt, wie mit Transparenz das Qualitätsbewusstsein von Patient:innen geschärft werden kann, und setzt diesen Aspekt des VBHC-Frameworks von PwC erfolgreich um.



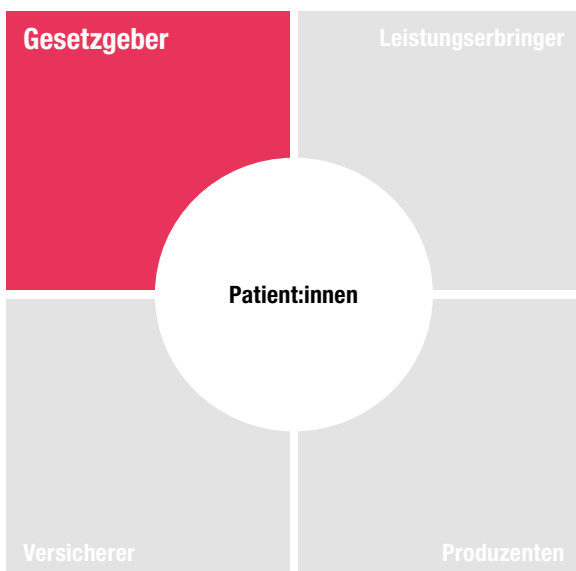
5

Regulatorische Grundlagen für die Umsetzung von VBHC

Unter dem Begriff «Gesetzgeber» fassen wir die gesetzgebenden Behörden des Schweizer Gesundheitswesens zusammen. Dazu zählen wir nationale und kantonale Parlamente, die umsetzende Exekutive – insbesondere auf Kantonsebene – sowie weitere politische Akteure und Entscheidungstragende.



Handlungsimpulse für den Gesetzgeber



Bei der Umsetzung von VBHC kann der Regulator unterstützende Impulse geben und sich bei der Gestaltung eines nutzenorientierten Gesundheitswesens einbringen. Im Optimalfall legt er klare Ziele fest, schafft Grundlagen und Rahmenbedingungen für eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit und baut bestehende Fehlanreize ab. Reaktive Rahmenbedingungen wie reine Kostendämpfungsmaßnahmen behindern die Umsetzung von VBHC.

- ✔ Richtlinien/Vorgaben setzen, sofern das nicht andere Akteure übernehmen
- ✔ Durch Anpassungen in der Tarifierung und Finanzierung die Rahmenbedingungen für eine nutzenorientierte Versorgung schaffen
- ✔ Die Durchlässigkeit zwischen den Versorgungs- und Vernetzungsgrenzen fördern
- ✔ Spielregeln für die ICT-Landschaft im Gesundheitswesen etablieren
- ✔ Rahmenbedingungen für eine nutzenorientierte Entwicklung von Produkten und deren Vertrieb in der produzierenden Industrie schaffen

Richtlinien und Vorgaben setzen

Der Regulator soll die Umsetzung von VBHC begünstigen. Allerdings sollten die Akteure in erster Linie selbst konkrete Rahmenbedingungen schaffen, zum Beispiel indem sie indikationsspezifische relevante Qualitätsindikatoren definieren und selbstständig durchsetzen. Koordinierende Eingriffe der Gesetzgebung, wenn selbstregulierte Lösungen aller Akteure ausbleiben, sind eine Gratwanderung. Dies sei am Beispiel der Qualitätsindikatoren erklärt: Können die Leistungserbringer in naher Zukunft eigenständig keine Lösungen umsetzen, so könnte der Gesetzgeber Qualitätsindikatoren auf nationaler Ebene vorgeben. Denkbar wäre ebenfalls, dass eine neutrale Organisation beauftragt wird, einheitliche Qualitätsmassgaben unter Beizug der Akteure zu definieren. Zudem könnte eine öffentliche Förderung in Form der Eidgenössischen Qualitätskommission erfolgen. Allerdings bliebe die Mitgestaltung der Direktbetroffenen auf der Strecke und der Wandel wäre ungleich schwieriger.

Im Weiteren kann der Gesetzgeber eine wegweisende Funktion einnehmen, indem er den Akteuren nächste Schritte zur Implementierung von VBHC aufzeigt und Ideen sowie erfolgreiche Pilotprojekte auf einer systemweiten Onlineplattform veröffentlicht. Damit kann er Wissen, Ideen und Umsetzungsbeispiele übersichtlich bündeln und den Akteuren Hand bieten.

Tarifierung und Finanzierung anpassen

Eine Voraussetzung für VBHC sind durchgängige Tarifsysteme. Also muss die Tarifierung von stationären und ambulanten sowie weiteren Gesundheitsleistungen angeglichen werden. Dazu zählen Vergütungsmechanismen wie die Zero-Night-DRG oder ambulante Pauschalen.²⁵ Allerdings sollte die Bepreisung von Leistungen nicht politisch motiviert sein, sondern durch verschiedene Tariforganisationen datengestützt und transparent ablaufen. Ein Vorbild ist SwissDRG, weitere Organisationen wie solutions tarifaires suisses etablieren sich aktuell. Aufgabe des Gesetzgebers soll es sein, die Eigeninitiative und Bildung von Tariforganisationen zu unterstützen.

Zur Angleichung der Finanzierung im ambulanten und stationären Bereich braucht es vom Gesetzgeber eine monistische Finanzierung beider Leistungsbereiche (wie von der Reform EFAS²⁶ – einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen – gefordert). Nur so kann sich das System partnerschaftlich entwickeln. Und nur so lassen sich Fehlanreize korrigieren, Sektorengrenzen abbauen und Anreize für Modelle der integrierten Versorgung setzen.

Im Weiteren muss nutzenzentrierte Qualität in der Vergütung von Gesundheitsleistungen grundsätzlich – also im Krankenversicherungsgesetz KVG – verankert sein. Das bedingt eine klare Definition von (Ergebnis-)Qualität inklusive Messung und einen Auftrag, eine solche durchzuführen und transparent zu kommunizieren. Die Ergebnisqualität muss dann in die Vergütungsmechanismen integriert werden (vgl. «Patient Empowerment Initiative», Seite 46).

Um das volle Potenzial von VBHC auszuschöpfen, sollte der Gesetzgeber Bundled Payments oder Pauschalen über Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie für alle Akteure ermöglichen und incentivieren. Langfristig kann er zudem Anreize für Full-Capitation-Modelle schaffen (vgl. Seite 36).

Durchlässige Versorgungs- und Vernetzungsgrenzen fördern

Der Gesetzgeber muss eine Durchlässigkeit zwischen den Akteuren und den Sektoren gewährleisten und damit Versorgungsgrenzen abbauen und eine ganzheitliche intersektorale Versorgung fördern. Dazu zählt die Spital- beziehungsweise Versorgungsplanung. Hier braucht es vom Gesetzgeber einen klaren Fokus auf die Gewährleistung der Versorgungssicherheit – nicht auf regionalpolitische Anforderungen. Der Regulator sollte sich für nationale Versorgungsregionen einsetzen, wie das beispielsweise in der Nordwestschweiz in Basel-Stadt und Basel-Land bereits erfolgreich umgesetzt und in der Ostschweiz diskutiert wird. Mehr Planung für den ambulanten Bereich wäre nicht zielführend; die aktuellen Regelungen erschweren bereits sinnvolle Versorgungslösungen. Fehl- und Überversorgung müsste über passende Anreizstrukturen aufgefangen werden.

Zusätzlich ist der Gesetzgeber dafür zuständig, dass Versicherungsmodelle, die Durchlässigkeit und VBHC fördern, nicht benachteiligt werden. Das betrifft vor allem alternative Versicherungsmodelle (z. B. Rabatte bei eingeschränkter Arztwahl). Mit mehr Durchlässigkeit von Versorgungs- und Vernetzungsgrenzen setzt der Regulator ein klares Zeichen für eine stärkere Zusammenarbeit der Akteure und legt gleichberechtigte Spielregeln fest. Zudem kann er die Fortschritte, den Mehrwert und die Einsichten aus Initiativen systemweit teilen. Daraus liessen sich sogar Goldstandards oder Richtlinien entwickeln, die eine Umsetzung von VBHC schärfen und eine gemeinsame Richtung vorgeben.

Spielregeln für ICT-Landschaft festlegen

Die ICT-Landschaft des Gesundheitswesens ist für eine erfolgreiche Umsetzung von VBHC entscheidend. Um den Plattformen zum Durchbruch zu verhelfen, sind klare systemweite Rahmenbedingungen notwendig. Deshalb muss der Gesetzgeber die Spielregeln und Standards dafür festlegen. Zum Beispiel muss er das elektronische Patientendossier (EPD) für den Austausch von Patientendaten neu konzipieren. Hier sind insbesondere strukturierte Daten anstelle von PDF-Ablagen zu erfassen. Die doppelte Freiwilligkeit gehört abgeschafft (Patienten verfügen über ein Opt-out statt ein Opt-in) und alle Leistungserbringer sowie niedergelassenen Ärzte sollten dazu verpflichtet werden, das EPD zu nutzen. Nur so können vollständige Daten über den ganzen Behandlungsprozess gesammelt und ein echter Mehrwert generiert werden. Der Bundesrat hat mit seiner Kommunikation zur Weiterentwicklung des EPD einen Schritt in diese Richtung angestossen.²⁷

Die Plattform für Forschungsdaten des Swiss Personalized Health Network (SPHN) ist auf regulatorische Unterstützung angewiesen,²⁸ ebenso das finanzielle Aufsetzen der Austauschplattform für Qualitätsdaten. Das könnte über die eidgenössische Qualitätskommission erfolgen. B2B-Plattformen für eBerichte, eKonsultationen oder eZuweisungen brauchen keine direkte Unterstützung des Gesetzgebers. Allerdings sind sie darauf angewiesen, dass die Rahmenbedingungen die Einführung nicht erschweren oder verhindern. Zudem sind die mit digitalen Plattformen verbundenen Leistungen (u. a. Telekonsultationen, eBerichtserfassung) im Rahmen der Tarifierung zu vergüten. Ebenfalls hilfreich wäre eine digitale Gesundheitsidentität.

Rahmenbedingungen für nutzenorientierte Produkte definieren

Die Umsetzung von VBHC tangiert verschiedene Akteure und Branchen. Nur wenn diese gemeinsam die Verantwortung übernehmen und Handlungsempfehlungen setzen, ist eine flächendeckende Umsetzung möglich. Die produzierende Industrie braucht demnach auch Anreize und Rahmenbedingungen für die Entwicklung und den Vertrieb nutzenorientierter Produkte. Dazu müssen die Anforderungen an die Erhebung von patientenzentrierter Qualität, die Auswirkungen über den gesamten Behandlungsprozess sowie die Kosten-Nutzen-Analysen in klinischen Studien für Medizin- oder Pharmaprodukte klar sein. Das bedingt eine Abkehr vom heutigen Produktfokus hin zu einer integrierten Betrachtungsweise. Zudem soll der Gesetzgeber einen fairen Wettbewerb über die Liefer- und Verkaufsketten hinsichtlich Einhaltung von Mehrwert entlang der Behandlungskette etablieren und kontrollieren.





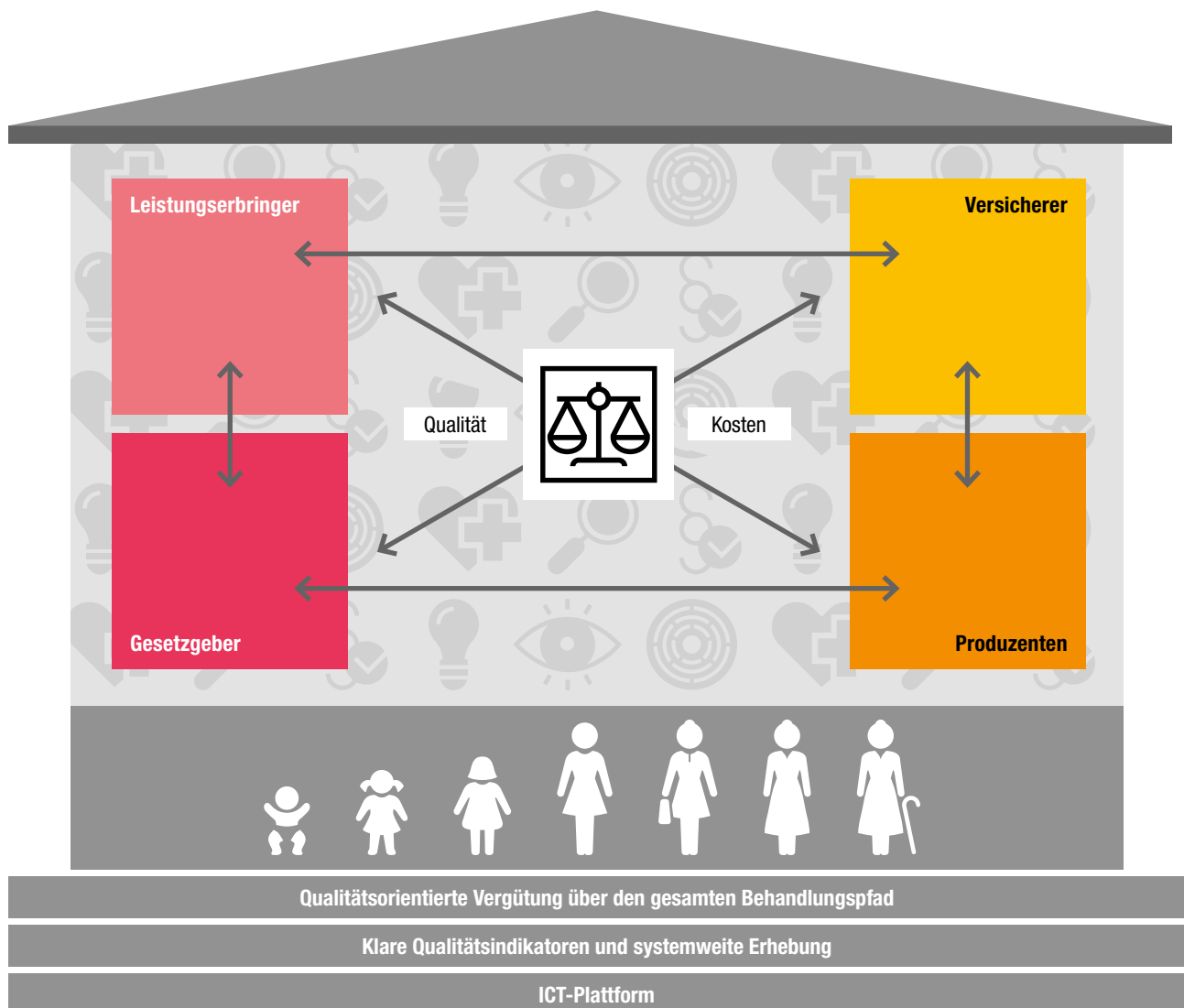
6

Unser Zielbild 2035

Die Implementierung von VBHC bedingt eine grundlegende Transformation des Schweizer Gesundheitswesens. Um in einem derart mehrschichtigen Wandel Kurs zu halten, haben wir ein Zielbild 2035 formuliert (vgl. Abbildung 7). Dieses Zielbild fasst die wichtigsten Aspekte auf dem Weg der Umsetzung von VBHC zusammen und versteht sich als Inspiration für die Gesundheitsakteure.



Abbildung 7: Unser Zielbild 2035 für VBHC hält die Schweizer Gesundheitsakteure auf Kurs



Bis ins Jahr 2035 haben die Akteure des Schweizer Gesundheitswesens sowohl betriebliche und systemische Handlungsempfehlungen für VBHC erfolgreich angestoßen oder bereits umgesetzt. Qualität und Qualitätsindikatoren sind systemweit definiert. Diese werden je Indikation kontinuierlich erhoben und von Fachgruppen angepasst und validiert. Damit herrscht nicht nur unter den Leistungserbringern, sondern gefördert durch alle Akteure des Gesundheitswesens ein indikationsgetriebener Qualitätswettbewerb. Die Akteure streben gemeinsam nach kontinuierlicher und qualitätsorientierter Verbesserung. Eine interoperable ICT-Plattform ermöglicht den einfachen Datenaustausch und wird von den Gesundheitsakteuren und den Patient:innen rege genutzt. Dank systemweiter digitaler Vernetzung sind Daten- und Informationssicherheit sowie Interoperabilität garantiert. Qualitätsfördernde Vergütungsmechanismen über den gesamten Behandlungspfad sind eingeführt und gelten einheitlich für alle relevanten Leistungen und Produkte. Die Finanzierung sowie die Tarifierung sind

durchgängig. Patient:innen haben Zugang zu einer individualisierten und integrierten Gesundheitsversorgung. Eine solche lässt einerseits eine umfassende Behandlung von ambulant bis rehabilitativ zu. Andererseits zieht sie sich über den gesamten Lebenszyklus von Patient:innen hinweg. Der Patientennutzen wird gestärkt durch eine enge Vernetzung der Akteure und durch eine strikte Organisation von IPU.

Das klingt nach Zukunftsmusik. Doch die weiter oben aufgeführten Praxisbeispiele zeigen, dass Aspekte von VBHC bereits heute Realität sind. Wir sind überzeugt, dass sich die Akteure des Schweizer Gesundheitswesens mit unserem Zielbild 2035 und den diskutierten Handlungsempfehlungen schrittweise in Richtung integriertes Gesundheitssystem bewegen und schon bald zu den Vorreitern der Branche gehören. Mit kontinuierlichen Verbesserungen ebnen sie den Weg zu einem nutzen- und patientenorientierten Schweizer Gesundheitssystem.

Vision Beratung Gesundheitswesen PwC Schweiz

«Wir entwickeln das Schweizer Gesundheitssystem und den Wandel seiner Akteurinnen und Akteure aktiv weiter, indem wir unseren Kundinnen und Kunden zu nachhaltigen Lösungen verhelfen.

Wir unterstützen unsere Kundinnen und Kunden bei der Verbesserung von Prozessen, Digitalisierung und Innovation.

Unsere Leitprinzipien sind Patientenzentrierung, Versorgungsqualität und operative Exzellenz. Wir schaffen Vertrauen zwischen allen beteiligten Parteien.»



Endnoten

- 1 Euro Health Consumer Index, 2018, Health Consumer Powerhouse, <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>
- 2 Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results, 2006, Porter, M. E. & Teisberg, E. O., Harvard Business School Press
- 3 Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results, 2006, Porter, M. E. & Teisberg, E. O., Harvard Business School Press
- 4 Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen: Möglichkeiten und Chancen, 2008, Teisberg, E. O., https://www.economiesuisse.ch/sites/default/files/publications/teisberg-2008_nutzenorientierter-wettbewerb-im-schweizerischen-gesundheitswesen_d.pdf
- 5 Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results, 2006, Porter, M. E. & Teisberg, E. O., Harvard Business School Press
- 6 Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen: Möglichkeiten und Chancen, 2008, Teisberg, E. O., https://www.economiesuisse.ch/sites/default/files/publications/teisberg-2008_nutzenorientierter-wettbewerb-im-schweizerischen-gesundheitswesen_d.pdf
- 7 “Quality through patients’ eyes”, 2020, Berchtold, P., Gedamke, S. & Schmitz C., <https://www.spo.ch/wp-content/uploads/2021/02/Bericht-Quality-through-patients-eyes-final.pdf>
- 8 The Strategy That Will Fix Health Care, 2013, Porter, M. E., & Lee, T. H., Harvard Business Review, <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>
- 9 The Strategy That Will Fix Health Care, 2013, Porter, M. E., & Lee, T. H., Harvard Business Review, <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>
- 10 Pilotprojekt Spitalambulant, 2021, ANQ, https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2021/06/ANQ-Info_Spitalambulant_Akutsomatik_Factsheet_Pilotprojekt.pdf
- 11 Eidgenössische Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)», 2020, <https://www.bk.admin.ch/ch/d/pore/vi/vis489t.html>
- 12 Kostendämpfung, 2022, Bundesamt für Gesundheit BAG, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/kostendaempfung-kv.html>
- 13 Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030, 2019, Bundesrat, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2030.html>
- 14 EPD elektronisches Patientendossier, o.D., eHealth Suisse, <https://www.patientendossier.ch/de>
- 15 Strategie eHealth Schweiz 2.0. 2018–2022, 2018, eHealth Suisse, Schweizer Eidgenossenschaft, & GDK, https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/2018/D/181214_Strategie-eHealth-Suisse-2.0_d.pdf
- 16 Vision „eHealth 2025“ - von „Patient Care“ zu „Empowered Health“, 2015, Schweizer Gesellschaft für Medizinische Informatik, https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/2015/D/150917_Bericht_SGM_Vision_eHealth_2025_D.pdf
- 17 Der Digital Health Report 21/22 - Die Zukunft des Schweizer Gesundheitswesens, 2021, ZHAW School of Management and Law, <https://www.zhaw.ch/storage/hochschule/medien/news/2021/210914-digital-health-report-2021.pdf>
- 18 The Strategy That Will Fix Health Care, 2013, Porter, M. E., & Lee, T. H., Harvard Business Review, <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>
- 19 Gesundheitskompetenz in der Schweiz – Stand und Perspektiven, 2015, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, https://www.researchgate.net/publication/340850465_Gesundheitskompetenz_in_der_Schweiz_-_Stand_und_Perspektiven
- 20 “Quality through patients’ eyes”, 2020, Berchtold, P., Gedamke, S. & Schmitz C., <https://www.spo.ch/wp-content/uploads/2021/02/Bericht-Quality-through-patients-eyes-final.pdf>, S. 5 ff.
- 21 “Quality through patients’ eyes”, 2020, Berchtold, P., Gedamke, S. & Schmitz C., <https://www.spo.ch/wp-content/uploads/2021/02/Bericht-Quality-through-patients-eyes-final.pdf>, S. 5 ff.
- 22 Der Digital Health Report 21/22 - Die Zukunft des Schweizer Gesundheitswesens, 2021, ZHAW School of Management and Law, <https://www.zhaw.ch/storage/hochschule/medien/news/2021/210914-digital-health-report-2021.pdf>
- 23 The Integrated-Physician-Model: Business Model Innovation in Hospital Management, 2017, Liedtke, D., Amgwerd, N., Wiesinger, O., Mauer, D., Westerhoff, C., Pahls, https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-46412-1_3
- 24 Vgl. PwC-Publikation «Zukunft der Versorgungslandschaft Schweiz», 2020, PwC, <https://www.pwc.ch/de/insights/gesundheitswesen/zukunft-versorgungslandschaft-schweiz-2020.html>, S. 11 Patientenbedürfnisse verändern sich
- 25 Zero-Night-DRG - Ein Diskussionsvorschlag zur Stärkung der Ambulantisierung im Spital, 2019, PwC, https://www.pwc.ch/de/publications/2019/zero-night-drg_web.pdf
- 26 Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS), o. D., <https://www.pro-efas.ch/de/wissen/>
- 27 Der Bundesrat will das elektronische Patientendossier weiterentwickeln, 2022, Bundesrat, <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-88245.html>
- 28 Der Bundesrat gab am 4. Mai 2022 dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) den Anstoss, Voraussetzungen für den Aufbau eines Datensystems zur Weiterverwendung und Verknüpfung von Gesundheitsdaten für die Forschung zu schaffen. Vgl. Bericht des Bundesrates «Bessere Nutzung von Gesundheitsdaten für eine qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung», 2022, Bundesrat, <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-88631.html>

Ihre Ansprechpersonen

Gerne für Sie da:



Philip Sommer
Partner
Leiter Beratung Gesundheitswesen
+41 58 792 75 28
philip.sommer@pwc.ch
[linkedin.com/in/philipsommer](https://www.linkedin.com/in/philipsommer)



Patrick Schwendener, CFA
Managing Director
Leiter Deals Gesundheitswesen
+41 58 792 15 08
patrick.schwendener@pwc.ch
[linkedin.com/in/patrickschwendener](https://www.linkedin.com/in/patrickschwendener)



Paul Sailer
Senior Manager
Beratung Gesundheitswesen
+41 58 792 78 46
paul.sailer@pwc.ch
[linkedin.com/in/paul-mathias-sailer](https://www.linkedin.com/in/paul-mathias-sailer)



David Roman
Director
Leiter Digital Health
+41 58 792 77 90
david.roman@pwc.ch
[linkedin.com/in/davidromanpwc](https://www.linkedin.com/in/davidromanpwc)



Tania Putze
Senior Associate
Beratung Gesundheitswesen
+41 58 792 29 40
tania.c.putze@pwc.ch
[linkedin.com/in/taniaputze](https://www.linkedin.com/in/taniaputze)



Stefanie Schnewly
Senior Managerin
Beratung Gesundheitswesen
+41 58 792 75 29 14
stefanie.schnewly@pwc.ch
[linkedin.com/in/stefanie-schnewly](https://www.linkedin.com/in/stefanie-schnewly)

Vielen Dank an unsere Unterstützer aus dem Team:

Samira Harperink, Gian-Andrea Degen, Frederik Haubitze und viele weitere.

Diese Studie wird

unterstützt durch:

Deine Gesundheit.
Dein Partner.



economiesuisse



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

HIRSLANDEN



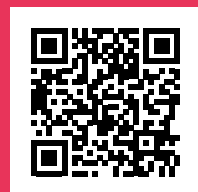
interpharmaph

Johnson & Johnson



SWISS MEDICAL
NETWORK

Wir danken den Expert:innen dieser Unternehmen für ihre wertvolle inhaltliche und finanzielle Unterstützung, welche diese Publikation möglich gemacht hat. PwC hatte volle redaktionelle Freiheit. Aus diesem Engagement lässt sich keine Einflussnahme auf die Studienergebnisse oder Rechte jeglicher Art daran ableiten.



[www.pwc.ch/
gesundheitswesen](http://www.pwc.ch/gesundheitswesen)

