

avenir debate

# Mehr Mehrwert im Gesundheitswesen

*Für einen Qualitäts- statt Kostenwettbewerb*

*Diego Taboada und Jérôme Cosandey*



## Dank

Die Autoren bedanken sich bei den Mitgliedern der Programmkommission von Avenir Suisse, Prof. Dr. Jean-Luc Chenux und Prof. Dr. Reto Föllmi, für das externe Lektorat und ihre hilfreichen Anregungen. Der Dank gilt ebenfalls Manuel Elmiger und Joel Lehmann für ihre wertvollen Kommentare und die kritische Durchsicht der Studie. Herzlich verdankt seien auch die konstruktiven Inputs unserer 30 Interview-Partner: Vertreter der Leistungserbringer, der Krankenversicherungen sowie Gesundheitsexperten. Indem sie ihr reiches Fachwissen mit uns teilten, ermöglichten sie es uns, die Analysen zu verfeinern und mit konkreten Beispielen anzureichern. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Studie liegt allein bei den Autoren sowie beim Direktor von Avenir Suisse, Peter Grünenfelder.

Autoren           Diego Taboada  
                      Jérôme Cosandey  
Internes Lektorat   Samuel Rutz  
                      Urs Steiner  
Herausgeber        Avenir Suisse, *avenir-suisse.ch*  
Gestaltung         Ernie Ernst  
Druck               Staffel Medien AG, *staffelmedien.ch*  
ISBN                978-3-907453-02-5

Copyright          © Mai 2023, Avenir Suisse, Zürich

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Da Avenir Suisse an der Verbreitung der hier präsentierten Ideen interessiert ist, ist die Verwertung der Erkenntnisse, Daten und Grafiken dieses Werks durch Dritte ausdrücklich erwünscht, sofern die Quelle exakt und gut sichtbar angegeben wird und die gesetzlichen Urheberrechtsbestimmungen eingehalten werden.

Bestellen          [assistent@avenir-suisse.ch](mailto:assistent@avenir-suisse.ch), +41 44 445 90 00  
Download          [avenir-suisse.ch/publication/mehr-mehrwert-im-gesundheitswesen/](https://avenir-suisse.ch/publication/mehr-mehrwert-im-gesundheitswesen/)

# Vorwort

Das Schweizer Gesundheitswesen ist finanzpolitisch krank. Der Kostenumfang von jährlich über 86 Mrd. Fr. (2021) ist beträchtlich und stellt für die öffentlichen Finanzen von Bund und Kantonen wie für private Haushalte eine immer grössere Belastung dar. Der jährliche Prämienanstieg bietet eine willkommene Spielwiese für die Politik, allerlei dirigistisch motivierte Staatseingriffe zu propagieren: von Prämienverbilligungen für (fast) alle oder Begehren für eine Einheitskasse über Volksinitiativen zur Kostenbremse bis zum Ruf nach ausserordentlichen Sessionen. Allen vermeintlichen Lösungsansätzen ist gemeinsam, dass der Fokus auf immer mehr Umverteilung, mehr Bürokratie und mehr Regulierungen liegt. Nur: Dieser Ansatz ist gescheitert.

Das Gesundheitswesen ist alles andere als ein freier Markt, auf dem sich die Akteure nach den Gesetzmässigkeit von Angebot und Nachfrage ausrichten können. Substitutionsbewegungen gibt es kaum, Preisadjustierungen erfolgen nicht aufgrund von Marktbewegungen, sondern werden staatlich verordnet. Im heutigen System sind Mengenausweitungen unausweichlich, weil die Bedürfnisse im Dreieck zwischen den medizinischen Leistungserbringern, den Patienten als Leistungsempfängern und dem Staat und den Krankenversicherern als Kostenträger nicht deckungsgleich sind. Doch welche Mengenausweitungen sind in einer alterdenden Gesellschaft medizinisch bedingt, welche die Folge einer Umsatzoptimierung? Die Problematik kann nicht durch weitere Regulierungen und Mikromanagement gelöst werden. Neue Ansätze sind gefragt.

Nötig sind eine stärkere Fokussierung auf die Qualität der Gesundheitsleistungen und eine Diskussion darüber, welcher «Value» pro investiertem Franken aus Patientensicht geschaffen wird; nicht nur bei einem einzelnen Eingriff, sondern entlang der gesamten Behandlung. Nur so kann ermittelt werden, ob Eingriffe sinnvoll sind. In der vorliegenden Publikation plädieren meine Kollegen Diego Taboada und Jérôme Cosandey für eine stärkere Fokussierung auf den Qualitäts- statt den Kostenwettbewerb. Wo das Krankenversicherungsgesetz (KVG) mit seinem zentralistischen Ansatz gescheitert ist, schaffen die dezentralen und föderalistischen Strukturen unseres Gesundheitswesens zahlreiche Experimentier- und Differenzierungsmöglichkeiten für «Value-based health-care». Vielfältigste Ansätze und ein Wettbewerb der Ideen werden damit erst möglich.

Der Wert dieser Publikation liegt nicht zuletzt darin, dass die Autoren wegweisende Ansätze aufzeigen. Sie reichen von Transparenzanforderungen für mehr Qualitätswettbewerb über neue Finanzierungsmechanismen, die eine Aufteilung der «Qualitätsdividenden» auf all jene ermögli-

chen, die in die Qualität der Behandlung investieren, bis zu neuen Modellen der integrierten Gesundheitsversorgung. Bei Leistungserbringern und Versicherern hat mittlerweile ein Umdenken eingesetzt, wonach künftig Qualitätsaspekte pro investiertem Gesundheitsfranken zuoberst in der Prioritätenliste stehen. Nun ist auch die Politik gefordert, hier rasch nachzuziehen. Eine Wegleitung liegt mit dieser Publikation vor.

*Peter Grünenfelder*, Direktor von Avenir Suisse

## Inhalt

<b>Vorwort</b>	<b>3</b>
<b>Executive Summary</b>	<b>6</b>
Abkürzungsverzeichnis	11
<b>1 _ Mehr Mehrwert für den Patienten</b>	<b>12</b>
1.1 _ Nötiger Paradigmenwechsel	12
1.2 _ Qualitäts- statt Kostenwettbewerb	15
1.3 _ Bottom-up und explorativer Ansatz: Umfang und Abgrenzung der Studie	24
<b>2 _ Qualitätstransparenz innerhalb der Organisationen</b>	<b>25</b>
2.1 _ Outcome- vor Input-Messung	25
2.2 _ Einbezug der Patienten	27
2.3 _ Schwerpunkte für eine systematische Qualitätsmessung	32
<b>3 _ Mehrwertabhängige Finanzierungsmodelle</b>	<b>37</b>
3.1 _ Patientenperspektive dank integrierter Versorgung	37
3.2 _ Bewährte und wegweisende Projekte in der Schweiz	38
3.3 _ Mehrwert statt Volumen	45
<b>4 _ Qualitätswettbewerb zwischen den Organisationen</b>	<b>52</b>
4.1 _ Zögerliches Benchmarking in der Schweiz	52
4.2 _ Landesweite Einführung in zwei Stufen	55
4.3 _ Voraussetzungen für aussagekräftige Vergleiche	56
4.4 _ Subsidiäre Rolle für den Staat	59
<b>5 _ Fazit: Hin zu einem mehrwertbasierten Gesundheitswesen</b>	<b>61</b>
5.1 _ Schlüsselfaktoren Digitalisierung und Datenverwaltung	61
5.2 _ Zwei Vertiefungsachsen für mehr Mehrwert	62
5.3 _ Eine liberale Antwort auf die Herausforderungen des Gesundheitswesens	64
Anhang: Stand der Qualitätsmessung in der Schweiz	66
Literatur	71
Für einen Qualitäts- statt Kostenwettbewerb	5

# Executive Summary

Gesundheit bewegt Bürgerinnen und Bürger, und damit auch die Politik. Allein auf Bundesebene werden jährlich über 500 parlamentarische Geschäfte eingereicht. Dabei sind die Vorstösse widersprüchlich: Während viele Politiker Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen verlangen – z. B. mit der Volksinitiative «Für eine Kostenbremse», rufen andere nach einer Erweiterung des Leistungskatalogs der Grundversicherung oder nach einer Erhöhung der Tarife und der Löhne, z. B. mit der 2021 angenommenen Pflegeinitiative.

Die Diskussionen um Kosten und Leistungen sind umso unfruchtbarer, als sie einen entscheidenden Faktor ausser Acht lassen: den Wert der Gesundheitsleistungen. Zwar können die Ausgaben auf den Rappen genau beziffert werden – 86,344 Mrd. Fr. im Jahr 2021. Niemand kann aber ihren Wert für die Patienten und die Gesellschaft quantifizieren. Ohne einen Paradigmenwechsel, der den Patienten und nicht die Institutionen in den Mittelpunkt stellt, wird die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens ins Leere laufen.

## **Patientenzentrierte Mehrwertorientierung nötig**

Das Hauptziel des Gesundheitssystems besteht darin, den Mehrwert für die Patienten zu maximieren. Ein Mehrwert wird definiert als das Verhältnis zwischen dem Ergebnis aus Patientensicht (Outcome, der auch als Qualität der Versorgung verstanden werden kann) und den eingesetzten Ressourcen (Input, z. B. in Franken oder Personaleinheiten), und zwar entlang des gesamten Patientenpfades.

Bei der Qualität geht es weder um Luxusbegehren wie ein Zweitbettzimmer im Spital noch um Wünsche für einen Eingriff aus ästhetischen Gründen. Vielmehr ist das Ziel, Indikatoren zu identifizieren, die den Zweck der Behandlung aus Sicht des Patienten beschreiben. Während das Überleben einer Operation und die Vermeidung von Infektionen selbstverständlich Priorität haben, sind andere Aspekte ebenso von Bedeutung. Bei Prostatakrebs sind beispielsweise Outcome-Indikatoren wie Inkontinenz oder erektile Dysfunktionen für den Patienten wichtig.

Qualität schont auch die (Personal-)Ressourcen. Sie beschleunigt die Heilung, minimiert Komplikationen, vermeidet Übermedikation und reduziert die Anzahl überflüssiger und für die Patienten belastender Therapien. Beispielsweise kann eine gut behandelte chronische Krankheit (wie Diabetes oder Asthma) Spitalaufenthalte vermeiden. Diese Ressourcenoptimierung ist anzustreben in einem System, das solidarisch und kollektiv finanziert wird, und in einem Sektor, der unter ausgeprägtem Arbeitskräftemangel leidet.

## **Neues Momentum**

Eine patientenzentrierte Mehrwertorientierung im Gesundheitswesen, auch als «Value-based healthcare» bekannt, wurde bereits 2006 in den USA beschrieben. In der Schweiz wurden seitdem erste Schritte in diese Richtung vorgenommen. Zum Beispiel wurde in der Langzeitpflege 2011 oder bei Spitälern 2012 eine Finanzierung eingeführt, die dem Patienten folgt, statt eine einzelne Institution zu begünstigen. Auch wurden im Spitalsektor Qualitätsindikatoren pro Einrichtung eingeführt. Der Gesundheitssektor ist jedoch nach wie vor stark in Silos organisiert und im Bereich der stationären Einrichtungen (Spitäler und Pflegeheime) dominiert immer noch der «Kantönlicheist». Die Messung von Qualitätsindikatoren für eine bestimmte Krankheit während des gesamten Patientenpfades ist eher die Ausnahme als die Regel.

Nach Jahrzehnten des Tretens am Ort öffnet sich jedoch eine Opportunität, den ersehnten Paradigmenwechsel einzuleiten. Zum einen ist die Mehrwertorientierung in Zeiten des akuten Fachkräftemangels ein wichtiges Rekrutierungsargument. Den Outcome entlang des gesamten Behandlungspfades zu verfolgen und darauf Therapien mit den Patienten zu vereinbaren, stellt für das Personal eine zusätzliche Motivation dar. Gerade im fragmentierten Gesundheitssystem infolge der zunehmenden Spezialisierung verspricht die Gesamtsicht über den Patientenpfad ein sinnerfülltes Arbeitsumfeld.

Zum anderen ist ein zunehmendes Engagement der Krankenversicherer zu beobachten, der sich unter anderem mit der neuen Ausgestaltung des Risikoausgleichs zwischen Versicherern erklären lässt. Seit 2020 ist es weniger attraktiv, junge und gesunde Versicherte anzuziehen und dank der günstigeren Risikostruktur attraktive Prämien anzubieten. Der Aufwand für die Selektion der «guten Risiken» lohnt sich kaum mehr. Eher versuchen die Versicherer heute, dank effizienten Versorgungs- und Versicherungsmodellen die Leistungskosten des Kollektives zu senken, um wettbewerbsfähig zu bleiben.

## **Mehrwert statt Volumen**

Die Finanzierung des Schweizer Gesundheitswesens ist mit der Vergütung von Einzelleistungen oder Paketen von Leistungen sichergestellt. Dabei besteht die Gefahr, dass die Leistungserbringer primär ihre eigene finanzielle Situation optimieren. Sie haben kaum finanzielle Anreize, die Menschen gesund zu halten oder durch Koordination mit anderen Leistungserbringern die beste Behandlung aus Patientensicht zu sichern.

Daher ist es notwendig, Finanzierungsmechanismen einzuführen, die eine Aufteilung der «Qualitätsdividenden» auf all jene ermöglichen, die in die Qualität der Behandlung investieren. Das heisst, es sollten auch die Leistungserbringer fair vergütet werden, die durch Prävention oder Auslassen einer Intervention zu einem qualitativen besseren Ergebnis entlang des gesamten Patientenpfades beigetragen haben.

Im stationären Bereich muss die rechtliche Möglichkeit geschaffen werden, die Spitaltarife durch eine Qualitätskomponente zu ergänzen. Orientiert sich die mit dem Versicherer verhandelte Qualitätskomponente an den Einsparungen über den gesamten Patientenpfad, ist mittelfristig die Kostenneutralität sichergestellt. Die Mehrausgaben in einem qualitativ besseren Spital zahlen sich durch eine Reduktion der Folgekosten aus.

Im ambulanten Bereich bieten Ärztenetzwerke der integrierten Versorgung die Möglichkeit, dank besserer Koordination und Qualitätszirkeln unnötige Leistungen zu vermeiden. Damit werden Kosten eingespart, die vom Netzwerk für die Finanzierung der Qualitätsmassnahmen genutzt und den Versicherten in Form von Prämienrabatten in alternativen Versicherungsmodellen (AVM) weitergegeben werden.

Die Einführung einer einheitlichen Finanzierung für ambulante und stationäre Leistungen (Efas) ist eine weitere Möglichkeit, die Aufteilung der Qualitätsdividenden zu sichern und die Attraktivität von AVM zu erhöhen. Aufgrund der heutigen Finanzierungen ist für die Krankenversicherer die Vermeidung von Spitalaufenthalten uninteressant, weil ambulante Behandlungen voll zu ihren Lasten verrechnet werden, während die Kosten stationärer Leistungen etwa hälftig der Kanton übernimmt. Mit Efas hätten die Krankenversicherer einen Anreiz, AVM mit den Leistungserbringern auszuhandeln, die unnötige und teure Spitalaufenthalte reduzieren und diese durch ambulante Leistungen ersetzen.

### **Bottom-up-Innovationen**

Ein patientenzentriertes, mehrwertbasiertes Gesundheitssystem kann nicht top-down angeordnet werden. Im Gegenteil muss ein solches System von denjenigen entwickelt werden, die es praktizieren. In diesem Sinne hebt die Studie vielversprechende Praktiken und wegweisende Pilotprojekte hervor. Diese zeichnen sich durch eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern, Versicherern und Kantonen aus.

Diese neue Form der Kooperation ist eine Art kulturelle Revolution in der sonst sehr rigiden Organisation des Gesundheitswesens. Bis dato betrachteten viele Leistungserbringer die Krankenversicherer als Rechnungsstelle, die akribisch deren Aktivitäten überprüften. Auf der anderen Seite misstrauten Versicherer manchen Leistungserbringern und befürchteten bewusst unkorrekte Abrechnungen. Heute arbeiten Tarifpartner in integrierten Versorgungsprojekten oder in eigens dafür gegründeten Gesellschaften zusammen. Dort sitzen sie nicht nur am gleichen Tisch, sondern auch auf derselben Seite des Tisches.

Doch obwohl der Schweizer Markt vor solch innovativen Initiativen sprudelt, versucht die Bundesverwaltung im Rahmen des zweiten Paketes von Kostendämpfungsmassnahmen, den Wettbewerb mit der Schaffung von staatlich verordneten, einheitlich organisierten neuen Anbietern einzuschränken. Damit würde den bisherigen Akteuren den Boden entzogen, auf dem sie sich durch Differenzierung am Markt etabliert

haben. Der Staat sollte deshalb davon absehen, den Wettbewerb bei der integrierten Versorgung zu verzerren. Integrierte, patientenzentrierte Versorgungsmodelle sollen nicht per Dekret, sondern durch die Nutzung für die Patienten zur Norm werden.

### **Transparenz für mehr Qualitätswettbewerb**

Statt staatlichem Dirigismus braucht es Rahmenbedingungen, die den Qualitätswettbewerb fördern. Dazu zählt Transparenz. In einem patientenzentrierten Gesundheitssystem wäre es die Kür, nicht nur die Leistungserbringer und Krankenversicherer, sondern auch zunehmend die Patienten zu befähigen, Mehrwert vom System einzufordern. Dafür braucht der Patient Transparenz über den Mehrwert der Leistungen auf dem ganzen Behandlungspfad. So erhält er die Möglichkeit, den optimalen Leistungserbringer zu identifizieren. Wenn die Patienten «mit den Füßen abstimmen», werden die Leistungserbringer nach Spitzenangeboten und besserer Qualität streben. Der Staat sollte dabei den zeitlichen Rahmen für die Einführung eines solchen Benchmarkings festlegen.

Um die Akzeptanz von Transparenz bei den Leistungserbringern zu fördern und Abwehrreflexe zu vermeiden, empfiehlt sich eine zweistufige Einführung. In einem ersten Schritt braucht es Zugang zu den Qualitätsdaten unter dem Schutz der Anonymität. In dieser ersten Phase sollte jeder Leistungserbringer seine Daten im Vergleich zu denjenigen der Konkurrenz sehen können, ohne die Mitbewerber namentlich identifizieren zu können. Selbstreflexion und -optimierung stehen in dieser Phase im Vordergrund. Der anonyme Vergleich ermöglicht zudem, sich mit den Indikatoren vertraut zu machen und sie allenfalls anzupassen.

In einer zweiten Etappe sollten die Outcome-Messungen für alle zugänglich gemacht werden: Patienten, Leistungserbringer und Krankenversicherer. Dies versetzt den Patienten – oder seinen zuweisenden Arzt – faktenbasiert in die Lage, informiert die passenden Spezialisten zu wählen. Transparenz zwischen den Organisationen hilft den Leistungserbringern zudem, nicht nur ihre Stärken zu verstehen und zu vermarkten. Sie können auch passende Kooperationspartner identifizieren.

### **Libérale Antwort auf die Herausforderungen im Gesundheitswesen**

In dieser Publikation werden in drei Kapiteln Schritte vorgestellt, mit denen ein wertorientiertes Gesundheitssystem aufgebaut werden kann:

- Erstens müssen Ergebnisindikatoren definiert und gemessen werden, um die Qualität der Leistungserbringung innerhalb einer Organisation zu analysieren.
- Zweitens braucht es finanzielle Mechanismen, die den Mehrwert einer besseren Versorgung für den Patienten adäquat vergüten.
- Der dritte Schritt besteht darin, Transparenz über die Qualität und die Kosten der Versorgung herzustellen.

Aus liberaler Sicht ist für dieses Ziel ein inkrementeller, von unten nach oben gerichteter Ansatz zu bevorzugen, um in kleinen Schritten voranzukommen. Ein dirigistischer Top-down-Ansatz mit ehrgeizigen Zielen riskiert in der dezentral und föderalistisch organisierten Schweiz, im administrativen und politischen Mäandern zu versickern.

Es ist entscheidend, die gemeinsame Vision eines mehrwertbasierten Gesundheitssystems unter Leistungserbringern, medizinischen Fachgesellschaften, Patientenverbänden und Versicherern zu entwickeln. Damit werden Fehlanreize reduziert, die Interessen der Stakeholder auf das gemeinsame Ziel gerichtet und mit einer dezentralen Organisation die Flexibilität und die Resilienz des Schweizer Gesundheitswesens gefördert.

## Abkürzungsverzeichnis

ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
AVM	Alternative Versicherungsmodell
Crom	Clinician-Reported Outcome Measures
Efas	Einheitliche Finanzierung Ambulant und Stationär
EPD	Elektronische Patientendossier
HMO	Health Maintenance Organization
ICHOM	International Consortium for Health Outcomes Measurement
KSW	Kantonsspital Winterthur
KVG	Krankenversicherungsgesetz
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
Prem	Patient-Reported Experience Measures
Prom	Patient-Reported Outcome Measures
Siris	Schweizerisches Implantatregister Hüfte und Knie
USB	Universitätsspital Basel
VBHC	Value-based healthcare
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

# 1\_ Mehr Mehrwert für den Patienten

## 1.1\_ Nötiger Paradigmenwechsel

### 1.1.1 Der Gesundheitssektor im Umbruch

Mit der Alterung der Gesellschaft benötigt eine immer grössere Zahl Menschen medizinische Leistungen. Die steigende Lebenserwartung ändert auch das Profil der Patienten. Ältere Menschen leiden oft an chronischen Krankheiten und an mehreren Krankheiten gleichzeitig (Multimorbidität). Zu den chronischen kommen übertragbare Krankheiten hinzu, wie etwa die Covid-19-Pandemie gezeigt hat. Ein weiteres Problem stellen Antibiotikaresistenzen dar, die das Risiko übertragbarer Krankheiten erhöhen, beispielsweise von Tuberkulose oder Keuchhusten, ob schon beide als ausgestorben galten.

Zwar reduziert der technische Fortschritt die Notwendigkeit invasiver Eingriffe, was die Aufenthaltsdauer im Spital und damit die Gesundheitskosten allgemein senken kann. Er ermöglicht aber auch die Behandlung von Personen, denen mit bisherigen Methoden nicht zu helfen gewesen wäre, was wiederum zu mehr Eingriffen führt. Auch im Arzneimittel-sektor verbessern Innovationen die Behandlung von schweren, aber seltenen Krankheiten. Die Entwicklungskosten solcher Medikamente müssen auf weniger Patienten verteilt werden, was zu Stückkosten von Hunderttausenden von Franken (oder sogar noch mehr) führen kann (Estevez und Cosandey 2023). Schliesslich steigt mit dem allgemeinen Wohlstand auch die Anspruchshaltung der Bevölkerung bezüglich der Gesundheitsversorgung.

Diese Entwicklungen werden zu einem weiteren erheblichen Kostenanstieg und zusätzlichem Bedarf an Gesundheitspersonal führen. Das wäre grundsätzlich nicht weiter problematisch, wenn sowohl die personellen als auch die finanziellen Ressourcen in einem vergleichbaren Tempo wüchsen. Da die geburtenstarken Babyboomer-Jahrgänge jedoch zunehmend in den Ruhestand treten und weniger Menschen in den Arbeitsmarkt eintreten, wird sich der herrschende Fachkräftemangel im Gesundheitssektor mit grosser Wahrscheinlichkeit noch verschärfen.

Zudem führt die Tatsache, dass die Zahl der Patienten schneller steigt als diejenige der Erwerbsbevölkerung, zu einer wachsenden Kostenbelastung der jüngeren Generation zugunsten der älteren – dies selbst bei konstanten Aufwendungen pro Patient. Die Finanzierung durch die obligatorische Krankenversicherung beruht nämlich auf Solidarität zwischen gesunden (in der Regel jüngeren) und kranken (oft älteren) Menschen. Auch die steuerfinanzierten staatlichen Zuschüsse, z. B. im Spitalbereich, bedeuten letztlich nichts anderes als einen finanziellen Transfer von der Erwerbsbevölkerung zu den Rentnern.

Diese Entwicklungen werden zu einem weiteren erheblichen Kostenanstieg und zusätzlichem Bedarf an Gesundheitspersonal führen.

### 1.1.2 Das Bermudadreieck des Gesundheitswesens

In einem freien Markt könnten die Akteure auf Veränderungen der Nachfrage und des Angebots reagieren, etwa durch Effizienzsteigerungen, Preisanpassungen oder auch Substitutionsbewegungen.

Das Gesundheitswesen in der Schweiz folgt jedoch bei weitem nicht den Gesetzen des freien Marktes. Mit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) wird der ganzen Bevölkerung, unabhängig vom Einkommen, der Zugang zum Gesundheitswesen gewährt. Die Preise unterliegen einer staatlichen Regulierung, und die Finanzierung der individuellen Gesundheitskosten wird über eine Sozialversicherung garantiert. Somit bestimmt nicht der Preis Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen, sondern die Politik bzw. der Regulator.

Die Folge dieses Systems ist eine Dreiecksbeziehung zwischen Leistungserbringern (z. B. Arzt), Leistungsempfängern (Patient) und Kostenträgern (Krankenversicherer oder Staat) (Thieme 2023): Aufgrund der fehlenden Preissignale und der gesicherten Finanzierung durch Dritte treten Interessenkonflikte zwischen den drei Parteien auf. Der Patient möchte von der bestmöglichen medizinischen Versorgung profitieren, der Arzt die optimale Behandlung anbieten und der Zahlungsträger die Kosten so gering wie möglich halten.

Diese Zielkonflikte führen zu unterschiedlichen Anreizen für die involvierten Akteure. Ärzte und Patienten können Behandlungsentscheidungen fällen, die gegen die Interessen der Krankenversicherer verstossen. Krankenversicherer und Leistungserbringer können Rationierungen vornehmen, die dem Wohl der Patienten zuwiderlaufen (zum Beispiel bei Pauschalvergütungen). Schliesslich üben die Patienten mit den Versicherern Druck auf die Tarife aus, um bessere Prämien zu erhalten. In diesem Bermudadreieck des Gesundheitswesens gehen Kosteneinsparungen bzw. Leistungserweiterungen immer zulasten Dritter.

Diese Zielkonflikte führen zu unterschiedlichen Anreizen für die involvierten Akteure.

### 1.1.3 Widersprüchliche Politik

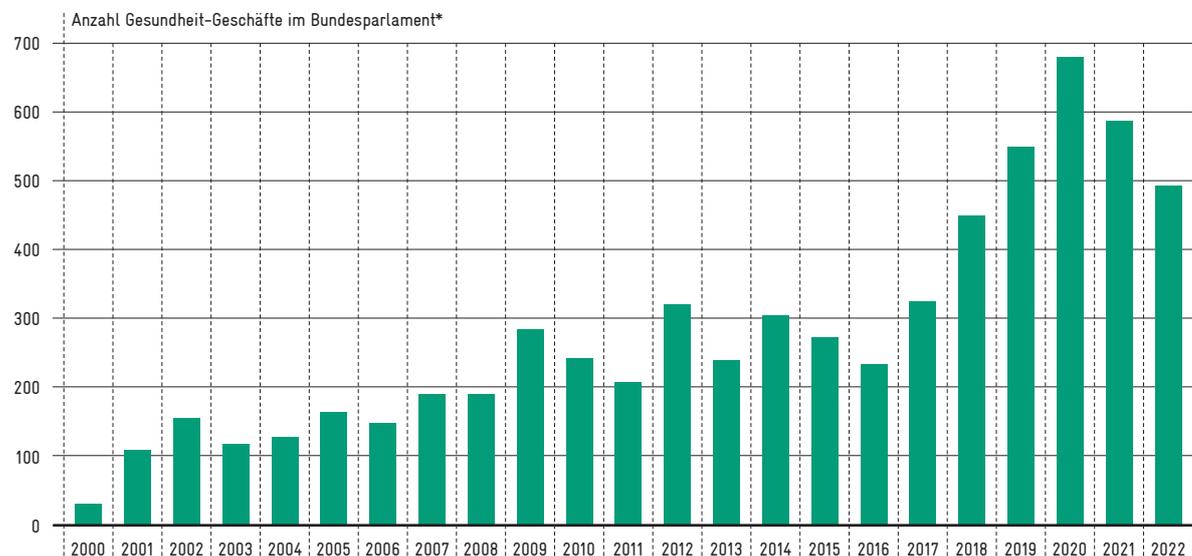
In der regulierten Dreiecksbeziehung des Gesundheitswesens nimmt die Politik in der öffentlichen Debatte einen wachsenden Stellenwert ein. Tatsächlich gehören die Gesundheitskosten seit Jahren zu den Hauptproblemen der Schweizer Bevölkerung, wie das Sorgenmonitoring der Credit Suisse zeigt (Credit Suisse 2022). In den Medien drehen sich die Diskussionen hauptsächlich um die Kostenfrage und den damit verbundenen Anstieg der Krankenversicherungsprämien.

All dies spiegelt sich in der politischen Arena: So ist auf Bundesebene ein deutlicher Anstieg der parlamentarischen Geschäfte im Gesundheitsbereich zu beobachten (vgl. Abbildung 1): Die Zahl wuchs seit 2000 durchschnittlich um 13% pro Jahr und hat sich somit in den letzten zwanzig Jahren vervierfacht. Zum Vergleich: In diesem Zeitraum wuchs die Zahl aller Geschäfte auf Bundesebene «nur» um 3% pro Jahr (Curia Vista 2023). Seit 2019 wurden mehr als 500 gesundheitsbezogene parlamentarische Ein-

Abbildung 1

## Starke Zunahme von parlamentarischen Geschäften im Gesundheitswesen

Die Zahl von gesundheitsbezogenen parlamentarischen Geschäften hat sich in den letzten zwanzig Jahren vervierfacht. Seit 2019 wurden mehr als 500 parlamentarische Eingaben pro Jahr auf Bundesebene eingereicht (und zwar ohne Covid-19-bezogene Geschäfte).



\* ohne Covid-19-bezogene Geschäfte (2021/2022)

Quelle: Curia Vista (2023), eigene Berechnungen auf Basis von Marty (2022)

gaben pro Jahr auf Bundesebene eingereicht – jene im Zusammenhang mit der Bewältigung der Covid-19-Pandemie nicht eingerechnet. Zu diesen Geschäften in Bundesbern addieren sich weitere auf kantonaler Ebene.

Es überrascht nicht, dass die Eindämmung der Gesundheitskosten bzw. deren Umverteilung Gegenstand mehrerer Volksinitiativen auf nationaler Ebene ist: zuletzt etwa in Form der Initiative der Mitte-Partei («Kostenbremse»), mit der die Gesundheitskosten auf die Entwicklung der Nominallöhne beschränkt werden sollen. Die Sozialdemokratische Partei hatte nur wenige Wochen zuvor eine Initiative eingereicht, die Krankenversicherungsprämien auf maximal zehn Prozent des verfügbaren Einkommens deckeln will. Der Bundesrat seinerseits schlägt zwei «Kostendämpfungspakete» vor (BAG 2022a, 2023a), die auf ein restriktiveres Kostenmanagement abzielen.

Im Widerspruch zu diesen Kostenzielen läuft die politische Tendenz in Richtung zusätzlicher Übernahme von Gesundheitsausgaben durch die obligatorische Krankenversicherung oder den Staat. Im Jahr 2009 unterstützte das Volk mit über zwei Dritteln der Stimmen die Finanzierung der Komplementärmedizin wie Homöopathie, anthroposophische Medizin oder chinesische Medizin durch die obligatorische Krankenversicherung (Bundesrat 2017). Seit 2012 ist die freie Wahl von Spitälern und

Privatkliniken innerhalb wie ausserhalb des Kantons möglich, sofern die Institutionen auf kantonalen Spitallisten aufgeführt sind. Damit werden neu Leistungen aus der Grundversicherung übernommen, die früher eine Zusatzversicherung benötigten.

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) erlaubt es zudem immer mehr neuen Akteuren, ihre Leistungen direkt mit den Krankenversicherern abzurechnen: Psychotherapeuten seit 2022 (BAG 2023b) oder diplomierte Pflegefachpersonen ab 2024 (BAG 2023c). Während dies zur Entlastung der Ärzte beiträgt, sind die finanziellen Auswirkungen umstritten. Laut Santésuisse, einem Dachverband der Krankenversicherungen, könnte die neue Regelung für Psychotherapeuten zu zusätzlichen Ausgaben von 500 Millionen Franken pro Jahr führen (Santésuisse 2020). Curafutura, ein anderer Versicherungsverband, ist allerdings weniger pessimistisch (Curafutura 2022). Darüber hinaus werden regelmässig Vorstösse auf kantonaler wie nationaler Ebene für die Kostenübernahme neuer Leistungen gestellt, etwa In-vitro-Fertilisation, Hygieneartikel oder Zahnbehandlungen (Piller Carrard 2019; Porchet 2020; Prelicz-Huber 2022).

Die Covid-19-Pandemie hat auch den Ansprüchen des Pflegepersonals nach besseren Arbeitsbedingungen eine neue Dimension verliehen, und zwar durch Forderungen nach mehr Lohn oder kürzeren Arbeitszeiten bei gleichbleibender Entlohnung, was de facto zu höheren Personalkosten führt. Die Annahme der Pflegeinitiative durch das Volk im November 2021 ist ein Symbol für diese politische Forderung nach mehr Mitteln. Die Gewerkschaften verlangen zudem die Bildung von Reserveteams in Intensivstationen nach dem Vorbild der Feuerwehr, um auf potenzielle neue Pandemien reagieren zu können (Maillard 2022). Wünsche nach besseren Lohnbedingungen oder Tarifen gibt es auch andernorts zuhauf, zum Beispiel in Kinderspitälern (Häberli-Koller 2019).

Diese hyperaktive, widersprüchliche Politik, die einerseits Kostensenkungen und andererseits die Übernahme von immer mehr Leistungen fordert, grenzt an Schizophrenie. Jeder möchte die beste Behandlung für sich beanspruchen, aber keiner für die Kosten eines solchen Systems aufkommen.

Diese hyperaktive, widersprüchliche Politik, die einerseits Kostensenkungen und andererseits die Übernahme von immer mehr Leistungen fordert, grenzt an Schizophrenie.

## 1.2\_ Qualitäts- statt Kostenwettbewerb

Die Diskussionen um Kosten und Leistungen sind umso unfruchtbarer, als sie einen entscheidenden Faktor ausser Acht lassen: den Wert der Gesundheitsleistungen. Zwar können die Ausgaben auf den Rappen genau beziffert werden – 86,344 Mrd. Fr. im Jahr 2021 (BFS 2023a). Niemand kann aber ihren Wert für die Patienten und die Gesellschaft quantifizieren. Ohne einen Paradigmenwechsel, der den Patienten und nicht die Institutionen in den Mittelpunkt

stellt, wird die Politik und mit ihr das gesamte Gesundheitswesen in der Sackgasse verharren.

### 1.2.1 Mehrwert für den Patienten

Den Patienten in den Mittelpunkt des Gesundheitssystems zu stellen, müsste eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein. Dennoch ist das Gesundheitswesen weder in der Schweiz noch in den meisten anderen Ländern so organisiert oder finanziert, dass dieses Ziel erreicht werden könnte. Hierzulande werden etwa stationäre Leistungen anders vergütet als solche, die ambulant erbracht werden. In Bereichen mit Fallpauschalen finden die Leistungserbringer Anreize, ihre Patienten schnellstmöglich in andere Einrichtungen zu verlegen, sobald die Pauschalen ausgeschöpft sind.

Darüber hinaus sind Informationen über die Gesundheit einer Person oft nicht in digitaler Form verfügbar. Falls doch, haben verschiedene Akteure keinen Zugriff darauf. Diese Lücke führt im besten Fall zu Doppelspurigkeiten und schlimmstenfalls zu Entscheidungen, die der Sicherheit des Patienten abträglich sind.

Auch vergütet das derzeitige System in erster Linie die erbrachten medizinischen Leistungen und nicht den Mehrwert einer Behandlung. Eine konservative Behandlung (z. B. Physiotherapie anstelle einer Kreuzbandoperation) oder gar der Verzicht auf einen Eingriff (z. B. bei Rückenschmerzen) könnte zwar einen echten Mehrwert für den Patienten darstellen, bedeutet aber de facto einen Umsatzverlust für die Institution, die sich für Zurückhaltung entscheidet.

Um aus dieser Sackgasse herauszukommen, haben Michael Porter und Elisabeth Teisberg (2006) in ihrem einflussreichen Referenzwerk «Redefining Healthcare: Creating Value-Based Competition on Results» nichts weniger als einen Paradigmenwechsel im Gesundheitssystem vorgeschlagen. Für Porter und Teisberg besteht das Hauptziel des Gesundheitssystems darin, den Mehrwert für den Konsumenten – hier den Patienten – zu maximieren. Dieser Mehrwert wird definiert als das Verhältnis zwischen dem Ergebnis aus Patientensicht (Outcome, der auch als Qualität der Versorgung verstanden werden kann) und den eingesetzten Ressourcen (Input, z. B. in Franken oder Personaleinheiten).

Das Hauptziel des Gesundheitssystems besteht darin, den Mehrwert für den Konsumenten – hier den Patienten – zu maximieren.

#### Formel

$$\text{Mehrwert für Patienten (Value)} = \frac{\text{Gesundheitsergebnis (Outcome)}}{\text{Eingesetzte Ressourcen (Input)}}$$

Der Mehrwert kann demnach optimiert werden, wenn für einen gegebenen Ressourceneinsatz das Gesundheitsergebnis (Outcome) verbessert wird. Eine Behandlung kann auch Mehrwert generie-

ren, wenn für ein bestimmtes Ergebnis (Outcome) weniger Mittel eingesetzt werden, z. B. durch Prävention, bessere Diagnostik oder höhere Effizienz der Leistungserbringung.

Ein Ausweg aus der politischen Sackgasse kann in einem wertorientierten Gesundheitssystem (Value-based healthcare, VBHC) liegen, das den Fokus von den Kosten auf den Mehrwert von Gesundheitsleistungen verschiebt: Es geht nicht darum, die Aufwendungen zu senken bzw. die Leistungen zu erhöhen, sondern darum, eine Grundsatzdebatte über den zu erzielenden Mehrwert und die dafür einzusetzenden Mittel zu führen.

Somit zeichnet sich ein wertorientiertes Gesundheitssystem dadurch aus, dass es

- 01\_ eine Qualität von Gesundheitsleistungen anstrebt, die auch für den Patienten einen echten Mehrwert darstellt (**patientenstatt nur leistungserbringerzentriert**),
- 02\_ Anreize für eine optimale Versorgung über den ganzen Patientenpfad schafft, indem Qualität und Effizienz belohnt werden (**Mehrwert statt Volumen vergüten**),
- 03\_ Patienten, Leistungserbringer und Finanzierer befähigt, die besten Kooperationspartner zu wählen (**Qualitäts- und Kostentransparenz**).

Trotz der Einfachheit dieses Konzepts bestehen erhebliche Herausforderungen bei dessen Umsetzung in der Praxis. So muss etwa zunächst der Outcome objektiv und messbar definiert werden. Zu diesem Zweck schlagen Porter und Teisberg vor, Ergebnisindikatoren (*«outcome measures»*) zu definieren, die in erster Linie für den Patienten relevant sind. Diese Indikatoren sind je nach Krankheit differenziert zu bestimmen.

Zudem müssen die Aktivitäten im Gesundheitssystem entlang des gesamten Patientenpfades auf eine bestimmte Krankheit ausgerichtet werden, z. B. bei Brustkrebs von der Prävention über die Langzeitpflege bis hin zu einer Intervention und gegebenenfalls Rehabilitation. Die Umsetzung des VBHC-Ansatzes bedingt somit das Aufbrechen der traditionellen medizinischen Silos (ambulante vs. stationäre Leistungserbringer, Generalisten vs. Fachärzte usw.). Dank einem multidisziplinären und interprofessionellen Ansatz soll die gesamte Versorgung eines Patienten verbessert werden – nicht nur ein einzelner Behandlungsschritt. Insgesamt muss das System das Endresultat und nicht Einzeleingriffe vergüten.

### 1.2.2 Ein VBHC-Konzept für die Schweiz

Das Konzept von Porter und Teisberg wurde 2007 in einer Studie erstmals für die Schweiz ausformuliert (Teisberg 2007). Seither gab es politische Veränderungen in die richtige Richtung: Nach dem

Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 zum Beispiel folgt nun die Finanzierung dem Patienten, unabhängig davon, welches Spital er wählt. Man spricht von einer Subjektfinanzierung.<sup>1</sup> Das Spital erhält nur dann eine Vergütung, wenn es einen Patienten aufnimmt. In ähnlicher Weise folgt die Finanzierung der Langzeitpflege seit 2011 ebenfalls der Logik der Subjektfinanzierung, sowohl für die Spitex als auch in Pflegeheimen.

Parallel dazu wurden in der Schweiz Überlegungen zur Qualität von Behandlungen angestellt, die im Jahr 2009 unter anderem zur Gründung des nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) geführt haben. Der Verein sammelt und veröffentlicht Daten für rund 400 Akutspitäler, Psychiatrie- und Rehabilitationskliniken. ANQ trägt somit dazu bei, den Outcome in den stationären Einrichtungen zu bestimmen. Die Indikatoren decken jedoch jeweils eine gesamte Institution ab. Sie sind weder nach spezifischen Krankheiten noch für einen einzelnen Arzt spezifisch.

Die letzten gesetzlichen Anpassungen im Bereich der Qualität fanden 2019 statt. Mit dem ehrgeizigen Ziel der «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit» hat das Parlament neue gesetzliche Grundlagen mit zwei wichtigen Änderungen eingeführt. Erstens wurde eine Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) geschaffen, die die Akteure des Gesundheitswesens beraten und Projekte zur Qualitätsentwicklung finanzieren soll (Art. 58b KVG). Zweitens müssen die Leistungserbringer und Versicherer Qualitätsentwicklungsvereinbarungen abschliessen und diese dem Bundesrat vorlegen (Art. 58a KVG). Der Bundesrat wiederum hat die Aufgabe, im Rahmen von Vierjahreszielen eine «strategische Ausrichtung» der Qualitätsentwicklung festzulegen. So definierte der Bundesrat 2023 zehn Ziele. Diese stellen jedoch mehrheitlich offen formulierte Absichtserklärungen dar, etwa «die Einführung einer Just Culture (sic!) in der Schweiz ist vorangeschritten» oder «die Stellung der Patientinnen, der Patienten und der Patientenvereinigungen im System wird gestärkt» (Bundesrat 2022a). Dabei setzt der Bundesrat in seiner Strategie nicht auf Wettbewerb, um seine Qualitätsziele zu erreichen, sondern bevorzugt eine Harmonisierung und stärkere Kontrolle der Qualitätsstandards (Hess 2022).

Der Bundesrat setzt nicht auf Wettbewerb, um seine Qualitätsziele zu erreichen, sondern bevorzugt eine stärkere Kontrolle der Qualitätsstandards.

### 1.2.3 Ziele nicht erreicht

Trotz den oben erwähnten Initiativen ist die Vision einer Value-based healthcare in der Schweiz bei weitem nicht erreicht. So ist der Gesundheitssektor nach wie vor stark in Silos organisiert und im

<sup>1</sup> Im Gegensatz zur «Objektfinanzierung», die einen Finanzierungsrahmen (oder eine Defizitgarantie) unabhängig vom Patientenaufkommen vorsieht.

Bereich der stationären Einrichtungen (Spitäler und Pflegeheime) dominiert immer noch der «Kantönlicheist». Die Messung von Qualitätsindikatoren für eine bestimmte Krankheit während des gesamten Patientenpfades ist eher die Ausnahme als die Regel. Die gemeinsame Nutzung von Informationen dank einem elektronischen Patientendossier (EPD) bleibt noch für mehrere Jahre ein frommer Wunsch. Und schliesslich ist die Finanzierung der Leistungen nach wie vor durch willkürliche Abgrenzungsregeln zwischen ambulant und stationär gekennzeichnet.

In Anbetracht dessen ist eine grundlegende Veränderung des Systems notwendig. Viele fordern dafür eine vom Bund verordnete («top-down») Neuordnung des Gesundheitswesens. Allerdings erwies sich eine solche von oben verordnete Umgestaltung in der föderalistischen und dezentral organisierten Schweiz bislang als äusserst schwierig bzw. unmöglich, da die Hoheit über die Gesundheitspolitik auf 26 Kantone verstreut ist. Die zum Teil öffentlich-rechtlich, zum Teil privatrechtlich organisierten Leistungserbringer sowie die unterschiedlichen Finanzierer (Bund, Kantone und ca. 50 Krankenversicherer) sind sehr heterogen aufgestellt. Eine umfassende Neugestaltung auf Bundesebene wäre somit politisch kaum umsetzbar.

Eine von oben verordnete Umgestaltung in der föderalistischen und dezentral organisierten Schweiz erwies sich bislang als äusserst schwierig bzw. unmöglich.

Ein «top-down»-Ansatz wäre auch deshalb nicht wünschenswert, weil damit die Flexibilität des Systems eingeschränkt wird. Zudem könnten die lokalen Gegebenheiten und Präferenzen weniger berücksichtigt werden. Die dezentrale und lose Organisation verursacht zwar Redundanzen und Doppelspurigkeiten. In Krisenzeiten wie der Covid-19-Pandemie bietet sie jedoch eine hohe Resilienz des Systems.

Statt also das System von oben reformieren zu wollen, ist ein von unten nach oben («bottom-up») geprägter Ansatz erfolgversprechender. Zwar könnte die Heterogenität und Granularität des Schweizer Gesundheitssektors als Hemmschuh für eine Implementierung des VBHC-Modells gesehen werden. Aber diese Fragmentierung bietet auch Chancen, neue Organisations- und Finanzierungsmodelle auf regionaler Ebene zu erproben; sei es in den 26 Versuchslabors der Kantone oder im Rahmen von Kollaborationen zwischen Finanzierern (z. B. Krankenversicherern) und Leistungserbringern (z. B. einer Spitalabteilung).

Um Ideen und Innovationen zu fördern und eine Evolution (statt Revolution) des Systems von unten nach oben einzuleiten, schlagen wir einen Ansatz in drei Phasen vor, der auch die Struktur dieser Publikation bildet.

#### 1.2.4 Transparente Qualität innerhalb der Organisationen (vgl. Kapitel 2)

Die Qualität einer Gesundheitsdienstleistung zu definieren, ist eine anspruchsvolle Aufgabe. Jeder Patient weist besondere, manchmal einzigartige Merkmale auf. Die Qualität einer medizinischen Diagnose oder eines chirurgischen Eingriffs ist dadurch schwer zu messen. Praktiker

behaupten sogar, die Definition von Qualität im Gesundheitswesen sei grundsätzlich ein Ding der Unmöglichkeit (Bonvin 2023).

Der Abwehrreflex gegen eine Definition und Quantifizierung der Qualität des Gesundheitswesens ist jedoch nicht am Platz. Mit einem Anteil von 12 % am Bruttoinlandprodukt (BIP) ist der Gesundheitssektor einer der wichtigsten Wirtschaftssektoren der Schweiz (OECD 2023a). Kaufkraftbereinigt sind die Gesundheitsausgaben pro Kopf hierzulande die zweihöchsten der Welt (vgl. Abbildung 2). Das Gesundheitswesen ist zum grossen Teil kollektiv über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (KVG), Zusatzversicherungen (VVG) und via Steuern finanziert. Auch wenn unbestritten ist, dass Ärzte und Pflegefachpersonen täglich einen wichtigen Beitrag für das Wohlergehen der Bevölkerung leisten, sollte es bei jährlichen Kosten von über 80 Mrd. Fr. eine Selbstverständlichkeit sein, Rechenschaft über die Qualität der erbrachten Leistungen abzulegen.

Gewiss ist eine Definition des Mehrwerts im Gesundheitswesen schwer zu formulieren. Die Patientenbedürfnisse und die Gesundheitsdeterminanten sind vielfältig.<sup>2</sup> Nur weil die Definition schwierig ist, heisst dies jedoch nicht, dass keine Indikatoren entwickelt werden sollten. Auch das Bruttoinlandprodukt bildet den wahren Wohlstand einer Nation nur unvollständig ab, weil es wesentliche Elemente wie die Lebensqualität oder das Glücksgefühl der Bevölkerung nicht berücksichtigt. Und dennoch liefert der Indikator wichtige Hinweise für das Wohlergehen der Bevölkerung, gerade auch im internationalen Vergleich. Und oft kann von unvollkommenen Massen wie dem BIP auch auf nicht direkt beobachtbare bzw. quantifizierbare Grössen geschlossen werden. So korreliert das BIP typischerweise mit schwer monetarisierbaren Faktoren wie Bildung, Gesundheit, Kindersterblichkeit, Lebenserwartung und Lebensqualität im Allgemeinen.

Im Schweizer Gesundheitssektor gibt es grundsätzlich viele Hinweise auf eine hohe Versorgungsqualität. Ob die Pro-Kopf-Ausgaben dafür effizient eingesetzt sind, ist jedoch eine andere Frage. Die Lebenserwartung oder die Anzahl der gesunden Lebensjahre sind zwar hoch, andere Länder erreichen jedoch ähnliche Ergebnisse mit deutlich weniger Pro-Kopf-Ausgaben (vgl. Abbildung 2). Nicht nur auf aggregiertem Niveau, sondern auch in der Praxis werfen die Unterschiede Fragen auf. So werden in der Schweiz zum Beispiel doppelt so viele Hüft- und Knieimplantate eingesetzt wie im Durchschnitt der OECD-Länder (OECD 2021).

Auch innerhalb der Schweiz lassen die unterschiedlichen Praktiken in den Kantonen aufhorchen. Beispielsweise war die Zahl der Kniearthroskopien pro Einwohner im Jahr 2021 im Kanton Basel-Stadt dreimal so hoch wie im Kanton Genf (Obsan 2023). Ebenso variiert die Rate der Infektionen oder der Rehospitalisierungen nach einer Operation von Spital zu

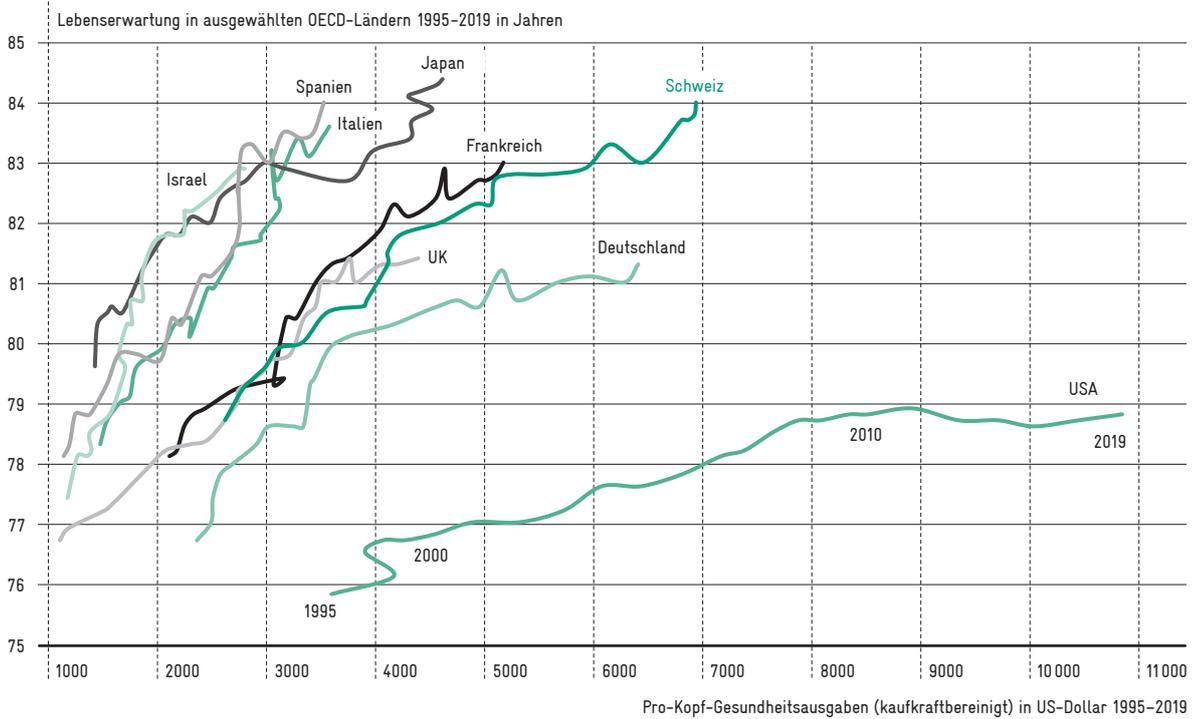
Nur weil die Definition schwierig ist, heisst dies jedoch nicht, dass keine Indikatoren entwickelt werden sollten.

2 Dies gilt für die meisten Dienstleistungstätigkeiten, z. B. im Finanzwesen, bei juristischen Angelegenheiten oder bei der Forschung und Entwicklung.

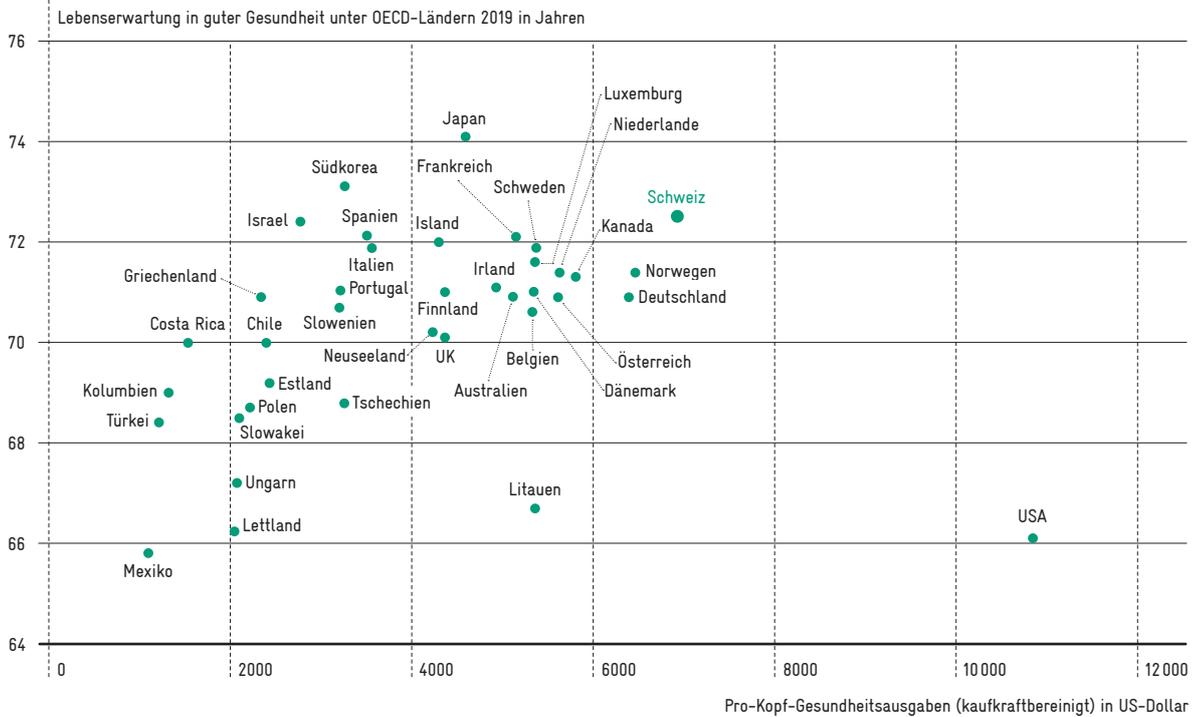
Abbildung 2

Hohe Lebenserwartung mit hohen Kosten verbunden

Die 84 Jahre Lebenserwartung bzw. die 73 Jahre bei guter Gesundheit in der Schweiz zählen zu den Höchstwerten im internationalen Vergleich. Doch andere Länder erreichen ähnliche Ergebnisse mit deutlich weniger Pro-Kopf-Ausgaben.



Quelle: OECD (2023a, 2023b) auf Basis von Helsana (2023)



Quelle: OECD (2023b), WHO (2022)

Spital, selbst unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Patientenprofile (ANQ 2023a).

In Anbetracht der grossen Variation erbrachter Leistungen im internationalen wie im interkantonalen Vergleich und in Anbetracht der wirtschaftlichen Bedeutung des Gesundheitssektors in der Schweiz darf von den Leistungserbringern, Finanzierern und dem Staat als Regulator erwartet werden, Rechenschaft über den Mehrwert ihrer Leistungen abzulegen.

Der erste Schritt hin zu einem echten VBHC-Modell besteht also darin, zu akzeptieren, dass es Unterschiede bei der Diagnose, der Indikation oder der Durchführung einer Therapie gibt. Das Akzeptieren solcher Unterschiede ist kein Akt des Misstrauens gegenüber dem Gesundheitspersonal oder gar mangelnde Anerkennung ihres Engagements. Es geht lediglich darum, statistische Varianz zu identifizieren, wie sie in den meisten Berufsgruppen zu finden ist. Unterschiede zu erkennen und ihre Ursachen zu verstehen, stellt einen unverzichtbaren Schritt zur Verbesserung der Qualität unseres Gesundheitssystems dar.

Auch wenn eine perfekte Messung von Qualität in Gesundheitswesen nicht möglich ist, ist die Definition von Qualitätsindikatoren ein wichtiger Schritt nach vorne. Sollte es gelingen, sinnvolle Indikatoren zu definieren – und zwar nicht nur von Fachleuten für Fachleute, sondern auch von und für Patienten –, können diese für einzelne Behandlungen und Eingriffe oder auch Einrichtungen wertvolle Informationen liefern, wie echter Mehrwert für die Patienten geschaffen werden kann. Dabei sollten die entsprechenden Indikatoren pro Krankheit und möglichst vor, während und nach einer Behandlung erhoben werden, um die künstlichen Barrieren zwischen den Leistungserbringern entlang des Patientenpfades zu überwinden.

### 1.2.5 Mehrwertabhängige Finanzierungsmodelle (vgl. Kapitel 3)

Eine qualitativ hochwertige Versorgung ermöglicht es, unnötige Behandlungen und Komplikationen zu vermeiden. Sie beschleunigt die Heilung, minimiert Nebenwirkungen, vermeidet Übermedikation und reduziert die Anzahl überflüssiger und für die Patienten belastender Therapien. Beispielsweise kann eine gut behandelte chronische Krankheit (wie Diabetes oder Asthma) Spitalaufenthalte vermeiden, und ein erfolgreich durchgeführter chirurgischer Eingriff minimiert das Risiko einer erneuten Operation sowie die damit verbundenen zusätzlichen Kosten. Eine bessere Qualität bedeutet in der Regel auch, dass weniger Ressourcen eingesetzt werden müssen. Diese Ressourcenoptimierung ist explizit anzustreben in einem System, das solidarisch und kollektiv finanziert wird, und in einem Sektor, der unter ausgeprägtem Arbeitskräftemangel leidet.

Eine bessere medizinische Versorgung anzubieten, kann aber auch einen höheren Ressourceneinsatz erfordern: mehr Zeit zum Zuhören, mehr Personal oder umfangreichere Analysen, die mehr technologische und

Eine qualitativ hochwertige Versorgung ermöglicht es, unnötige Behandlungen und Komplikationen zu vermeiden.

personelle Ressourcen binden. Dies mag zusätzliche Kosten verursachen. In einem wertorientierten Gesundheitssystem kann ein zusätzlicher Ressourceneinsatz (der Nenner in der oben zitierten Formel zum Mehrwert) gerechtfertigt sein, wenn auch der Outcome (der Zähler der Formel) hierdurch steigt. Die Leistung wäre dann zwar teurer, aber sie verbessert insgesamt den Mehrwert für den Patienten.

Höherer Ressourceneinsatz für einen besseren Outcome führt jedoch zu Zielkonflikten; insbesondere, wenn die zusätzlichen Kosten von einer Institution zu tragen sind, die vom gesteigerten Ressourceneinsatz nicht profitiert. Wenn beispielsweise ein Orthopäde auf eine Knieoperation zugunsten einer konservativen physiotherapeutischen Behandlung verzichtet, bedeutet dies für ihn einen Einkommensverlust. Insgesamt sinken jedoch die Gesundheitskosten, und die Krankenversicherungen können die realisierten Einsparungen in Form von geringeren Prämien an die Patienten weitergeben.

In dieser zweiten Phase der Einführung des VBHC-Modells ist es daher wichtig, Vergütungsmechanismen zu finden und einzuführen, die eine faire Verteilung der Gewinne für alle sichern, die zum Mehrwert einer Behandlung beigetragen haben. Von den Einsparungen, die insgesamt durch bessere Qualität erzielt werden, müssen auch diejenigen profitieren, die sie durch Verzicht oder zusätzliche Qualitätsmassnahmen ermöglicht haben.

Wenn ein Orthopäde auf eine Knieoperation zugunsten einer konservativen physiotherapeutischen Behandlung verzichtet, bedeutet dies für ihn einen Einkommensverlust.

### 1.2.6 Qualitätswettbewerb zwischen Organisationen (vgl. Kapitel 4)

Die Qualität innerhalb einer Organisation zu messen und zu würdigen, ist ein wichtiger Schritt bei der Einführung des VBHC-Konzepts. Dies ermöglicht eine Unternehmenskultur, die sich am Patientenwohl orientiert und belohnt die Anstrengungen, die zu diesem Zweck unternommen werden.

Im Reich der Blinden ist jedoch der Einäugige König. Die Analyse der Qualitätsdaten einer einzelnen Institution erlaubt zwar, die Leistungen von Jahr zu Jahr zu verbessern. Ein Vergleich mit der Qualität anderer Institutionen ist hingegen nicht möglich. Um das Potenzial des VBHC-Ansatzes voll auszuschöpfen, ist aber genau ein solcher Vergleich über Institutionen anzustreben: Es braucht einen konstruktiven Qualitätswettbewerb auf Schweizer Ebene. Derzeit findet der Wettbewerb im Gesundheitssystem vor allem über die Kosten statt. Auch spielt sich der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen hauptsächlich über die Prämienhöhe ab, die die Gesundheitsausgaben widerspiegeln. Es gibt zwar Versicherungsmodelle, die eine bessere Versorgung dank integrierter Medizin fördern, die Prämienhöhe bleibt aber dabei der wichtigste Parameter für die Wahl des Versicherers.

Ein Wettbewerb, der sich nur an den Kosten orientiert, kann zu einem «Wettlauf nach unten» (*«race to the bottom»*) führen und die Qualität negativ beeinflussen. Eine zu rasche Entlassung aus einem Spital oder der

Verzicht auf eine wichtige Untersuchung kann zwar für die einzelne Institution zu einer Kosteneinsparung führen, insgesamt die Gesundheitskosten jedoch verteuern. Die Situation im Gesundheitswesen ist also insofern speziell, als die Koppelung von Preisen und Qualität – die in einem freien Markt selbstverständlich ist – aufgrund der bestehenden Preisregulierung ausser Kraft gesetzt wird; der «Preis der Preisregulierung» sind die beschriebenen Fehlanreize in Bezug auf die Qualität. Um ein wertorientiertes Gesundheitssystem zu entwickeln, braucht es deshalb eine Rückkehr zu einem System, in dem Preise und Qualität verknüpft sind. Dazu bedarf es einer Gesamtsicht: Es muss Transparenz über die Qualität geschaffen und die Kosten daran ausgerichtet werden.

### 1.3\_ Bottom-up und explorativer Ansatz: Umfang und Abgrenzung der Studie

Die oben erwähnten Schritte zur Einführung des VBHC-Konzepts in der Schweiz zeigen: Die Definition von Qualitätsindikatoren ist ein kollaborativer und iterativer Prozess. Es wäre vermessen, in dieser Studie entsprechende Indikatoren für jede Art von Leistungserbringer und für jede Krankheit definieren zu wollen. Vielmehr muss ein wertorientiertes Gesundheitssystem von denjenigen entwickelt und definiert werden, die es praktizieren. In diesem Sinne hebt unsere Studie vielversprechende Praktiken und Pilotprojekte im VBHC-Bereich hervor, von denen sich Patienten, Leistungserbringer und Finanzierer inspirieren lassen sollen. Die Studie zeigt überdies allfällige rechtliche, organisatorische und finanzielle Hürden auf, die eine Einführung des VBHC-Ansatzes in der Schweiz erschweren. Acht konkrete Massnahmen werden nachfolgend formuliert, um diese Hürden zu überwinden. Zudem wird ein Umsetzungsplan vorgeschlagen, um Akzeptanz und Nachhaltigkeit der Massnahmen zu fördern.

Ein wertorientiertes Gesundheitssystem muss von denjenigen entwickelt und definiert werden, die es praktizieren.

Getreu dem Grundsatz, dass Innovationen eher von unten kommen als von oben diktiert werden, ist diese Studie nicht im Sinne eines schematischen Rezeptbuchs aufgebaut. Stattdessen zielen die vorgeschlagenen Massnahmen auf die Anpassung von Rahmenbedingungen, die es ermöglichen sollen, lokale Best-Practices zu testen, zu verwerfen oder zu bestätigen. Vor allem aber haben die Vorschläge zum Ziel, einen Paradigmenwechsel einzuleiten. Das Gesundheitswesen soll sich zunehmend einem System annähern, das den Mehrwert statt das Volumen von Leistungen honoriert und den Qualitäts- statt den Kostenwettbewerb fördert.

## 2\_ Qualitätstransparenz innerhalb der Organisationen

Wenn ein Geigenspieler sich verbessern möchte, muss er seine Stärken und Schwächen kennen und seine Übungen danach richten. Die Qualität eines Geigers wird dabei nicht nur an seiner Fingertechnik und der Beherrschung des Bogens gemessen, sondern auch an seiner Fähigkeit, im Konzertsaal Emotionen zu wecken und auf das Publikum einzugehen.

Technische Fertigkeiten und emotionale Kompetenzen sind ebenfalls wichtige Voraussetzung für ein wertorientiertes Gesundheitssystem. Will man Verbesserungen herbeiführen, ist es von entscheidender Bedeutung, die Qualität der Versorgung und die dafür eingesetzten Mittel zu kennen. In der Schweiz sind die Kosten der Leistungen gut dokumentiert, da sie in den Rechnungen der Leistungserbringer an die Versicherer abgebildet sind.<sup>3</sup> Die Ergebnisqualität wird hingegen kaum erfasst.

### 2.1\_ Outcome- vor Input-Messung

Will man die Qualität messen, muss sie erst einmal definiert werden. Manche Gesundheitsexperten stellen diese Definitionsbemühungen jedoch grundsätzlich in Frage (Bonvin 2023). Sie sind der Meinung, dass Qualität sowie andere wesentliche Komponenten der Behandlung wie Empathie, menschliche Wärme und Wohlwollen nicht durch einen präzisen Indikator erfasst werden können.

Manche befürchten auch, die Erhebung von Indikatoren könnte dazu führen, dass einfach «Kästchen abgehakt» werden. Das Personal könnte verleitet sein, das Ergebnis der Indikatoren auf Kosten einer der ganzheitlichen Patientenversorgung zu maximieren (Larsson et al. 2022). Unbestreitbar sind Empathie oder Zuhören seitens des Gesundheitspersonals eminent wichtig. Sie stellen aber keinen Selbstzweck dar. Sie sind primär ein Mittel, um bessere medizinische Ergebnisse zu erzielen. An der Notwendigkeit, die Qualität zu definieren und zu messen, ändert sich hierdurch jedoch nichts.

Qualität im Gesundheitssystem wird laut WHO in sieben Dimensionen unterteilt: Sie soll sicher, wirksam, patientenzentriert, rechtzeitig, effizient, chancengleich und integriert sein (BAG 2023d). In der Regel wird Qualität mithilfe von Strukturindikatoren beschrieben, welche die Infrastruktur (etwa die Art der eingesetzten medizinischen Geräte oder der Anzahl Betten) oder Personaldotation und Ausbildungsniveau erfassen. Die Qualität wird überdies auch mit Prozessindikatoren beschrieben, mit denen die durchgeführten Behandlungen und ihre Übereinstimmung mit medizinischen Standards dokumentiert werden (Donabedian 1988).

---

3 Genau genommen spiegeln die Rechnungen die in den Tarifen regulatorisch festgelegten Preise. Die Tarife entsprechen jedoch nicht immer den tatsächlichen Kosten der Leistungserbringer.

Struktur- und Prozessindikatoren sind zwar nützlich, um die Ursachen für gute oder schlechte Qualität besser zu verstehen. Was aber zählt, sind die Ergebnisse (Outcome) der Behandlungen. Es geht letztlich nicht darum, das «Wie» zu beschreiben, sondern das «Was», d. h. ob die Gesundheitsziele erreicht wurden oder nicht. Für einen Diabetiker beispielsweise ist es weniger wichtig, wie oft sein Blutzuckerspiegel gemessen wird (ein Prozessindikator), als die Wahrscheinlichkeit zu reduzieren, die Sehkraft zu verlieren, einen Fuss amputieren zu müssen oder einen Schlaganfall zu erleiden (Outcome-Indikatoren).<sup>4</sup>

Die Outcome-Messung kann mehr oder weniger spezifisch sein. Allgemeine Indikatoren wie die Infektions- oder Rehospitalisierungsrate können zwar erste Anhaltspunkte bezüglich der Qualität eines Spitals insgesamt liefern. Sie sind jedoch eher unspezifisch. Um das Potenzial des VBHC-Konzepts besser auszuschöpfen, erfüllen Outcome-Indikatoren zwei Bedingungen:

- Erstens werden die Outcomes nach Krankheit (wie Brustkrebs, Depression oder Kniearthrose) gemessen, nicht nach Fachgebiet (z. B. Pneumologie) oder Intervention (z. B. Glukosekontrolle). Damit decken sie den gesamten Patientenpfad ab: die Prävention, die Intervention (oder deren Verzicht), aber auch die Rehabilitation und allfällige Reoperationen. Ein Ansatz nach Krankheitsbildern oder Zielgruppe ist nicht nur zielgerichteter. Er ermöglicht, dem Patienten über die Grenzen einer einzelnen Organisation hinaus zu folgen. Damit kann der gesamte Patientenpfad optimiert werden.
- Zweitens messen die Qualitätsindikatoren Komponenten, die für den Patienten von Bedeutung sind. Es geht weder um Luxusbegehren wie ein Zweitbettzimmer noch um Wünsche für einen Eingriff aus ästhetischen Gründen. Vielmehr ist das Ziel, Indikatoren zu identifizieren, die den Zweck der Behandlung aus Sicht des Patienten beschreiben. Während das Überleben einer Operation und die Vermeidung von Infektionen selbstverständlich Priorität haben, sind andere Aspekte ebenso von Bedeutung. Bei Prostatakrebs sind beispielsweise Outcomes wie Inkontinenz oder erektile Dysfunktionen für den Patienten wichtig. Beim Brustkrebs ist die Wahrnehmung des eigenen Körpers von grosser Bedeutung. Andere Outcomes wie die Genesungszeit, mögliche Reoperationen oder Rückfälle spielen darüber hinaus eine wichtige Rolle.

Das Ziel ist, Indikatoren zu identifizieren, die den Zweck der Behandlung aus Sicht des Patienten beschreiben.

Das Bedürfnis, Qualitätsindikatoren nach Krankheitsbildern zu bestimmen, die für den Patienten von Bedeutung sind, ist keine Schweizer Besonderheit. Im Jahr 2012 wurde zu diesem Zweck das *International Consortium for Health Outcomes Measurement* (IChom) gegründet. Der Verein stellt Outcome-Indikatoren zur Verfügung, die von internationalen

---

4 Outcomes können, müssen aber nicht zwangsläufig direkt von der Prozessqualität abhängen. Dort, wo Prozess- und Outcome-Indikatoren stark korreliert sind (z. B. Hände waschen hilft, Infektionen zu vermeiden) dann sind Prozessindikatoren auch sinnvoll (Peden et al. 2019).

Expertenkomitees bestimmt wurden. Bisher sind Indikatoren für 50 Krankheitsbilder verfügbar (Ichom 2023), die eine gemeinsame Sprache schaffen und es Fachpersonen erlauben, sich mit Kollegen in anderen Institutionen und auf der ganzen Welt auszutauschen.

## 2.2\_ Einbezug der Patienten

Wenn man den Patienten in den Mittelpunkt des Gesundheitswesens stellen möchte, müssen sich die Qualitätsmessungen in erster Linie auf ihn beziehen. Die entsprechenden Daten können dabei einerseits von Fachpersonen erfasst werden. Man spricht in diesem Zusammenhang von «**Crom**» («*Clinician-Reported Outcome Measures*»). Crom sind objektive Indikatoren, da sie von Fachleuten nach einem festgelegten Protokoll gemessen werden.

Um jedoch patientenzentrierte Messungen zu ermöglichen, ist es andererseits sinnvoll, den Patienten direkt einzubeziehen, denn der Patient ist letztlich am besten in der Lage, seine Perspektive, seine Präferenzen und Bedürfnisse mitzuteilen. Er kann eine wichtige Rolle bei der Qualitätsmessung spielen, indem er dem Gesundheitspersonal Feedback zu den Ergebnissen, der Erfahrung und die Zufriedenheit mit der Behandlung gibt (Calmus et al. 2021).

Der Patient ist letztlich am besten in der Lage, seine Perspektive, seine Präferenzen und Bedürfnisse mitzuteilen.

### 2.2.1 Prom und Prem als nützliche Werkzeuge

Es werden zwei Arten von Qualitätsmessungen aus Patientensicht unterschieden (vgl. Box 1). «*Patient-Reported Outcome Measures*» («**Prom**») sind Informationen über «ein oder mehrere Merkmale des Gesundheitszustands eines Patienten, die direkt von ihm selbst ausgedrückt werden» (Minvielle et al. 2019). Prom-Indikatoren enthalten individuelle Informationen, etwa bezüglich Schmerzen, Müdigkeit oder Angstzustände. Mit Prom werden auch funktionale Fähigkeiten im Alltag – wie sich zu waschen, selbständig zu gehen oder eine Last zu tragen – erfasst.

Demgegenüber sind «*Patient-Reported Experience Measures*» (**Prem**) Informationen, die vom Patienten wahrgenommene Erfahrungen mit der Behandlung messen. Prem wird oft fälschlicherweise auf die Messung der Patientenzufriedenheit reduziert. Sie umfassen jedoch auch weitaus objektivere und vergleichbarere Elemente wie die Dauer, um Informationen oder einen Termin zu erhalten (Calmus et al. 2021).

Mit Prom und Prem werden Daten über den subjektiven Gesundheitszustand des Patienten gesammelt. Im Gegensatz zu qualitativen Interviews oder zu Diskussionen mit Fokusgruppen ermöglichen Prom und Prem dabei die Aggregation von Informationen und die Durchführung quantitativer Analysen (LaVela und Gallan 2014). Prom und Prem ergänzen somit die klinischen Indikatoren (Crom) und die Prozessindikatoren, mit dem Ziel, die Patientensicht in die Messung der Qualität einzubeziehen.

## Patient-Reported Measures

---

### **Prom – Patient-Reported Outcome Measures**

*Prom werden mit Fragebögen erfasst, die von den Patienten selbst ausgefüllt werden. Sie geben Auskunft über für sie wichtige Ergebnisse wie Schmerzen, funktionelle Mobilität oder Lebensqualität. Die Fragebögen werden in der Regel vor und nach einer therapeutischen Intervention oder mehrmals im Verlauf einer Krankheit ausgefüllt.*

*Es gibt generische und spezifische Prom. Generische Prom messen Elemente, die auf alle klinischen Situationen anwendbar sind (Calmus et al. 2021). Mit standardisierten Fragebögen werden dabei fünf Dimensionen der Lebensqualität gemessen: 1) Mobilität, 2) Schmerz, 3) Angst und Depression, 4) Selbständigkeit und 5) alltägliche Aktivitäten (EuroQol Research Foundation 2023). Generische Prom sind nützlich, um Patientengruppen zu vergleichen, sie enthalten jedoch keine detaillierteren Informationen über die Situation von Einzelpersonen je nach ihrer Erkrankung.*

*Spezifische Prom ermöglichen die Messung von Elementen, die mit einer Krankheit (z. B. Diabetes oder Brustkrebs), einer Patientengruppe (z. B. fettleibige Menschen oder Kinder), Ergebniskategorien (z. B. Schmerzen oder Mobilität) oder Körperteilen (Hüfte, Knie usw.) zusammenhängen (Calmus et al. 2021).*

### **Prem – Patient-Reported Experience Measures**

*Mit Prem werden mit Patientenfragebögen die Erfahrungen und die Zufriedenheit mit der Behandlung erfasst. Sie erlauben u. a. Rückschlüsse auf die Qualität der Informationen, die der Patient erhalten hat, die Aufmerksamkeit, die seinen Schmerzen gewidmet wurde, seine Wartezeiten und seine Beziehungen und Interaktionen mit dem Fachpersonal. Prem sind von ihrer Natur her eher Prozessmaße, da sie die Qualität des Behandlungsprozesses aus der Sicht der Patienten bewerten (EIT Health 2020).*

*Das Interesse an den medizinischen und pflegerischen Erfahrungen ist besonders gross bei chronisch Kranken, die langfristig mit dem Gesundheitspersonal zu tun haben. Prem sind zudem in der Palliativpflege sehr wichtig, wo es um die Qualität des (letzten) Lebensabschnittes geht (EIT Health 2020). Sie sind aber auch wichtige Qualitätsinstrumente für die Behandlung von akuten Krankheiten.*

---

### **2.2.2 Vorteile, aber keine Wunderlösung**

Die Verwendung von Prom und Prem hat Vorteile auf mehreren Ebenen des Gesundheitssystems. Auf Ebene des medizinischen Alltags (Mikroebene) stellen sie sicher, dass dem Patienten zugehört wird. Der Patientenstandpunkt wird damit bei der Auswahl und Umsetzung der Behandlung besser berücksichtigt (Prinzip der gemeinsamen Entscheidungsfindung; «*shared decision making*»), was zur Vertrauensbeziehung zwischen Patienten und Arzt beiträgt. Prom und Prem können auch die Diagnose des Arztes ergänzen. So kommt es immer wieder vor, dass die Patienten-sicht von derjenigen des Arztes abweicht, etwa bezüglich der Einschätzungen des Gesundheitszustands oder des Schweregrads von Nebenwirkungen (Calmus et al. 2021).

Auf Ebene der Institutionen (Mesoebene) tragen die Patienteninfor-mationen zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung bei. Als Ergänzung zu anderen Qualitätsindikatoren ermöglichen die Prom – und in gerin-

gerem Masse die Prem – die Beobachtung von Ergebnisvariationen innerhalb einer Institution oder Abteilung und erlauben so die Formulierung von Best-Practices. Sie ermöglichen überdies die Identifizierung von Fachgebieten, in denen eine Institution allenfalls über Wettbewerbsvorteile verfügt oder in denen die Zusammenarbeit mit einer anderen Institution sinnvoller sein könnte. Prom und Prem erlauben es einer medizinischen Institution ferner, ihr Qualitätsbestreben in Bereichen, die für die Patienten wichtig sind, zu dokumentieren und zu kommunizieren.

Auf Ebene des Gesundheitssystems insgesamt (Makroebene) eröffnet die systematische Erfassung von Prem und Prom schliesslich das Potenzial, die Gesamtqualität zu verbessern, zumindest sofern die erfassten Daten transparent und austauschbar sind (vgl. Kapitel 4). Insbesondere tragen Prom und Prem zur Zusammenarbeit und Interdisziplinarität bei, indem sie die bestehenden Silos der Gesundheitsversorgung aufbrechen: Sie beschränken sich nicht auf einen bestimmten Eingriff (z.B. Hüftoperation), sondern bewerten das Ergebnis für den Patienten vor, während und nach einem Eingriff. Auch bei chronischen Krankheiten gewinnen Prem zudem an Bedeutung, da es diesfalls oft weniger darum geht, die Krankheit zu heilen, sondern besser mit ihr zu leben.

Zahlreiche Studien belegen die grundsätzliche Wirksamkeit vom Prom und Prem (Arditi 2019; Calmus et al. 2021). So wird in der Literatur eine Verbesserung der Diagnose und Behandlung von Patienten identifiziert (Chen et al. 2013; Etkind et al. 2015; Howell et al. 2015; Kotronoulas et al. 2014; Lam et al. 2020). Prom und Prem wirken sich auch positiv auf die Pflegeprozesse aus, insbesondere auf die Kommunikation und Interaktion mit den Patienten und zwischen den Fachkräften (Greenhalgh et al. 2018; Kotronoulas et al. 2014; Lordon et al. 2020; Yang et al. 2018). Schliesslich führt die Verwendung von Prom zu einer höheren Patientenzufriedenheit (Chen et al. 2013).

Die systematische Erfassung von Prom und Prem hat jedoch auch Grenzen. Aufgrund ihrer subjektiven Natur sind die Ergebnisse anfällig für Verzerrungen. Faktoren, die in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen können, sind etwa die Laune des Patienten, dessen sozioökonomischer Status oder auch die Interaktion mit dem Gesundheitspersonal (Kluzek et al. 2022). Auch kann das (langfristige) Engagement des Patienten erlahmen, gerade wenn die medizinische Intervention vorüber ist und die Erfassung von Prom und Prem für ihn keinen unmittelbaren Nutzen mehr bringt. Ähnlich verhält es sich möglicherweise mit der Motivation von Fachpersonen, die langfristig Daten erheben müssen.

### 2.2.3 Patientenzentrierte Qualitätsmessung in den Kinderschuhen

Die Messung von Qualitätskriterien, die den Patienten in den Mittelpunkt stellen, ist eine wesentliche Voraussetzung für die Einführung des VBHC-Konzepts.

In der Schweiz sind solche Outcome-Messungen jedoch noch kaum verbreitet. Zwar werden im stationären Bereich gewisse Struktur- und

Prom und Prem tragen zur Zusammenarbeit und Interdisziplinarität bei, indem sie die bestehenden Silos der Gesundheitsversorgung aufbrechen.

Prozessindikatoren erfasst, die Messung des Outcomes aus Patientensicht steckt aber noch in den Kinderschuhen (vgl. Tabelle 1). Eine ausführliche Übersicht des Stands der Qualitätsmessung in der Schweiz ist im Anhang zu finden.

**Tabelle 1**

**Kaum Messung des Outcomes aus Patientensicht in der Schweiz**

*Zwar werden im stationären Bereich gewisse Struktur- und Prozessindikatoren erfasst, die Messung des Outcomes aus Patientensicht steckt aber noch in den Kinderschuhen.*

Bereich	Struktur	Prozess	Outcome		
			Crom	Prom	Prem
<b>Stationär</b>					
Somatische Akutpflege	■	■	■	■	■
Psychiatrie	■	■	■	■	■
Rehabilitation	■	■	■	■	■
Pflegeheime	■	■	■	■	■
<b>Ambulant</b>					
Arztpraxen	■	■	■	■	■
Spitex	■	■	■	■	■

Ausbreitung der Qualitätsmessung: ■ = hoch ■ = mittel ■ = tief

Quelle: Eigene Darstellung (vgl. Details im Anhang)

In Bezug auf die Crom weisen verschiedene Studien auf die Defizite in der Schweiz hin (OECD 2011; PwC 2022; Vincent und Staines 2019). Insbesondere zeigt sich, dass viele andere Länder diesbezüglich deutlich weiterentwickelt sind als die Schweiz. Im Vereinigten Königreich prüfen mittlerweile 93 % der Ärzte mindestens einmal pro Jahr die klinischen Ergebnisse ihrer Patienten. In den Niederlanden beläuft sich der entsprechende Wert auf 93 % und in Frankreich auf 57 %. In der Schweiz werden Crom gerade einmal von 35 % der Ärzte geprüft (Obsan 2023).

Bei den Prom und Prem ist die Situation je nach Bereich unterschiedlich. Stationär – d. h. in Akutspitälern, psychiatrischen Kliniken, Rehabilitationskliniken sowie Alters- und Pflegeheimen – sind Outcome-Messungen weiterentwickelt als im ambulanten Bereich. Die Gründe dafür sind vielfältig. Erstens ist es einfacher, Daten im stationären Bereich zu erheben, da der Patient typischerweise mehrere Tage in einer Institution verweilt. Zudem ist die Finanzierung der Datenerhebung in den Tarifen abgebildet. Zweitens besteht ein rechtlicher Rahmen für die Datenerhebung in stationären Einrichtungen. Seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung 2012 sind alle stationären Leistungserbringer verpflichtet, Daten zu Kosten und Qualität ihrer Leistungen zu erfassen (vgl. Art. 49 KVG und Art. 59a KVG). Die erhobenen Daten – teilweise Crom, teil-

weise Prem |<sup>5</sup> – werden von der ANQ konsolidiert und veröffentlicht. Die Pflegeheime sind überdies gesetzlich verpflichtet, sechs Outcome-Indikatoren zu erfassen, darunter auch einen Prom-Indikator. |<sup>6</sup>

Zu diesen gesetzlich vorgesehenen Qualitätserhebungen kommen weitere lokale Initiativen hinzu. Die entsprechenden Impulse kommen dabei von unten (also «bottom-up») aus den Institutionen selbst: Das Universitätsspital Basel (USB) nimmt hierbei eine Vorreiterrolle ein. Seit 2017 hat das USB schrittweise 14 Sets von Qualitätsindikatoren (nach den Ichom-Standards, vgl. Kapitel 2.1) für Bereiche wie Orthopädie, Onkologie aber auch verschiedene chronische Krankheiten eingeführt. Bisher sind mehr als 6000 Patienten in das Programm aufgenommen worden (Rüter 2022). Erwähnenswert ist auch die 2020 initiierte Partnerschaft zwischen dem USB und Roche betreffend die Erfassung von Prom. Letztere sollen bei Lungenkrebspatienten erhoben werden, wobei die anonymisierten Daten an das Pharmaunternehmen weitergeleitet werden, um personalisierte Therapien zu entwickeln (Meier 2020). Auch andere Spitäler verwenden Prom im Rahmen der Qualitätsmessung, etwa das Hôpital de La Tour in Genf (Hôpital de La Tour 2021a), wo mehrere Abteilungen (insbesondere die Orthopädie) Prom in ihre tägliche Arbeit integrieren.

Die Impulse kommen dabei «bottom-up» aus den Institutionen selbst: Das Universitätsspital Basel (USB) nimmt hierbei eine Vorreiterrolle ein.

Anforderungen für mehr Patientenorientierung gibt es auch auf kantonaler Ebene. Seit 2019 verlangt z. B. der Kanton Zürich für alle Spitäler, die auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sind, Prom für Patienten mit einem künstlichen Hüft- oder Kniegelenk zu erheben (Kanton Zürich 2019). Die Kantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Solothurn verlangen ebenfalls von den Spitälern auf ihrer Spitalliste, Prom zu erheben (Kanton Basel 2021).

Schliesslich hat die eidgenössische Qualitätskommission 2022 ein Projekt zur Entwicklung und Anwendung von Prom lanciert (Bundesrat 2022b) und beteiligt sich am OECD-Projekt PaRIS, das die Sammlung von Outcomes und Erfahrungen von Patienten mit chronischen Krankheiten zum Ziel hat (OECD 2023).

#### 2.2.4 Kaum Qualitätsmessungen im ambulanten Bereich

Im ambulanten Sektor gibt es hingegen kaum Outcome-Indikatoren, die auf nationaler Ebene systematisch erhoben werden (Bundesrat 2015; Vincent und Staines 2019). Die wenigen gesammelten Informationen beschränken sich auf Struktur und Prozess. Am weitesten fortgeschritten in Sachen Qualitätsmessung sind Ärztenetzwerke wie Delta, Medix oder Sanacare, die Daten über die Einhaltung von Leitlinien oder Polymedikation erfassen. Auch Versicherer wie Helsana haben zusammen mit Leistungserbringern Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung entwickelt, etwa –

5 Erhobener wird etwa, ob der Patient Fragen stellen konnte oder ob ihm auf verständliche Weise erklärt wurde, wozu die Medikamente dienen, die zu Hause eingenommen werden sollen.

6 Die Erhebung ist um vier Themen gruppiert: (1) Einschränkung der Bewegungsfreiheit, (2) Mangelernährung, (3) Polymedikation und (4) Schmerz. Bezüglich des letzten Indikators ist eine Selbsteinschätzung durch den Patienten vorgesehen.

basierend auf abgerechneten Leistungen – betreffend die Einhaltung von Leitlinien (Blozik et al. 2018).

Bei der Erhebung von Prom sieht es demgegenüber im ambulanten Bereich dürftig aus. Nur 8 % der Ärzte erfassen die Qualität mittels Prom (Pahud und Dorn 2023). Zum Vergleich: Dieser Wert beträgt 57 % in Grossbritannien und 24 % in den Niederlanden. Die Entwicklung und Implementierung von Prom steht in der Schweiz somit noch ganz am Anfang. Gerade im Bereich der ambulanten Grundversorgung werden diese bis anhin höchstens für wissenschaftliche Zwecke verwendet (Stahl et al. 2021).

Nur 8 % der Ärzte erfassen die Qualität mittels Prom. Zum Vergleich: Dieser Wert beträgt 57 % in Grossbritannien und 24 % in den Niederlanden.

Dennoch lassen sich auch im ambulanten Bereich Einzelinitiativen beobachten. Beispielsweise stellt die Equam-Stiftung (2023) Qualitätsstandards für Arztpraxen sowie für häufig ambulant behandelte Krankheiten wie Diabetes, Bluthochdruck oder koronare Herzkrankheit zur Verfügung. Diese Standards betreffen insbesondere die Prozesse (regelmässige Kontrollen und nachvollziehbare Dokumentation), die Strukturen (Weiterbildung, Softwarefunktionen) und werden nach und nach durch klinische Ergebnisse (Erreichungsgrad der klinischen Zielwerte für Diabetes- und Hypertoniepatienten) ergänzt. Im Rahmen der Equam-Zertifizierungen werden die Prom systematisch mithilfe eines international validierten Erhebungsinstruments (Europep) erhoben. In naher Zukunft sollen auch Prom für Grundversorger angeboten werden.

In Zusammenarbeit mit der ZHAW beteiligte sich Equam auch an einem Prom-Projekt in der Hausarztmedizin (Stahl et al. 2021). 2020 startete zudem der ANQ ein Pilotprojekt zur Messung der Versorgungsqualität, darunter Prom und Prem, im ambulanten Bereich von Akutspitalern.

### 2.3\_ Schwerpunkte für eine systematische Qualitätsmessung

Die Notwendigkeit, den Outcome im Gesundheitswesen zu messen, wird seit Jahrzehnten betont und kaum öffentlich bestritten. Die oben beschriebenen Pilotprojekte weisen denn auch auf ein zunehmendes Interesse für die Thematik hin. Doch die Initiativen bleiben punktuell und sind zaghafter Natur. Wieso hat sich also eine systematische Qualitätsmessung der Gesundheitsversorgung noch nicht breiter etabliert? Fachpersonen führen mehrere Hindernisse an.

Der häufigste Einwand betrifft den Zeitaufwand. Ärzte und Pflegefachpersonen beklagen oft einen ohnehin schon zeitraubenden Verwaltungsaufwand, der sie von den Patienten fernhält. Die Erfassung zusätzlicher Qualitätsinformationen wird als weitere Belastung empfunden.

Die Erfassung von Outcome-Kriterien wird teilweise auch als Kontrollinstrument wahrgenommen. Denn Transparenz über unterschiedliche Outcomes in einer Institution kann Leistungsunterschiede offenlegen und so allenfalls die Machtverhältnisse innerhalb eines Kollegiums oder eines Teams in Frage stellen. Im Gegensatz dazu ist die Messung von Struktur- oder Prozessindikatoren weit weniger bedrohlich. Sie können im Falle von allfälligen Behandlungsfehlern und zivilrechtlichen Haf-

tungsansprüchen von den Leistungserbringern unter Umständen sogar zur Entlastung herangezogen werden.

Die Erhebung von Qualitätsindikatoren ist zudem mit einer finanziellen Belastung verbunden. Es müssen Ressourcen für die Erhebung und Verarbeitung der Daten sowie für die entsprechende Schulung der Mitarbeiter bereitgestellt werden. Das Fehlen eines geeigneten IT-Systems, geschweige denn eines gemeinsamen elektronischen Patientendossiers, stellt ein weiteres Hemmnis dar. Um diese Hindernisse für die Umsetzung von Outcome-Messungen zu beseitigen und so die Grundlage für ein wertorientiertes Gesundheitssystem in der Schweiz zu schaffen, schlagen wir in den folgenden Unterkapiteln drei Massnahmen vor.

Die Erhebung von Qualitätsindikatoren ist mit einer finanziellen Belastung verbunden.

### 2.3.1 Qualität als Wettbewerbsvorteil

Die Outcome-Messung bringt Mehrwert für den Patienten, aber auch für das Fachpersonal und die Institutionen.

Organisationen, die den Outcome messen, können aktiv über die Qualität ihrer Ergebnisse kommunizieren. Sie sind in der Lage, auf ihre patientenzentrierte Behandlung hinzuweisen und ihre Kompetenz anzupreisen. Die entsprechende Kommunikation muss sich hierbei nicht auf die Patienten beschränken, sondern kann auch überweisende Spezialisten adressieren.

Aktive Kommunikation ermöglicht es den Gesundheitsinstitutionen auch, sich auf dem Arbeitsmarkt zu differenzieren. In Zeiten des Arbeitskräftemangels ist es ein wichtiges Rekrutierungsargument, sich qualitäts- und kundenorientiert zu positionieren. Den Outcome entlang des gesamten Behandlungspfads zu verfolgen und darauf Therapien mit den Patienten zu vereinbaren, stellt für das Personal eine zusätzliche Motivation dar. Gerade im fragmentierten Gesundheitssystem infolge der zunehmenden Spezialisierung verspricht die Gesamtsicht über den Patientenpfad ein sinnerfülltes Arbeitsumfeld.

Qualitätsmessung stärkt aus klinischer wie aus Patientensicht auch die Verhandlungsposition der Institutionen gegenüber Versicherern und Behörden. Der Nachweis qualitativen Mehrwerts ermöglicht nicht nur die Umsetzung neuer Finanzierungsmodelle (vgl. Kapitel 3), sondern liefert auch Daten, um willkürlichen Tariffürzungen zu begegnen. So wenden bisher sowohl die Krankenversicherungen als auch der Staat hauptsächlich kostenorientierte Benchmarks an (z. B. für Spitaltarife oder zur Bestimmung der Restfinanzierung in Pflegeheimen oder Spitex-Organisationen). Die Transparenz über die Outcome-Qualität kann ein Instrument sein, um Ausgaben zu rechtfertigen bzw. die Auswirkungen möglicher finanzieller Kürzungen zu dokumentieren.

Ohnehin dürfte Transparenz über die Qualität und ihre Kosten immer mehr zu einem zentralen Thema in der politischen Debatte werden. Bei steigenden Kosten ist der Regulator stets versucht, dirigistisch und bürokratisch im Gesundheitssektor einzugreifen. Ohne die Möglichkeit, den

Mehrwert ihrer Leistungen zu dokumentieren, wird es für die Akteure des Gesundheitswesens schwierig sein, eingespielte Strukturen und Prozesse zu rechtfertigen bzw. wenig zielführende Regulierungsvorhaben abzuwehren. Nur nachweislich erbrachte Qualität schützt vor willkürlichen politischen Entscheidungen.

### 2.3.2 Fachgesellschaft in der Pflicht

Eine Orientierung am Mehrwert für die Patienten bedeutet nicht, dass nur die Patienten oder deren politische Vertreter Qualität definieren. Die Bestimmung des Mehrwerts muss mit medizinisch und empirisch erprobten Indikatoren erfolgen. Dabei kommt den Fachgesellschaften eine Schlüsselrolle zu. Sie haben das nötige Wissen, um relevante und aussagekräftige Indikatoren zu definieren, die auch in der Alltagspraxis mit vernünftigem (Kosten-) Aufwand erhoben werden können. Dabei nutzen sie ihre bestehenden Verbindungen mit spezialisierten Organisationen und Fachgesellschaften im Ausland.

Zudem gewährleisten medizinische Fachgesellschaften eine Homogenisierung der Indikatoren. Zurzeit werden dezentral verschiedene Qualitätskriterien erarbeitet. Der Vorteil dieses explorativen Ansatzes ist, dass «Early Adopters» schnell voranschreiten können, ohne auf einen Branchenkonsens warten zu müssen.

Auf Dauer erschwert eine Vielfalt von Qualitätskriterien und -standards allerdings den Vergleich zwischen einzelnen Institutionen. Den medizinischen Fachgesellschaften fällt deshalb – früher oder später – die Aufgabe zu, die Einzelinitiativen zu harmonisieren, indem die Messkriterien und die Erfassungsprotokolle vereinheitlicht werden. Eine solche Harmonisierung von Spezialisten für Spezialisten fördert überdies Datenökosysteme, die für die Forschung wichtig sind. Sie dienen zudem der Ermittlung von Best-Practices unter den Mitgliedern (vgl. Kapitel 4). Letztlich sind es auch die Fachgesellschaften, die über die Kompetenzen und die Glaubwürdigkeit verfügen, um Empfehlungen auszusprechen und den Fachpersonen Unterstützung bei der Umsetzung von Qualitätsverbesserungsprozessen anzubieten.

Die direkte Einbindung der medizinischen Fachgesellschaften ist zudem ein probates Mittel, um das Interesse und die Unterstützung des Fachpersonals für eine Outcome-Messung zu gewinnen. Fachgesellschaften verfügen über die Kompetenz und die Glaubwürdigkeit, um Qualitätsmessungen vorzuschlagen, die relevant sind.

Wenn Qualitätsindikatoren vom Regulator (Bund oder Kanton) oder den Finanzierern (Krankenversicherungen oder Staat) vorgeschrieben werden, dürften sie bestenfalls als administrative Schikane oder gar als Mittel zur einseitigen Beurteilung der Leistungen wahrgenommen werden. Es liegt deshalb im Interesse der betroffenen Akteure, die Initiative zur Outcome-Messung nicht aus der Hand zu geben.

Fachgesellschaften verfügen über die Kompetenz und die Glaubwürdigkeit, um relevante Qualitätsmessungen vorzuschlagen.

Es mag trivial klingen, doch die Erfahrung zeigt, dass dies nicht immer der Fall war und der Staat stattdessen aktiv geworden ist. Ein Beispiel hierfür ist die Einführung von Listen mit chirurgischen Eingriffen, die ambulant statt stationär durchgeführt werden sollen. Trotz zahlreicher Studien, die sowohl die medizinische Relevanz als auch die finanziellen Vorteile der Ambulantisierung belegten, blieben die medizinischen Fachgesellschaften passiv. Sie taten es auch deshalb, weil der Status Quo für ihr Mitglieder und für die Spitäler finanziell interessanter war. Der Staat, zuerst der Kanton Luzern 2017, später vierzehn weitere Kantone<sup>7</sup> und schliesslich anfangs 2023 das BAG legten<sup>18</sup> Eingriffe fest, die ambulant durchgeführt werden müssen (GDK 2022). Eine Reform unter der Ägide der Fachgesellschaften wäre einem staatlichen Diktat sicherlich vorzuziehen gewesen.

Dass auch unter Führung der medizinischen Fachgesellschaften die Patienten bei der Definition von Qualitätsmessungen einzubeziehen sind, versteht sich in einem patientenzentrierten Gesundheitswesen von selbst – insbesondere für die Definition von Prom und Prem. In den Niederlanden beispielsweise ermutigt die Santeon-Klinik die Patienten, immer in Begleitung eines Angehörigen zu kommen, um – unabhängig vom Resultat – die ersten Ergebnisse der Krebsfrüherkennung gemeinsam zu besprechen. Diese Praxis wurde aufgrund der Rückmeldungen von Patienten eingeführt, die diese schwierige Erfahrung allein durchstehen mussten und sich nach der Diagnosestellung mit der Situation überfordert fühlten (Häusler et al. 2022).

Auch Patienten- und Konsumentenorganisationen können – neben den Fachgesellschaften – einen Beitrag zur Einführung von Outcome-Messung leisten, indem sie ihre Mitglieder für das Thema sensibilisieren. Mit Aktivitäten rund um die Thematik der Krankenkassenwahl (Artikel, Onlinevergleiche, parlamentarische Vorstösse usw.) können diese Organisationen mithelfen, eine Dynamik zu erzeugen, die den Leistungserbringern und ihren Finanzierern signalisiert, wie wichtig Qualitätsbemühungen sind.

### 2.3.3 Qualität als Tarifbestandteil

Eine bessere Qualität soll dazu beitragen, die Gesundheitsausgaben langfristig zu senken. Die Messung von Qualität geht für die Leistungserbringer jedoch unmittelbar mit Kosten einher.

Um zu entscheiden, wer die Kosten der Erfassung der Indikatoren zu tragen hat, muss geklärt werden, wer hiervon profitiert. Der Patient erhält eine Behandlung in einer für ihn optimalen Qualität, die medizinische Institution kann sich auf dem Markt differenzieren und die gesun-

Dass auch unter Führung der medizinischen Fachgesellschaften die Patienten bei der Definition von Qualitätsmessungen einzubeziehen sind, versteht sich von selbst.

---

7 Nach dem Kanton Luzern 2017, folgten die Kantone Schaffhausen, Wallis, Zug, Zürich, Basel-Stadt, Jura, Neuenburg im Jahr 2018, Nidwalden im Jahr 2019, Solothurn und Schwyz im Jahr 2020, Bern und Basel-Land im Jahr 2021 und St. Gallen im Jahr 2022 (GDK 2022).

den Versicherten profitieren von einer Senkung der Gesundheitskosten und damit von niedrigeren Prämien.

Eine Verhandlung auf Ebene der Tarifpartner scheint der pragmatischste Weg zu sein, um die Aufteilung der Kosten und des Nutzens auszuhandeln. Dabei ist es denkbar, dass eine einzelne Versicherung mit einem einzelnen Leistungserbringer einen neuen Tarif erarbeitet. Möglich wäre aber auch, diese Verhandlung unter den Dachverbänden zu führen.

Statt eine Finanzierung über den Tarif wird manchmal ein staatlicher Beitrag für die Erhebung der Qualitätsindikatoren verlangt. Die Befürworter einer solchen Lösung argumentieren, der Mehraufwand sei gesetzlich angeordnet. So sieht beispielsweise der Qualitätsartikel im KVG (Art. 59a) vor, dass Leistungserbringer dem BAG Qualitätsindikatoren zur Bestimmung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Therapie vorzulegen haben.

Dieses Argument sticht jedoch nicht. Auch in anderen Bereichen verlangt der Staat den Nachweis einer Mindestqualität. Man denke etwa an Daten über die Emissionen von Automotoren oder an Nachweise der Geldwäschereibekämpfung im Bankensektor. Trotz gesetzlicher Verpflichtung, diese Daten dem Staat zu liefern, werden keine öffentlichen Mittel zur Finanzierung bereitgestellt. Auch im Gesundheitssektor kommt diese Logik zur Anwendung: Die Erhebung der Qualitätsindikatoren in Spitälern und ihre Lieferung an die ANQ sowie auch die Erfassung von Daten in Alters- und Pflegeheimen zuhanden des Bundesamts für Statistik werden nicht vom Staat separat abgegolten.

Die Ablehnung einer staatlichen Finanzierung bedeutet jedoch nicht, dass die durch die Outcome-Messungen verursachten Kosten bei den Tarifverhandlungen nicht berücksichtigt werden sollten. Entgegen der Meinung des Bundesrates, der die aktuellen und künftigen Messungen der Qualität bereits in den bestehenden Tarifen enthalten sieht (BAG 2022), sollten die Tarifpartner in diesem Bereich die volle Autonomie behalten. Sie sollen untereinander verhandeln können, welche (neuen) Qualitätsmessungen und -massnahmen in den Tarifen abgebildet werden.

#### *Massnahme 1*

Die Fachgesellschaft, und nicht der Staat oder die Versicherer, definieren die Indikatoren pro Krankheit und geben technisch den Takt vor.

#### *Massnahme 2*

Die Kosten für die Messung der Qualität sollen durch Tarife und nicht durch den Staat abgegolten werden.

#### *Massnahme 3*

Den Tarifpartnern soll bei der Entschädigung der Qualitätsmessung und -entwicklung volle Autonomie gewährt werden.

## **3\_ Mehrwertabhängige Finanzierungsmodelle**

Ein wertorientiertes Gesundheitssystem muss den Behandlungspfad entlang den Bedürfnissen des Patienten strukturieren. Die heutige Organisation ist jedoch eher die Folge historisch gewachsener Strukturen, die das Arbeiten «in Silos», z. B. nach Bereichen (stationär, ambulant) oder Fachgebieten (z. B. Kardiologie, Pneumologie) begünstigen.

Zudem schränken fehlende interoperable digitale Plattformen den Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringern ein: Es ist schwierig, sich ein Gesamtbild über den Behandlungspfad eines Patienten zu verschaffen. Die Folge hiervon ist die Gefahr von Doppelspurigkeiten oder einer Unterversorgung, was sowohl dem Patienten als auch dem Gesundheitssystem als Ganzes schaden kann. Laut Expertenberichten sind bis zu 20 % der Gesundheitskosten auf Ineffizienzen sowie auf unnötige Leistungen zurückzuführen (Brunner et al. 2019; Expertengruppe 2017).

Schliesslich werden im heutigen System vor allem Einzelleistungen vergütet.<sup>8</sup> Es bestehen wenig Anreize, in die Qualität zu investieren, wenn die «Dividenden» dieser Investitionen bei späteren Behandlungsschritten ausserhalb der eigenen Institution anfallen. Auch fehlen damit Anreize, in die Prävention zu investieren. Letzterer werden in der Schweiz nur 4 % der gesamten Gesundheitsausgaben gewidmet (BFS 2022).

Sowohl organisatorisch wie finanziell stehen somit oft die Interessen der einzelnen Institutionen statt diejenigen der Patienten im Vordergrund. Es braucht deshalb vermehrt Finanzierungsmodelle, die den Mehrwert für den Patienten entlang des gesamten Behandlungspfades fördern – von der Prävention bis zur Langzeitpflege.

### **3.1\_ Patientenperspektive dank integrierter Versorgung**

Die Koordination der Leistungserbringer entlang des Patientenpfades ist eine wichtige Voraussetzung für die Steigerung des Mehrwerts im Gesundheitssystem. Eine Möglichkeit dafür bieten die Organisationen der integrierten Versorgung. Auch als «koordinierte Versorgung» oder «managed care» bezeichnet, sind damit Organisationen gemeint, die durch die Koordination von Aktivitäten «die Gesamtheit der Verfahren» sichern, «die dazu dienen, die Qualität der Behandlung der Patientinnen und Patienten über die ganze Behandlungskette hinweg zu verbessern» (BAG 2022c).

Auf diese Weise kann der Outcome optimiert werden, da nur die für den Patienten notwendigen Behandlungen durchgeführt und unnötige Eingriffe vermieden werden. Die koordinierte Versorgung ist nicht nur bei einzelnen Eingriffen wichtig. Besonders relevant ist sie auch für die

---

<sup>8</sup> Auch Pauschalzahlungen wie das SwissDRG honorieren die Durchführung einzelner Pakete von Eingriffen.

Behandlung chronisch Kranker, die regelmässig mit mehreren Leistungserbringern konfrontiert sind. Das vorhandene Gesamtbild über den Patienten erleichtert in solchen Organisationsmodellen zudem die Wahl geeigneter Präventionsmassnahmen.

Die integrierte Versorgung vereinfacht auch die Erhebung von Outcome- und Kostendaten, und zwar nicht nur für eine punktuelle Behandlung, sondern für den gesamten Patientenpfad. Dies im Gegensatz zur heutigen Situation, in der die Leistungserbringer die Qualität oft nur innerhalb ihrer eigenen Organisation beobachten können. Rettungssanitäter zum Beispiel erhalten kaum Informationen über das Ergebnis ihrer Behandlung, nachdem sie den Patienten in der Notaufnahme abgesetzt haben. Ihnen fehlt damit die Rückmeldung, ob ihr Handeln angebracht war. Nach einer Hüftoperation erhält der Chirurg oftmals keine Rückmeldung über die Rehabilitation, wenn diese in einer anderen Institution stattfindet. In manchen Fällen weiss er nicht einmal, dass der Patient seine Prothese in einem anderen Spital überholen lässt.

Nur mit einer Gesamtsicht über den Patientenpfad kann erkannt werden, mit welchen Massnahmen ein echter Mehrwert für Patienten geschaffen werden kann. Erst die Zusammenarbeit ermöglicht es, über die bestehenden Silos hinweg Protokolle für die Erhebung und die Analyse von Outcomes zu definieren. Damit können Qualitätsmessungen auch im stark fragmentierten ambulanten Bereich entwickelt werden.

### 3.2\_ Bewährte und wegweisende Projekte in der Schweiz

Seit den 1990er Jahren haben sich in der Schweiz zahlreiche Organisationen der integrierten Versorgung entwickelt. Laut Obsan zählte man 2016 in der Schweiz 162 solche Organisationen, wobei die Hälfte davon zwischen 2010 und 2016 gegründet wurde (Schusselé Fillietaz et al. 2017).

Die Modelle bzw. der Grad der Integration der Versorgung sind allerdings sehr unterschiedlich. So kann integrierte Versorgung etwa aus einer Partnerschaft zwischen Institutionen bestehen oder innerhalb einer Institution aufgebaut werden. Sie dient der Behandlung einer bestimmten Erkrankung (z. B. Brustkrebs oder Rückenschmerzen) oder einer bestimmten Patientengruppe (gebrechliche ältere Menschen). Die am weitesten entwickelten Modelle integrierter Versorgung in der Schweiz sind die Gesundheitszentren<sup>9</sup> («Health Maintenance Organisation», HMO) und Ärztenetze mit Versicherungsverträgen (vgl. Box 2). Von den über 7300 registrierten Ärzten der Grundversorgung sind 77 % Mitglied eines Ärztenetzwerks oder in einer Gruppenpraxis angestellt (fmc 2023).

Von den über 7300 registrierten Ärzten der Grundversorgung sind 77 % Mitglied eines Ärztenetzwerks oder in einer Gruppenpraxis angestellt.

<sup>9</sup> Gesundheitszentren sind Gruppenpraxen, die unter einem Dach die wichtigsten Leistungen einer Erstversorgung konzentrieren. Dadurch, dass sie in einem Gebäude untergebracht sind, wird die Kommunikation und Koordination zwischen den Disziplinen gefördert.

## Ärztetenze als Pioniere der integrierten Versorgung in der Schweiz

---

Die ersten Initiativen zur integrierten Versorgung in der Schweiz bestanden in der Gründung von Ärztenetzwerken. Diese verbinden selbständige oder in einer Gemeinschaftspraxis zusammengeschlossene Allgemeinmediziner und Spezialisten.

Die meisten Netzwerke funktionieren nach dem «Hausarztmodell». Darin ist der Hausarzt die erste Anlaufstelle, an die sich der Patient bei einem Gesundheitsproblem wendet. Die Netzwerke entwickeln Leitlinien und organisieren Qualitätszirkel, an denen die Ärzte teilnehmen. Sie haben Zugang zu den Daten und Erfahrungen der anderen Mitglieder. Die Netzwerke verwalten die Schnittstelle zu den Versicherern und schliessen mit diesen Finanzierungsverträge ab.

Drei Ärztenetzen kommt in der Schweiz eine Vorreiterrolle zu:

**Sanacare:** Die 1990 gegründete Organisation vereint 260 Gesundheitsfachleute und 120 000 Patienten in 13 Gruppenpraxen in der Deutschschweiz. Sanacare gehört zu den Gründungsmitgliedern der Equam-Stiftung, einer Zertifizierungsorganisation für die Qualität von Arztpraxen. (Sanacare 2023)

**Réseau Delta:** Das 1992 in Genf gegründete Netzwerk besteht aus fast 1000 Hausärzten, die in ihren Praxen selbständig praktizieren und sich zur Teilnahme an Qualitätszirkeln verpflichten. Die Ärzte sind Aktionäre der Organisation. Das Netzwerk ist in den Kantonen Genf, Waadt, Wallis, Freiburg und Jura vertreten. Es zählt über 310 000 angeschlossene Versicherte. (Schaller 2023)

**Medix:** Das Netzwerk wurde 1998 gegründet. Es ist in der ganzen Schweiz präsent und funktioniert nach dem Hausarztmodell, integriert aber auch andere Fachrichtungen in seinen Gruppenpraxen. Die Ärzte nehmen an Qualitätszirkeln teil. Auch Medix ist Gründungsmitglied der Equam-Stiftung. (Medix 2023)

---

### 3.2.1 Alternative Versicherungsmodelle im Aufbruch

Die Koordinationsarbeit und die Sicherstellung der Qualität innerhalb eines Ärztenetzwerkes ist nicht kostenlos. Die Finanzierung wird u. a. dank dem Abschluss besonderer Verträge mit den Krankenversicherungen gesichert und erfolgt zusätzlich zu den nach OKP-Tarifen abgeholzten Leistungen. Die Zusatzvergütung besteht in der Regel aus einer Steuerpauschale pro Versichertem. Zudem enthält sie oft eine variable Erfolgskomponente, die von Effizienz- und Qualitätszielen abhängt. Im Jahr 2022 hatten 78 Ärztenetzwerke und Gruppenpraxen einen solchen Vertrag mit einer Versicherung unterzeichnet (fmc 2023).

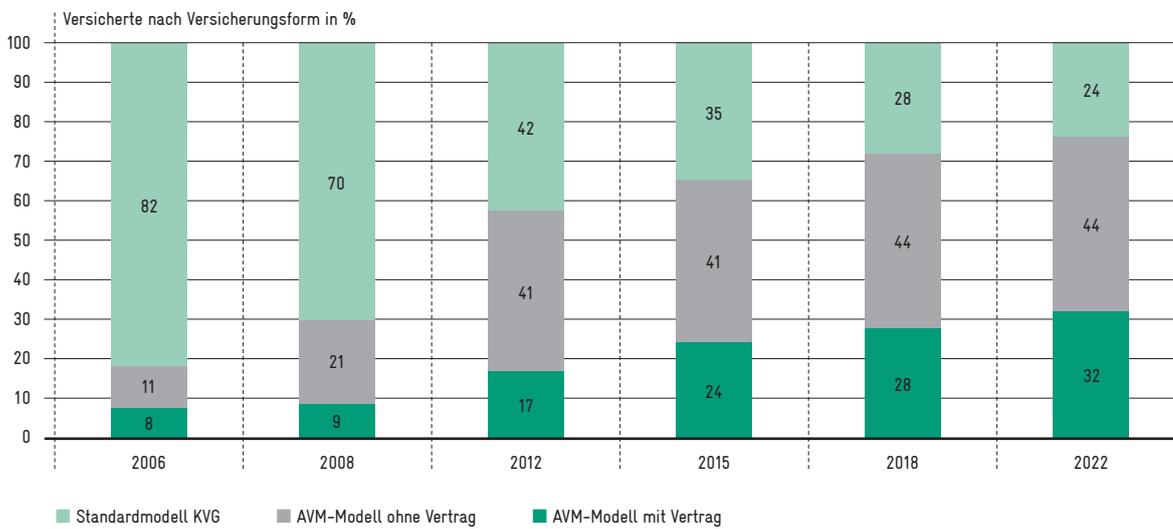
Auch die Versicherungen profitieren von der integrierten Versorgung. Dank des guten Netzwerkmanagements werden Kosten eingespart, die den Versicherten in Form von Prämienrabatten im Rahmen alternativer Versicherungsmodelle (AVM) weitergegeben werden. Dieser Rabatt unterliegt gesetzlichen Vorschriften und darf in den ersten fünf Jahre nach Lancierung des AVM-Produkts maximal 20 % gegenüber dem Standardversicherungsmodell betragen. Der Rabatt kann danach höher ausfallen, wenn der Versicherer höhere Kostenersparnis nachweist (Art. 101 KVV).

Bei alternativen Versicherungsmodellen ist die Wahl der Leistungserbringer durch die Versicherten eingeschränkt. Bei manchen müssen die

Abbildung 3

### In der Schweiz entwickeln sich immer mehr Ärztenetze mit Versicherungsvertrag

Im Rahmen von alternativen Versicherungsmodellen (AVM) profitieren Versicherte von tieferen Prämien, wenn sie ihre Wahlmöglichkeiten der Leistungserbringer einschränken. Diese Modelle haben sich zwischen 2006 und 2022 vervierfacht.



Quelle: fmc (2023)

Versicherten einen Hausarzt oder eine Gruppenpraxis wählen, die unter Vertrag mit der Versicherung stehen (HMO-Modelle bzw. Hausarztmodelle mit Vertrag).

Es gibt auch AVM, die einen Erstkontakt mit einem Arzt auf einer von der Krankenversicherung vorgeschlagenen Liste verlangen, auch wenn der Arzt keinen Vertrag mit der Versicherung abgeschlossen hat (Hausarztmodell ohne Vertrag). Eine weitere Variante sind «Telemedizin»-Modelle, bei denen ein erster Kontakt (telefonisch oder mit einer digitalen App) mit einem medizinischen Beratungszentrum obligatorisch ist, bevor man einen Arzt konsultiert darf.

In allen Fällen fungiert der Hausarzt, die Gruppenpraxis oder das Beratungszentrum als erste Anlaufstelle («Gatekeeper»), die eine erste Einschätzung vornimmt und den Patienten gegebenenfalls an einen Facharzt überweist. Der Gatekeeper koordiniert den Weg des Patienten (Djalali und Rosemann 2015).<sup>10</sup>

Der Anteil von alternativen HMO- und Hausarztmodellen mit Vertrag nimmt stetig zu. Von 2006 bis 2022 haben sie sich von 8 % auf 32 % vervierfacht. Im gleichen Zeitraum vervierfachte sich ebenfalls der Anteil von Telemedizin-Modellen und Hausarztmodellen ohne Vertrag, nämlich von 11 % auf 44 % (vgl. Abbildung 3).

<sup>10</sup> Im Rahmen von Modellen ohne Vertrag profitieren die Patienten von den positiven Effekten des Netzwerks, obwohl die Ärzte auf diesen Listen keine Verträge mit den Versicherungen dieser Patienten abgeschlossen haben und damit nicht dafür entschädigt werden. Im Allgemeinen behandeln die Ärzte die Versicherten in einem einfachen Gatekeeper-Modell nicht anders als diejenigen in einem Ärztenetzwerk (Huber et al. 2020; Reich et al. 2017).

Während alternative Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer am Anfang skeptisch gesehen und von der Ärzteschaft teilweise sogar bekämpft wurden, sind sie heute «neuer Standard». 2021 waren 76 % der Versicherten in einem AVM versichert (BAG 2023e). Die Nachfrage nach AVM ist auf Seiten der Versicherten primär mit den damit einhergehenden ermöglichten Prämienreduktionen zu erklären. Die wachsende Bedeutung solcher Modelle verdeutlicht aber auch den Erfolg der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Krankenversicherungen.

### 3.2.2 Ein kulturelles Beben im Gesundheitssektor

Neben alternativen Versicherungsmodellen mit Ärztenetzwerken entstehen immer mehr Initiativen, um den Mehrwert für die Patienten entlang des Behandlungspfades zu optimieren. Sie zeichnen sich vor allem durch eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern, Versicherern und Kantonen aus (vgl. Box 3).

Die neue Form der Kooperation ist eine Art kulturelle Revolution in der sonst sehr rigiden Organisation des Gesundheitswesens. Bis dato betrachteten viele Leistungserbringer die Krankenversicherer als Rechnungsstelle, die akribisch deren Aktivitäten überprüften. Auf der anderen Seite misstrauten Versicherer manchen Leistungserbringern und vermuteten, dass diese bewusst unkorrekte Abrechnungen einreichten. Heute arbeiten Tarifpartner in integrierten Versorgungsprojekten oder in eigens dafür gegründeten Gesellschaften zusammen. Dort sitzen sie nicht nur am gleichen Tisch, sondern auch auf derselben Seite des Tisches. In einigen Situationen kooperieren sogar Vertreter des Kantons mit Leistungserbringern und Versicherern, obwohl sich der Kanton bisher vor allem in einer Aufsichtsrolle über die Tarifpartner sah.

Auch im Spitalbereich gibt es Pilotprojekte für qualitätsabhängige Tarife. Das Projekt «Pay for patient value», das 2020 vom Universitätsspital Basel, dem Hôpital de La Tour und der Groupe Mutuel ins Leben gerufen wurde, strebt entsprechende Tarife in der Orthopädie bei Hüftprothesenimplantaten und in der Onkologie bei der Prostatakrebsbehandlung an (Hôpital de La Tour 2021b). Ein weiteres Projekt ist die «Patient Empowerment Initiative», die vom Universitätsspital Basel, dem Kantonsspital Winterthur und von den Versicherern CSS und Swica geführt und von der Beratungsfirma PwC unterstützt wird. Hier stehen qualitätsabhängige Spitaltarife für Gelenkarthrose und Prostatakrebs im Fokus (KSW 2021).

Auch werden neue Projekte lanciert, die die Grenzen zwischen ambulanten und stationären Institutionen sprengen (vgl. Box 3). Indem sie auf die Verbesserung der Qualität und der Gesamtversorgung setzen, können sich die Leistungserbringer von der Konkurrenz abheben, um sowohl Patienten wie auch Mitarbeiter zu gewinnen. Dank der Verbesserung der Patientenversorgung entlang des ganzen Patientenpfades möchten die Leistungserbringer zudem die Effizienz und damit ihre Margen steigern.

Heute arbeiten Tarifpartner in integrierten Versorgungsprojekten oder in eigens dafür gegründeten Gesellschaften zusammen. Dort sitzen sie nicht nur am gleichen Tisch, sondern auch auf derselben Seite des Tisches.

## Neu spannen Leistungserbringer und Krankenversicherer zusammen

---

*Initiativen zur integrierten Versorgung involvieren nicht nur Leistungserbringer, sondern auch Versicherer und Kantone. Die Integration erfolgt zunehmend auf regionaler Ebene, aber auch virtuell mit digitalen Plattformen.*

### Regionale Integration

#### Trio+

*Das Projekt «Trio+» wurde 2022 in der Region Winterthur vom Versicherer Swica, von Medbase (ambulanter Leistungserbringer) und dem Kantonsspital Winterthur (stationärer Leistungserbringer) gestartet. Es soll den Patienten entlang des Behandlungspfades unterstützen, indem Kommunikationsfehler und mangelnde Koordination vermieden und die Zusammenarbeit zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich verstärkt werden (Swica 2022).*

#### Réseau de l'Arc

*Das Réseau de l'Arc ist eine neuartige Zusammenarbeit zwischen der Privatklinikgruppe Swiss Medical Network, der Versicherungsgruppe Visana und dem Kanton Bern. Ab 2024 werden die Partner integrierte medizinische Leistungen (von der Prävention bis zur Langzeitpflege) mit einem Krankenversicherungsprodukt anbieten. Die Finanzierung des Netzwerkes erfolgt einzig auf Basis einer Pauschale pro versicherter Person («full capitation»). Die Leistungserbringer werden also nicht mehr pro einzelne Leistung (mit SwissDRG oder Tarmed) vergütet.*

*Mit einem solchen Finanzierungsmodell, wie es zum Beispiel die Kaiser Permanent in den USA heute schon praktiziert, sollen Anreize geschaffen werden, unter anderem dank Prävention die Versicherten gesund zu halten und unnötige Behandlungen zu vermeiden (Kanton Bern 2022). In diesem Zusammenhang spielt auch die Prävention eine wichtige Rolle. Das Réseau de l'Arc ist vorläufig auf die Region des Jura bernois eingeschränkt.*

### Virtuelle Integration

#### Well

*Die 2022 lancierte App «Well» wurde von zwei Versicherern (CSS und Visana), einer Telemedizin-Plattform (Medi24) und einem Online-Apothekenunternehmen (zur Rose) initiiert. Das Apotheken- und Logistikunternehmen Galenica, die Privatklinikgruppe Swiss Medical Network und das Delta-Ärztetzwerk sind unterdessen ebenfalls Partner der Plattform (Well 2023).*

*Die Plattform bietet Gesundheitstipps, die Möglichkeit, eigene Symptome zu prüfen und medizinische Konsultationen per Nachrichtendienst. Sie ermöglicht auch, sich Medikamente liefern zu lassen und einen Termin mit einem Arzt zu vereinbaren. Die Nutzer können medizinische Dokumente hinzufügen, um den Austausch mit dem behandelnden Arzt zu erleichtern.*

#### Compassana

*Compassana ist ein gemeinsames Projekt der Leistungserbringer Medbase und Hirslanden sowie vom Luzerner Kantonsspital und der drei Krankenversicherungen Groupe Mutuel, Helsana und Swica. Ziel ist es, die Versorgung besser zu koordinieren und die beteiligten Akteure zu integrieren. Die 2023 eingeführte App bietet Patienten die Möglichkeit, ihre medizinischen Daten zu verwalten, Termine zu vereinbaren und eine medizinische Hotline zu kontaktieren. Ausserdem ist es möglich, über einen Nachrichtendienst mit seinem behandelnden Arzt zu kommunizieren (Compassana 2023).*

*Dank diesem digital unterstützten Ökosystem soll der Datenaustausch, die bereichsübergreifende Zusammenarbeit und somit die integrierte Versorgung erleichtert werden. Diese digitalen Plattformen bieten auch eine komplementäre Alternative zur ins Stocken geratenen Einführung des elektronischen Patientendossiers.*

---

## Vor- und Nachteile einer Pauschalfinanzierung pro Versichertem (full capitation model)

*In einem Full-Capitation-Modell erhält der Leistungserbringer einen festen Betrag pro Person – eine Kopfpauschale –, der individuelle Risikofaktoren berücksichtigt. Die Summe der Kopfpauschalen definiert das Budget, mit dem der Leistungserbringer die Bedürfnisse einer bestimmten Population (z.B. die Bewohner einer Region oder ein Portfolio von Versicherten) unter Berücksichtigung der Risikofaktoren abdecken muss.*

*Dies soll Anreize schaffen, unnötige Untersuchungen zu vermeiden, die Dauer der Spitalaufenthalte auf das Nötige zu begrenzen und Rehospitalisierungen zu verhindern. In einem solchen System sind Investitionen in die Prävention ein Schlüsselfaktor für die Verbesserung der Profitabilität des Kollektivs.*

*Die genannten Vorteile bergen auch Risiken: So besteht die Gefahr, dass Leistungserbringer auf notwendige Behandlungen verzichten, um ihr Budget zu schonen, was letztlich einer unerwünschten Rationierung der Versorgung gleichkommt (James und Poulsen 2016). Aus diesem Grund werden in einem System mit Kopfpauschalen Leitplanken eingeführt: Es muss sichergestellt werden, dass sich die Fachpersonen weiterhin für die bestmögliche Versorgungsqualität einsetzen.*

*Eine Schlüsselmaßnahme ist in diesem Zusammenhang, den Patienten die Möglichkeit zu geben, bei Unzufriedenheit mit den Füßen abzustimmen («Opting out»-Klausel). Das Risiko, Patienten zu verlieren, die mit der Qualität der Versorgung unzufrieden sind, zwingt die Leistungserbringer dazu, ein optimales Gleichgewicht zwischen Qualität und Kosten zu finden. Um allfällige unerwünschte Effekte von Systemen mit Kopfpauschalen zu vermeiden, ist deshalb ein wettbewerbliches Umfeld, das den Patienten Ausweichmöglichkeiten bietet, eine wesentliche Voraussetzung.*

In diesem Kontext ist das Projekt des Réseau de l'Arc im Jura bernois besonders erwähnenswert. Das Réseau de l'Arc wird seinen Mitgliedern eine integrierte Versorgung anbieten, die mit einer Pauschale pro Mitglied («full capitation») finanziert wird. Damit sollen Anreize für Prävention geschaffen und unnötige Behandlungen vermieden werden. Die Möglichkeit, jährlich aus diesem Modell auszusteigen, stellt sicher, dass die Qualität der Leistung erhalten bleibt und die Einsparungen nicht auf dem Buckel der Patienten erfolgen (vgl. Box 4).

Die neuen Initiativen tragen auch die Handschrift der Krankenversicherer. Diese waren bisher vor allem auf die Rolle des Rechnungsprüfers und -zahlers reduziert. Solche Pilotprojekte eröffnen den Krankenversicherern die Gelegenheit, patienten-, bzw. kundenorientierte Dienstleistungen anzubieten, um sich auf dem Markt zu differenzieren.

Ein weiter Grund für das zunehmende Engagement der Versicherer in solchen Projekten erklärt sich mit der Ausgestaltung des Risikoausgleichs zwischen Versicherern, der 2020 in Kraft trat.<sup>11</sup> Mit der neuen Regelung ist es weniger attraktiv, junge und gesunde Versicherte anzuziehen und

<sup>11</sup> Nach dem KVG sind die Krankenversicherungsprämien für Personen über 26 Jahre in einem Kanton einheitlich, unabhängig von Alter, Geschlecht oder Gesundheitszustand des Versicherten. Um Risikoselektion zu vermeiden, zahlen Versicherer mit einer günstigen Risikostruktur (junge und gesunde Personen) Gebühren, die dazu dienen, Versicherer mit einem höheren Risikoportfolio zu kompensieren (BAG 2023f).

dank der günstigeren Risikostruktur attraktive Prämien anzubieten (Bütikofer et al. 2023). Der Aufwand für die Selektion der «guten Risiken» lohnt sich kaum mehr. Eher versuchen die Versicherer heute dank effizienter Versorgung die Leistungskosten des Kollektives zu senken, um wettbewerbsfähig zu bleiben. Dies war mitunter auch das Ziel des 1996 eingeführte KVG. Qualitätsbasierte Tarife und eine gute Versorgung entlang des gesamten Patientenpfades sind innovative Mittel, um dieses Ziel zu erreichen.

Das Bestreben, Mehrwert für den Patienten zu schaffen, ist auch bei anderen Akteuren im Gesundheitswesen spürbar, wie zum Beispiel bei Anbietern medizinischer Geräte. So kooperiert Johnson & Johnson direkt mit Spitälern, um die Abläufe in Operationssälen zu optimieren. Ziel ist es, die Qualität der Eingriffe zu verbessern und deren Dauer zu verkürzen. Dazu werden standardisierte Operationskits genutzt, und es wird eng mit dem Fachpersonal vor Ort zusammengearbeitet. Johnson & Johnson beteiligt sich überdies finanziell, wenn die Ziele nicht erreicht werden (Hôpital de La Tour 2020; Luzerner Kantonsspital 2021). Davon profitieren die Spitäler, die Gerätehersteller und – wichtig! – die Patienten dank weniger Komplikationen, weniger Rehospitalisierungen und schnelleren Erholungszeiten.

### 3.2.3 Bis ein Drittel weniger Kosten dank integrierter Versorgung

Eine integrierte Versorgung ist aus Patientensicht gewiss wünschenswert. Doch wirkt sie auch? In der Schweiz haben zahlreiche Studien die positiven Auswirkungen der integrierten Versorgung aufgezeigt. So werden etwa chronisch Kranke (z. B. mit Diabetes, Herz-Kreislauf- oder Atemwegserkrankungen) in einem integrierten Versorgungsmodell weniger oft ins Spital eingeliefert als bei Standard-Versicherungsmodellen (Huber et al. 2016). Bei diesen Patienten sinkt zudem das Risiko um 35 %, an einem Herzstillstand zu sterben, weil sie sich stärker an den Medikamentenplan halten (Huber et al. 2019) und weil sie weniger oft invasiv behandelt werden (Chmiel et al. 2018). In der Psychiatrie erhalten Patienten in integrierten Versorgungsmodellen zudem weniger Antidepressiva als in einem Standardmodell (Haller et al. 2019).

In der Schweiz haben zahlreiche Studien die positiven Auswirkungen der integrierten Versorgung aufgezeigt.

Integrierte Versorgungsmodelle lohnen sich nicht nur in Bezug auf die Qualität der Versorgung, sondern auch finanziell. Untersuchungen auf Basis der Rechnungsdaten von Versicherern haben gezeigt, dass Ärztenetzwerke mit Verträgen 13 % weniger Kosten verursachen als Netzwerke ohne Verträge (Reich et al. 2017). Langfristige Analysen zeigen sogar, dass Modelle integrierter Versorgung substantielle Kostenreduktion gegenüber dem OKP-Standardmodell führen: Durch weniger Konsultationen und kürzere Spitalaufenthalte wurden Kostensenkungen von bis zu 34 % beobachtet (Kauer 2017). Spezifisch für die Behandlung von Diabetes zeigen aktuelle Zahlen überdies Kosteneinsparungen von 11 % bis 30 % gegenüber den OKP-Standardmodell (Jungi 2022).

### 3.3\_ Mehrwert statt Volumen

Bei einer Vergütung nach Einzelleistungen oder Pauschalen besteht die Gefahr, dass die Leistungserbringer primär ihre eigene finanzielle Situation optimieren. Sie haben kaum finanzielle Anreize, die Menschen dank Prävention gesund zu halten oder durch Koordination mit anderen Leistungserbringern die beste Behandlung aus Patientensicht zu sichern. Das aktuelle System belohnt bis zu einem gewissen Grad sogar eine schlechte Behandlungsqualität, weil ein Patient damit immer wieder zu seinem Arzt zurückkommen muss, was wiederum zu einer erneuten Vergütung führt.<sup>12</sup>

Daher ist es notwendig, Finanzierungsmechanismen einzuführen, die den Mehrwert einer Behandlung oder eines Eingriffs für den Patienten vergüten, nicht nur die Leistung per se. Finanzierungsmechanismen, die an Effizienz- und Qualitätsziele geknüpft sind, nehmen weltweit und in Europa zu, wobei sie vor allem in den USA und Grossbritannien stark verbreitet sind. Die Qualitätszuschläge variieren zwischen 0,1 % und 30 % in der Grundversorgung und zwischen 0,5 % und 10 % im stationären Bereich (Busse et al. 2019). In den Spitälern werden dabei entweder Zuschläge auf die Spitaltarife gewährt oder die Vergütung – wie z. B. in Norwegen – an Indikatoren wie die Sterblichkeitsrate über fünf Jahre gekoppelt (Busse et al. 2019). In England und den skandinavischen Ländern wird überdies auch die Erfahrung der Patienten in Form von Zufriedenheit oder Wartezeiten vergütet (Busse et al. 2019).

Die Finanzierungsmechanismen sollen insbesondere auch eine Aufteilung der «Qualitätsdividenden» auf all jene ermöglichen, die in die Qualität der Behandlung investiert haben. Das heisst, es sollten auch die Leistungserbringer fair vergütet werden, die durch Prävention oder Auslassen einer Intervention zu einem qualitativen besseren Ergebnis entlang des gesamten Patientenpfades beigetragen haben.

Eine Aufteilung der Qualitätsdividenden kann durch eine vertikale Integration erreicht werden. Indem man die beteiligten Akteure in einem Unternehmen zusammenbringt, können die Zusatzkosten einer Organisationseinheit (z. B. für Prävention oder das Unterlassen eines chirurgischen Eingriffs) durch Mehrerträge einer anderen Organisationseinheit kompensiert werden. Dank Fokussierung auf Patientengruppen ist es zudem möglich, Effizienzgewinne zu erzielen. Der Schweizer Gesundheitssektor ist jedoch ein stark fragmentierter und regulierter Markt. Viele Leistungserbringer haben eine Rechtsform (öffentlich-rechtliche Anstalten, Vereine, Stiftungen usw.), die Fusionen hemmen. Jeder Leistungserbringer muss zudem alle KVG-Versicherten behandeln. Auch sind die Krankenversicherer verpflichtet, alle Versicherten ohne Vorbehalte aufnehmen. Diese Besonderheiten des Schweizer Gesundheitswesens erschweren vertikale Integrationen.

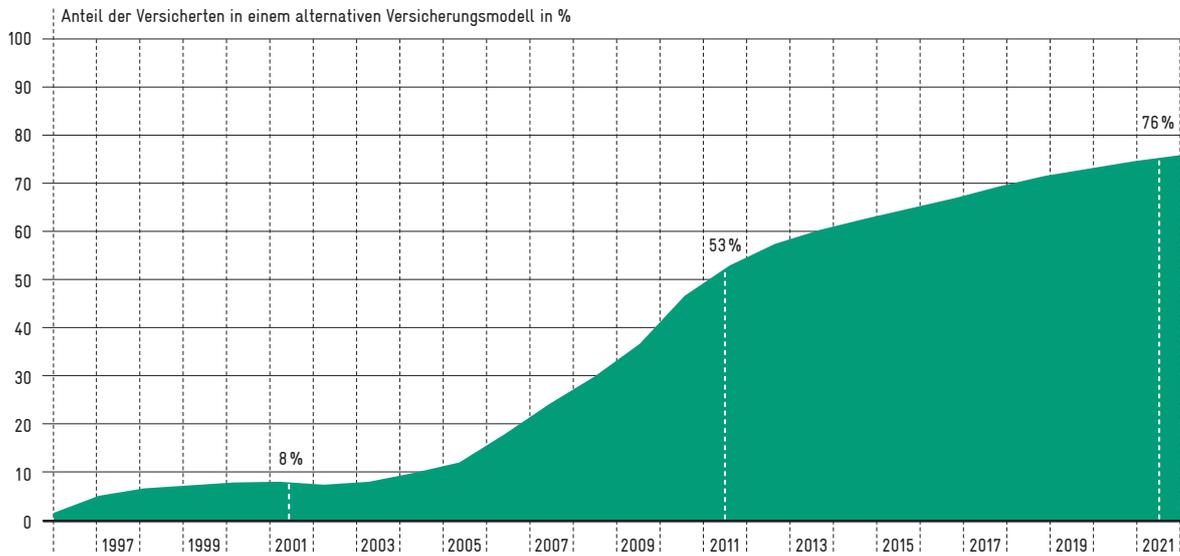
Daher ist es notwendig, Finanzierungsmechanismen einzuführen, die den Mehrwert einer Behandlung oder eines Eingriffs für den Patienten vergüten, nicht nur die Leistung per se.

12 Im Spitalbereich werden solche Rehospitalisierung allerdings durch die gleiche DRG-Fallpauschale abgedeckt, sofern diese innert 18 Tagen erfolgt (SwissDRG 2019).

Abbildung 4

## Alternative Versicherungsmodelle ziehen mehr als drei von vier Versicherten an

Die alternativen Versicherungsmodelle sind ein Erfolgsmodell, das von vielen Versicherten bevorzugt wird. 2021 haben sich 76 % der Versicherten für ein solches Versicherungsmodell entschieden, gegenüber 8 % zwanzig Jahre davor.



Source: BAG (2023e)

In den folgenden Abschnitten werden deshalb politische Massnahmen präsentiert, die eine bessere Koordination der Leistungserbringer ermöglichen, ohne sie rechtlich zu integrieren. Es werden auch Finanzierungsmodelle vorgeschlagen, die eine bessere Vergütung des Mehrwertes für den Patienten vorsehen oder eine bessere Verteilung der Qualitätsdividenden ermöglichen.

### 3.3.1 Keine staatlich verordnete koordinierten Netzwerke

Vor zwanzig Jahren hatten sich lediglich 8 % der Bevölkerung für ein alternatives Versicherungsmodell entschieden. Unterdessen ist dieser Wert kontinuierlich gestiegen und erreichte 2021 76 % (vgl. Abbildung 4). Diese Modelle setzten sich ohne staatlichen Zwang durch.

Alternative Versicherungsmodelle basieren auf einer freiwilligen Partnerschaft zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern. Der Wettbewerb veranlasst die Akteure, Versorgungsmodelle zu entwickeln, die den (finanziellen) Bedürfnissen der Versicherten entsprechen, um sich von der Konkurrenz abzuheben. Gleichzeitig haben die Versicherten jährlich die Möglichkeit, ein anderes Produkt auszuwählen bzw. das bisherige zu kündigen, was die Leistungserbringer zwingt, laufend die Qualität und den Preis ihrer Angebote zu verbessern; es entsteht ein Versuchslabor, um Versorgungsmodelle zu testen. Erfolgreiche Konzepte werden nachgeahmt. Und fast wichtiger: Gescheiterte Konzepte fallen aus dem Markt. Damit sinkt das Risiko, dass Fehlentwicklung in allen Kantonen oder bei allen Krankenversicherern repliziert werden.

Der Wettbewerb unter den Leistungserbringern und unter den Krankenversicherern ist somit ein wesentlicher Treiber für die Entwicklung neuer Geschäftsmodelle und Versorgungskonzepte. Die zahlreichen erwähnten Beispiele illustrieren diese Dynamik. Doch obwohl der Schweizer Markt vor Initiativen sprudelt, versucht die Bundesverwaltung, den Wettbewerb mit der Schaffung von staatlich vorordneten, einheitlich organisierten neuen Anbietern einzuschränken.

So sieht nämlich das zweite Massnahmenpaket des Bundesrates zur Eindämmung der Gesundheitskosten vor, dass jeder Kanton per Leistungsauftrag neue Versorgungsnetzwerke einführt. Der Bund würde allerdings Mindestvorgaben zur Leitung des Netzwerks, zur Zusammensetzung des dort tätigen Personals oder zu den zu erbringenden Leistungen formulieren, um eine einheitliche Gestaltung der neuen Netzwerke zu gewährleisten. Er würde auch Mindestanforderungen in Bezug auf Datenaustausch, Qualitätssicherung und Koordination mit Leistungserbringern formulieren (Bundesrat 2022c).

Diese Netzwerke sollten ausdrücklich auch Patienten betreuen, die sich gegen AVM entschieden haben. Die Verbreitung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung durch die Förderung von AVM wird in der Vorlage explizit verworfen (Bundesrat 2022c).

Dieser Vorschlag zielt zwar darauf ab, die erwähnten Vorteile der integrierten Versorgung zu nutzen. Indem der Bund einheitliche Mindestvorgaben formuliert und neue kantonale staatliche Einrichtungen verordnet, wird den bisherigen Akteuren der Boden entzogen, auf dem sie sich durch Differenzierung am Markt etabliert haben. Dies wirkt innovationshemmend und behindert die Entstehung von weniger arztzentrierten Versorgungsmodellen, die sich stärker auf Apotheken oder Spitem-Organisationen stützen. Auch wird die Schaffung neuer digitaler Plattformen wie Well und Compassana erschwert.

Der Staat sollte deshalb davon absehen, den Wettbewerb bei der integrierten Versorgung zu verzerren. Im Gegenteil: Es braucht Rahmenbedingungen, die den Qualitätswettbewerb fördern, statt diesen durch verfehlte Regulierung einzuschränken. Integrierte Versorgungsmodelle sollen nicht per Dekret, sondern durch die Nutzung der Patienten zur Norm werden.

Integrierte Versorgungsmodelle sollen nicht per Dekret, sondern durch die Nutzung der Patienten zur Norm werden.

### 3.3.2 Qualität und Tarife im Einklang

Qualität soll auch im stationären Bereich belohnt werden. Dafür müsste zugelassen werden, die Spitaltarife (manchmal auch Basistarif, Basispreis oder «Baserate» genannt) durch eine Qualitätskomponente zu ergänzen.

Diese Tarife wurden mit der Neuen Spitalfinanzierung 2012 eingeführt. Nach der neuen Regelung wird die stationäre Versorgung mit Fallpauschalen finanziert. Diese werden berechnet, indem der Kostengewichtungsfaktor («cost weight»), der den Durchschnittspreis einer DRG-Fall-

gruppe<sup>13</sup> widerspiegelt, mit dem Spitaltarif multipliziert wird. Der Tarif wird von den Tarifpartnern ausgehandelt und vom Kanton für jedes Spital genehmigt (Cosandey et al. 2018). Er hängt jedoch nur von der Kostenstruktur eines Spitals und der Vergleichsgruppen ab, Qualitätsindikatoren werden nicht berücksichtigt.

In einer VBHC-Logik wäre es wünschenswert, den Spitaltarif entsprechend der Qualitätsentwicklung anzupassen. Eine solche Regelung wäre heute vermutlich bereits im Rahmen der Zusatzversicherung (Privat- oder Halbprivat-Versicherung nach VVG) möglich, wo jeder Krankenversicherer mit jedem Spital einen Tarif aushandelt. Die meisten öffentlichen Spitäler haben jedoch mehrheitlich eine Klientel, die nur von einer Grunddeckung nach KVG profitiert. Die Flexibilität des VVG gilt also nur für einen Teil der Versicherten. Will man eine breitere Wirkung erzielen, ist eine Anpassung im Rahmen der KVG erforderlich.

Doch innerhalb des KVG ist der Verhandlungsspielraum eng. Gemäss einem Entscheid des Bundesverwaltungsgerichtes (BVGer) stellt die Gewährung von Zu- oder Abschlägen in Abhängigkeit von der Qualität einen Verstoß gegen das DRG-System dar (BVGer 2014).<sup>14</sup> Laut dem Entscheid dürfen die kantonalen Spitallisten<sup>15</sup> nur Spitäler enthalten, die qualitativ hochstehende Pflegeleistungen erbringen und die Kriterien von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien, Art 32 KVG) erfüllen. Dass solche Spitäler – mindestens zum Zeitpunkt der Aufnahme auf die kantonale Spitalliste – eine Mindestqualität erfüllen, ist anzunehmen. Es bedeutet jedoch nicht, dass alle Spitäler das gleiche Qualitätsniveau bieten.

Das KVG sollte deshalb geändert werden, um eine qualitätsabhängige Finanzierung ausdrücklich zuzulassen. Dabei wäre eine «Kann-Formulierung» zu wählen: Ein solch freiwilliger Ansatz ermöglicht die Entstehung innovativer Projekte. Es könnten neue Finanzierungsmodelle ausgetestet und getestet werden, ohne sie allen Akteuren aufzuzwingen.

Solche neuen Finanzierungsmodelle sollten somit vorzugsweise durch einzelne Leistungserbringer mit einzelnen Krankenversicherern erarbeitet werden. Inhaltlich könnten sie einerseits die Anpassung des Spitaltarifs in Abhängigkeit der Qualitätsentwicklung über einen gewissen Zeitraum vorsehen. Andererseits wären auch Tarifierungen aufgrund des absoluten Qualitätsniveaus denkbar, was aber eine risikoadjustierte Vergleichbarkeit der Qualität zwischen Spitälern voraussetzt (vgl. Kapitel 4). Natürlich geht es hier nicht darum, die qualitative Leistung eines Spitals schwarz-weiss darzustellen und somit eine völlig variable Tarifierung einzuführen. Es braucht jedoch die Möglichkeit für eine variable Entschä-

Das KVG sollte geändert werden, um eine qualitätsabhängige Finanzierung ausdrücklich zuzulassen.

13 Eine DRG (Diagnostic related group) stellt eine Gruppe von Patienten mit ähnlichen klinischen Merkmalen dar, die eine vergleichbare Behandlung benötigen.

14 Laut BVGer sind die in den Tarifen enthaltenen Leistungen bereits von der «notwendigen Qualität» (Art. 49 Abs. 1), und eine qualitativ hochwertige Versorgung ist eine Voraussetzung für die Preisfestsetzung (Art. 43 Abs. 6 KVG).

15 Nur Spitäler auf einer kantonalen Spitalliste dürfen den Krankenversicherern und dem Wohnkanton des Patienten ihre Leistungen nach Swiss DRG verrechnen.

digung, die den festen Tarif ergänzt, um Qualitätsverbesserungen zu belohnen. Der Qualitätszuschlag muss allerdings genug attraktiv sein. Ist er zu klein, lohnen sich Investitionen in die Qualität kaum, verglichen mit dem allfälligen Aufwand, um ein vergleichbares Umsatzwachstum durch Mengenausweitung zu generieren.

Wie ein solcher qualitätsabhängiger Tarif aussehen könnte, zeigt das folgende Beispiel. Die Qualitätskomponente ist ein Zuschlag oder Abschlag, der mit dem Basistarif multipliziert wird (vgl. Formel).

*Formel*

$$\text{Fallpauschale} = \text{cost-weight (nach DRG)} \times \text{Basistarif} \times (1 + \text{Zuschlag oder Abschlag in \%})$$

Der so ausgehandelte Tarif würde für alle in einem Spital behandelten Krankheiten gelten. Dies entspricht der Logik der Finanzierung durch SwissDRG-Pauschalen. Ein solcher Ansatz hält die Komplexität der Verhandlung in Grenzen – wie auch diejenige der Genehmigung durch den Kanton. Das Modell berücksichtigt allerdings kaum Outcome-Unterschiede innerhalb einer Institution. Die Kardiologieabteilung einer Klinik kann zum Beispiel sehr gut abschneiden, während die Neurologie schlechtere Ergebnisse aufweist. Die Tarifpartner sollten daher auch die Möglichkeit erhalten, je nach Krankheitsgruppen unterschiedliche Spitaltarife auszuhandeln.

Zudem sollte es den Tarifpartnern freistehen, ob sie die neuen Tarife im Jahr der Einführung kostenneutral halten wollen. Statisch betrachtet könnte ein neuer Tarif mit einem Qualitätszuschlag auf Seiten der Versicherer zu Mehrausgaben führen. Denkbar wäre es deshalb, den Grundtarif zuerst zu senken, bevor man Zuschläge einführt. In einer dynamischen Betrachtung führt allerdings eine Verbesserung der Qualität auch zu reduzierten Folgekosten im Gesamtsystem. Der Krankenversicherer kann diese Kostenreduktion auch nach dem Spitalaustritt beobachten. Orientiert sich der Qualitätszuschlag an den Einsparungen über den gesamten Patientenpfad, ist mittelfristig die Kostenneutralität sichergestellt.

In allen Fällen ist es wichtig, den Tarifpartnern die Freiheit zu lassen, die Modalitäten der qualitätsabhängigen Tarife zu definieren. Sie sollten sich auf diejenigen Spitäler und Krankheitsgruppen fokussieren dürfen, wo Qualitätsunterschiede messbar und wo Verbesserungen realistisch sind. Damit wird nicht nur Innovation gefördert, sondern auch Vertrauen geschaffen. Denn die Einführung solcher Tarifmodelle ist nicht nur ein buchhalterischer Akt. Vielmehr spiegelt sie die Absicht der Tarifpartner, eine gemeinsame Sprache und Qualitätskultur zu entwickeln. Letztere erfordert einen feingliedrigen und iterativen Ansatz. Ein starrer Rechtsrahmen würde diesen Dialog und die schrittweise Suche nach neuen Lösungen verhindern.

### 3.3.3 Efas als Katalysator für mehrwertabhängige Finanzierungen

Die mit den Ärztenetzwerken vereinbarten AVM decken primär Leistungen im ambulanten Bereich ab. Mit ein Grund für diese Abgrenzung sind unterschiedliche Finanzierungsregeln. Im Spitalbereich werden stationäre Leistungen (d. h. mit Übernachtung im Spital) mit Fallpauschalen abgegolten. Der Kanton trägt mindestens 55% der Ausgaben, die Krankenversicherer maximal 45%. Benötigt die Behandlung im Spital keine Übernachtung oder werden die Leistungen ambulant in Praxen ausserhalb des Spitals erbracht, so übernimmt der Krankenversicherer die Kosten zu 100%.

In der Langzeitpflege (Alters- und Pflegeheime sowie Spitex) werden die Kosten auf drei Träger verteilt: auf den Patienten selbst mit einem Höchstbetrag pro Tag, auf den Versicherer mit einer Pauschale pro Pflegestufe und auf den Kanton.<sup>16</sup> Letzterer übernimmt die von den ersten zwei Trägern nicht gedeckten Kosten – die Restfinanzierung.

Aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungen ist für die Krankenversicherer die Vermeidung von Spitalaufenthalten uninteressant, weil ambulante Behandlungen voll zu ihren Lasten verrechnet werden. Dies, obwohl ambulante Interventionen oft für den Patienten weniger invasiv und für das Gesundheitssystem weniger kostenintensiv sind als stationäre Leistungen.

Diese unterschiedlichen Finanzierungsmodi sollen deshalb mit dem Projekt «Einheitliche Finanzierung Ambulant und Stationär» (Efas) abgeschafft werden. Neu sollen die Krankenversicherer und die Kantone alle von der Grundversicherung gedeckten Leistungen nach einem einheitlichen Kostenteiler finanzieren (Das Schweizer Parlament 2022).<sup>17</sup>

Mit der einheitlichen Finanzierung Efas hätten die Krankenversicherer einen finanziellen Anreiz, AVM-Verträge mit den Leistungserbringern auszuhandeln, die unnötige und teure Spitalaufenthalte reduzieren und diese durch ambulante Leistungen ersetzen. Die realisierten Einsparungen könnten den Versicherten in Form von Prämienrabatten weitergegeben werden. Gemäss einer Schätzung von Polynomics könnten durch die Einführung von Efas die Versicherungsprämien von HMO-Versicherten um rund 6% reduziert werden, was einer Erhöhung der heutigen Rabatte um rund 20% entspräche (Telser und Meyer 2018). Diese Kosteneffekte würden die bereits stattfindende Dynamik für die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle weiter befeuern.

Das Projekt Efas geht auf eine parlamentarische Initiative von Ruth Humbel aus dem Jahr 2009 zurück (Humbel 2009). Über zehn Jahre lang konnte sich die Politik nicht auf eine monistische Finanzierung einigen. Vor allem die Kantone wehrten sich gegen den Vorschlag, da die Kosten

Mit Efas hätten die Krankenversicherungen einen finanziellen Anreiz, AVM-Verträge mit den Leistungserbringern auszuhandeln, die unnötige Spitalaufenthalte reduzieren und diese durch ambulante Leistungen ersetzen.

<sup>16</sup> Manche Kantone delegieren diese Zuständigkeit ihren Gemeinden.

<sup>17</sup> Stand November 2022 würden die Krankenversicherer höchstens 73,1% und die Kantone mindestens 26,9% der Leistungen finanzieren, unabhängig davon, wo und von wem diese erbracht werden (Schweizer Parlament 2022).

der Langzeitpflege nicht im Projekt integriert waren. Nach drei Jahren Beratung stimmte im November 2022 der Ständerat nun einer Vorlage des Nationalrats zu, die auch die Kosten der Langzeitpflege berücksichtigt. Das Gesetz geht nun in die Differenzbereinigung. Es wäre wichtig, dass dieses Jahrzehntprojekt ein gutes Ende findet.

*Massnahme 4*

Keine Standardisierung der koordinierten Netzwerke durch den Bund.

*Massnahme 5*

Neue rechtliche Bestimmung im KVG, die den Tarifpartner erlaubt, dynamische, qualitätsabhängige Tarife auszuhandeln.

*Massnahme 6*

Rasche Verabschiedung der Einheitlichen Finanzierung Efas durch das Parlament.

## 4\_ Qualitätswettbewerb zwischen den Organisationen

Im Kapitel 2 wurde dargestellt, wie die Qualität innerhalb einer Institution oder eines Netzwerkes gemessen und verbessert werden kann. Kapitel 3 zeigte Finanzierungsmechanismen auf, mit denen die Aufteilung von Qualitätsdividenden für alle Beteiligten ermöglicht wird, die in die Qualität für den Patienten investieren. Die Umsetzung der Vorschläge beider Kapitel sind Pflicht, will man sich in der Schweiz einem VBHC-System nähern.

In einem patientenzentrierten Gesundheitssystem wäre jedoch die Kür, nicht nur die Leistungserbringer und Krankenversicherer, sondern auch zunehmend die Patienten zu befähigen, Mehrwert vom System einzufordern. In diesem Zusammenhang ist der Begriff «Patient» (aus dem Latein *patiens* = erdulden) unglücklich, weil er passives Verhalten insinuiert (Parzer-Epp et al. 2019). Vielmehr sollte er in einem VBHC-Modell als Partner im Dienst seiner Gesundheit wahrgenommen werden. Der Patient steht in einer Doppelrolle als «Konsument» einerseits, andererseits als (Prämien-)Zahler von Gesundheitsleistungen. Somit ist er selbst dafür verantwortlich, Leistungen in Anspruch zu nehmen, die ihm einen Mehrwert bieten. Gleichzeitig trägt er als Mitglied des Versicherungskollektivs eine Mitverantwortung für die sinnvolle Nutzung von Ressourcen im System.

Dafür braucht der Patienten Transparenz über den Mehrwert der Leistungen auf dem ganzen Behandlungspfad. So erhält er die Möglichkeit, den optimalen Leistungserbringer zu identifizieren und zu wählen. Wenn die Patienten «mit den Füßen abstimmen» können, werden die Leistungserbringer vermehrt nach Spitzenangeboten und besserer Qualität streben (Hirschman 1972). Wird ihre Tätigkeit anerkannt, gewinnen sie Kunden, entspricht die Qualität nicht den Marktstandards, verlieren sie sie.

Zudem ermöglicht Transparenz den Leistungserbringern, ihre Ergebnisse mit denen ihrer Konkurrenten zu vergleichen. So identifizieren sie ihre Stärken und Schwächen und ergreifen Massnahmen, um sich zu verbessern oder sich anders am Markt zu positionieren (Shekelle 2009).

### 4.1\_ Zögerliches Benchmarking in der Schweiz

Um Transparenz über den Outcome zu gewährleisten, muss ein öffentlich zugängliches Vergleichssystem, eine «öffentliche Berichterstattung» («*public reporting*») eingerichtet werden. Diese soll auf standardisierten Indikatoren basieren, die jedermann zugänglich sind.

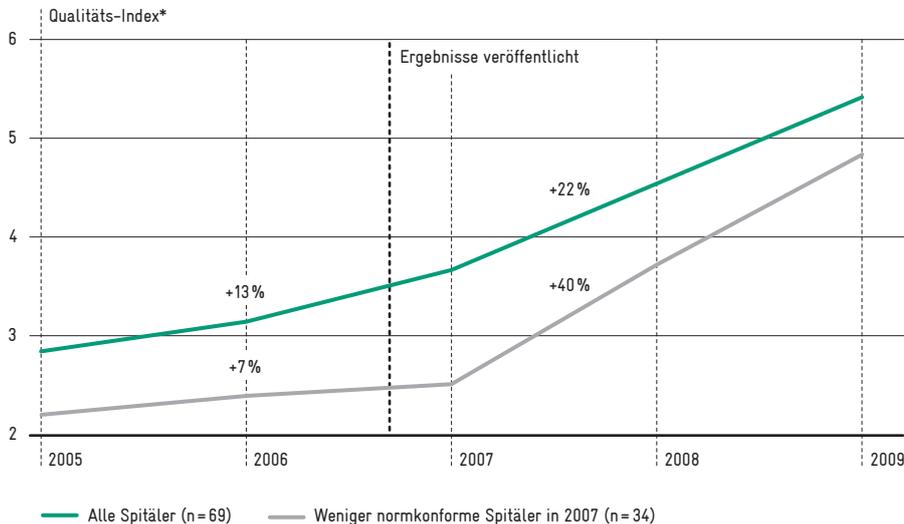
#### 4.1.1 Eine gängige Praxis im Ausland

Rund die Hälfte aller OECD-Länder veröffentlicht Qualitätsindikatoren über Spitäler oder Primärversorger (OECD 2019). Die ehrgeizigsten Länder messen dabei eine breite Palette von Indikatoren (Struktur-, Prozess-,

Abbildung 5

## Transparenz verbessert die Qualität der Versorgung

Von 2005 bis 2007, also kurz bevor und kurz nachdem die Ergebnisse des Schwedischen Qualitätsregisters für koronare Herzkrankheit «Swedeheart» pro Spital veröffentlicht wurden, stieg die Einhaltung der Leitlinien um durchschnittlich 13%, danach um 22%. Dabei reduzierte die Veröffentlichung pro Spital auch die Varianzen zwischen den Spitälern.



\* Grad der Einhaltung der klinischen Leitlinien

Quelle: Larsson et al. (2012)

Outcome- und teilweise auch Patientenerfahrungsindikatoren) unter Einbezug der allermeisten Leistungserbringer; so etwa das Vereinigte Königreich, die Niederlande, Deutschland und Dänemark (Busse et al. 2019).

Auch auf privater Ebene gibt es Benchmarking-Initiativen. Ein Beispiel ist das Ranking der besten Spezialkliniken der Welt, das von der amerikanischen Zeitschrift «Newsweek» durchgeführt wird (Newsweek 2022). Zu beachten ist, dass dieses Ranking seit 2022 die Erhebung von Prom erfordert.

Mehrere Studien haben positive Auswirkungen solcher öffentlicher Berichterstattung auf die Qualität der Behandlung gezeigt (Campanella et al. 2016). Dies lässt sich z. B. anhand des schwedischen Qualitätsregisters für koronare Herzkrankheiten «Swedeheart» veranschaulichen. Seit 2005 informiert dieses Register über den Grad der Einhaltung klinischer Leitlinien. Zunächst wurden nur aggregierte Daten auf regionaler Ebene publiziert, seit Ende 2006 die Ergebnisse pro Spital. Die Zahlen sprechen für sich: Von 2005 bis 2007, also kurz bevor und kurz nachdem die Ergebnisse pro Spital veröffentlicht wurden, stieg der Einhaltungsgrad der Leitlinien im Durchschnitt um 13%. Bei den Spitälern, die sich weniger an die Leitlinien hielten, stieg der Wert nur um 7% (vgl. Abbildung 5).

Zwei Jahre später stieg der Einhaltungsgrad der Leitlinien durchschnittlich um 22%, bei den weniger normkonformen Spitälern jedoch um 40%. Die Transparenz führte somit nachweislich zu einem Aufholpro-

zess, der nicht nur eine bessere Einhaltung der Leitlinien im Allgemeinen mit sich brachte, sondern auch eine geringere Variation zwischen den Spitälern (Larsson et al. 2012).

#### 4.1.2 Die Pionierrolle von ANQ in der Schweiz

In der Schweiz ist die öffentliche Berichterstattung sehr unterschiedlich ausgeprägt. Grundsätzlich schneidet der Spitalsektor am besten ab, dank den Publikationen von ANQ. Mitglieder des ANQ-Vereins sind der Spitalverband H+, die Versicherungsverbände Santésuisse und Curafutura sowie die Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektoren (GDK). Der Verein veröffentlicht Qualitätsmessungen in der stationären Akutversorgung, Rehabilitation und Psychiatrie für alle Spitäler und Kliniken seit 2012. Zwar werden keine Rankings im eigentlichen Sinne publiziert, aber durch die Veröffentlichung mehrerer Indikatoren wird Transparenz geschaffen, die von Vergleichsportalen genutzt werden.

Allerdings sind die veröffentlichten ANQ-Daten für den Laien nicht einfach zu verstehen. Darüber hinaus handelt es sich bei den erhobenen Daten um Indikatoren für ein gesamtes Spital; sie sind nicht krankheits-spezifisch differenziert (ANQ 2023b).<sup>18</sup>

#### 4.1.3 Kaum Anreize zu Transparenz

Trotz punktueller Initiativen steckt in der Schweiz die Veröffentlichung von patientenzentrierten Ergebnisindikatoren in den Kinderschuhen. Im Gesundheitssektor wie in anderen Bereichen löst die Vorstellung von Rankings oft Skepsis und teilweise Ängste aus. Wie im Falle der internen Qualitätsmessungen (vgl. Kapitel 2) setzt die öffentliche Berichterstattung über Outcomes die eigene Arbeit dem Urteil von Kollegen aus, was unangenehm sein kann. Sie bietet aber auch Chancen, sich von der Konkurrenz abzuheben.

Doch selbst für fortschrittlichere Leistungserbringer ist der Anreiz gering, Ergebnisse freiwillig zu veröffentlichen. Dies kann nur Wirkung erzielen, wenn Outcomes mit denjenigen anderer Leistungserbringer verglichen werden können. Prescht ein Leistungserbringer alleine vor, trägt er einseitig die Kosten und Risiken der Transparenz, ohne von den Vorteilen eines Benchmarkings zu profitieren. Nur Koordination setzt Anreize zur Transparenz.

Zudem ist der Status quo für die Leistungserbringer oft vorteilhaft. Die Schweizer Bevölkerung hat grosses Vertrauen in ihr Gesundheitssystem und ist mehrheitlich davon überzeugt, die geleistete Versorgung sei von hoher Qualität. 2022 beurteilten 96 % der Bevölkerung das Schweizer Gesundheitssystem als «eher gut», «gut» oder «sehr gut» (gfs.bern 2022), obwohl diese Einschätzung auf keinen objektiven Kriterien beruht. Wa-

Trotz punktueller Initiativen steckt in der Schweiz die Veröffentlichung von patientenzentrierten Ergebnisindikatoren in den Kinderschuhen.

<sup>18</sup> Eine bemerkenswerte Ausnahme ist die Veröffentlichung der Revisionsraten für Knie- und Hüftprothesen, die im Rahmen des Siris-Registers erhoben wurden (vgl. Kapitel 2.1).

rum sollten Ergebnisse veröffentlicht werden, die diese Wahrnehmung gefährden könnten?

Die Zurückhaltung gegenüber Transparenz ist jedoch weder haltbar noch redlich. Man kann nicht ständig ein Gesundheitssystem fordern, das «den Patienten in den Mittelpunkt stellt», und ihm gleichzeitig die Möglichkeit verwehren, seinen Leistungserbringer auf Basis objektiver Indikatoren auszuwählen. Transparenz ist eine wichtige Voraussetzung, um die Patienten in die Lage zu versetzen, ihre Gesundheit aktiv mitzugestalten.

## 4.2\_ Landesweite Einführung in zwei Stufen

Um die Akzeptanz von Transparenz bei den Leistungserbringern zu fördern und Abwehrreflexe zu vermeiden, empfiehlt sich eine zweistufige Einführung (vgl. Abbildung 6).

### 4.2.1 Anonymer Vergleich

Transparenz sollte in erster Linie als Mittel zur Identifizierung von Best-Practices und zur Verbesserung der Qualität dienen, und nicht zur Bestrafung von weniger erfolgreichen Leistungserbringern. Dafür braucht es Zugang zu Daten, in einem ersten Schritt unter Schutz der Anonymität. In dieser ersten Phase sollte jeder Leistungserbringer seine Daten im Vergleich zu denjenigen der Konkurrenz sehen können, ohne die Mitbewerber namentlich identifizieren zu können.

Selbstreflexion steht in dieser Phase im Vordergrund. Der anonyme Vergleich ermöglicht zudem, sich mit den Indikatoren und der Art und Weise, wie sie erhoben werden, vertraut zu machen. In dieser Phase können Leistungserbringer die Messung der Daten in ihren Prozessen integrieren und ihre Arbeitsweise verbessern. Dieser erste Schritt gilt auch als Testphase, während der die Indikatoren verfeinert und ihre Definition präzisiert werden.

Auch wenn die Ergebnisse anonym bleiben, können sie bereits Wirkung entfalten. Viele Fachpersonen haben eine starke intrinsische Motivation, die sie zur Verbesserung im Vergleich zu ihren «Peers» animiert.

**Abbildung 6**  
**Benchmarking stufenweise einführen**

*Das öffentliche Benchmarking stößt bei den Leistungserbringern auf Widerstand. Eine schrittweise Einführung in zwei Etappen ermöglicht es, die Akteure in dem Prozess zu begleiten und ihnen gleichzeitig Zeit zur Anpassung zu geben.*



Quelle: Eigene Darstellung

Nicht nur die absolute Differenz zu anderen Fachpersonen, sondern auch die Dynamik der Verbesserung bei anderen Leistungserbringern ist ein Ansporn.

Die Anonymität kann innerhalb einer Organisation jedoch freiwillig aufgehoben werden. Der Peer-to-Peer-Vergleich ist eine zentrale Voraussetzung, um eine Kultur des Austauschs und des Lernens zu verbreiten. Dieser konstruktive Austausch findet in einer vertrauten Umgebung, d. h. unter Ausschluss der Öffentlichkeit statt. Kolleginnen und Kollegen innerhalb einer Abteilung, eines Spitals oder eines Ärztenetzwerkes teilen ihre Erfahrungen. Durch die Analyse der Unterschiede können bewährte Praktiken ausgetauscht und nachgeahmt werden (Busse et al. 2019). Damit wird nicht nur die Qualität im Durchschnitt verbessert, sondern auch die Variationen der Outcomes verringert (EIT Health 2020).

#### 4.2.2 Öffentlicher Vergleich

Nachdem die Leistungserbringer mit den Indikatoren und den Prozessen für ihre Erfassung vertraut sind, sollten in einer zweiten Etappe die Outcome-Messungen für alle zugänglich gemacht werden: Patienten, Leistungserbringer und Krankenversicherer.

Dies versetzt Patienten faktenbasiert in die Lage, informiert ihre Leistungserbringer zu wählen, sofern sie die Daten sinnvoll interpretieren können. Es ist davon auszugehen, dass die Nachfrage nach verständlicher und transparenter Information durch die Patienten oder ihre Angehörigen die Entwicklung von Vergleichsportalen befeuern und so den Qualitätswettbewerb zwischen den Leistungserbringern ankurbeln wird (vgl. Kapitel 4.3.3). Zudem ermöglicht Transparenz zwischen den Organisationen den Patienten, eher auf Augenhöhe mit dem Hausarzt oder dem Spezialisten Qualitätsunterschiede anzusprechen.

Transparenz zwischen den Organisationen hilft den Leistungserbringern zudem, nicht nur ihre Stärken zu verstehen und zu vermarkten. Sie können auch passende Kooperationspartner identifizieren.

Transparenz schliesslich kann auch für Krankenversicherer von Nutzen sein, um qualitätsbasierte Verträge mit den Leistungserbringern abzuschliessen. Sie würde es nicht nur ermöglichen, eine Verbesserung der Qualität und des Mehrwerts für den Patienten innerhalb einer Organisation zu belohnen (vgl. Kapitel 3), sondern auch im Vergleich zu anderen Leistungserbringern. Mehrwertabhängige Tarife, die auf einem Peer-to-Peer-Vergleich basieren, beleben den Qualitätswettbewerb zusätzlich.

Es ist davon auszugehen, dass die Nachfrage nach verständlicher und transparenter Information den Qualitätswettbewerb zwischen den Leistungserbringern ankurbeln wird.

### 4.3\_ Voraussetzungen für aussagekräftige Vergleiche

#### 4.3.1 Die Bedeutung austauschbarer und ausgetauschter Daten

Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um ein funktionierendes Benchmarking einzurichten? Zunächst ist es notwendig, über austauschbare, d. h. standardisierte Daten zu verfügen, um einen Vergleich der

Qualitätsindikatoren zu ermöglichen. Die Informationen müssen zugänglich sein, damit sie konsolidiert werden können.

Heute ist das Schweizer Gesundheitssystem fragmentiert und wenig digitalisiert. Es fehlt zudem an Interoperabilität. Daten, sofern vorhanden, sind über die Akteure verstreut und schwer untereinander auszutauschen und zu verknüpfen.

Doch es gibt Ausnahmen: Medizinische Register dienen zum Beispiel als Werkzeug, um die wachsende Menge an verfügbaren Daten zu strukturieren und vergleichbar zu machen. Dabei handelt es sich bei einem Register um eine «systematische Sammlung von gesundheitsbezogenen Personendaten – erhoben anhand definierter Kriterien» (ANQ et al. 2019). Sie dienen dazu, Behandlungen, Nebenwirkungen und Komplikationen zu erfassen, die im Zusammenhang mit einer Krankheit, einem Eingriff oder einem Fachgebiet auftreten. Somit haben sie das Potenzial, nicht nur zur epidemiologischen Forschung beizutragen, sondern auch zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. In dieser Hinsicht können sie zur Bewertung und zum Vergleich von Leistungserbringern herangezogen werden (ANQ et al. 2019).

Medizinische Register dienen als Werkzeug, um die wachsende Menge an verfügbaren Daten zu strukturieren und vergleichbar zu machen.

Register werden entweder auf freiwilliger Basis entwickelt, durch kantonale oder eidgenössische Gesetze vorgeschrieben (z. B. kantonale Krebsregister) oder als Verpflichtung im Rahmen des nationalen Qualitätsvertrags des ANQ eingerichtet werden (z. B. das Schweizerische Implantateregister Siris). In der Schweiz sind rund hundert Register auf der Website der FMH aufgeführt (FMH 2023).

Zwei Beispiele von Registern verdienen es, hervorgehoben zu werden: Erstens die kantonalen Krebsregister. Diese sind seit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes für die Registrierung von Krebserkrankungen (KRG) im Jahr 2020 obligatorisch. Die Umsetzung dieser Pflicht geht jedoch mit technischen Schwierigkeiten einher. Die Daten sind nicht nach harmonisierten Standards strukturiert und erlauben keine Rückschlüsse auf die Auswirkungen von Behandlungen oder einen Vergleich von Qualitätsindikatoren (Oncosuisse 2022). Dieses Beispiel zeigt: Bevor eine staatliche Vorschrift eingeführt wird, sollte definiert werden, wie diese Vorschrift sinnvoll angewendet werden kann.

Ein positives Beispiel ist das Siris-Register für Hüft- und Knieimplantate. Es ist seit 2012 fester Bestandteil der ANQ-Messungen. Siris liefert nicht nur standardisierte Informationen über die Anzahl der eingesetzten Implantate, sondern auch über die Revisions- und Reoperationsraten (Siris 2018).

Seit 2019 werden mit Siris die Revisionsraten für Hüft- und Knieprothesen auf der ANQ-Website veröffentlicht, und zwar auf der Ebene der einzelnen Kliniken. Orthopäden können die Daten einsehen und sich mit Kollegen vergleichen. Der Dachverband Swissorthopaedics gibt auf der Grundlage des Registers den einzelnen Orthopäden Rückmeldungen und bietet gezielte Unterstützung an.

Schliesslich stellt das Register nicht nur den Ärzten, sondern auch den Implantatherstellern Informationen über Leistungsindikatoren wie Revisionen oder Komplikationen zur Verfügung, damit sie sich im Vergleich zu anderen positionieren können (ANQ 2023c; Genoni 2019). Das Siris-Register ist ein inspirierendes Beispiel für ein gut geführtes öffentliches Qualitätsregister.

#### 4.3.2 Risikoadjustierung nötig

Ein Benchmarking ist nur sinnvoll, wenn es die Leistung eines konkreten Arztes oder eines Teams widerspiegelt. Nur wenn die betroffenen Personen sich in den Qualitätsdaten erkennen, werden sie ihr Handeln anpassen. Die von ANQ veröffentlichten Outcome-Indikatoren sind allgemein gehalten und auf Spitalebene aggregiert. Solche generischen Indikatoren für eine Institution sind zwar wichtig, jedoch ungeeignet, um die Leistung einer bestimmten Abteilung oder eines bestimmten Teams zu bewerten. Diese Problematik könnte gemildert werden, indem Qualitätsindikatoren nach Krankheiten erhoben würden (vgl. Kapitel 2).

Zudem ist es wichtig, dass sich die Messungen auf vergleichbare Patientenbestände beziehen, damit sie aussagekräftig sind. Es dürfen keine «Äpfel mit Birnen verglichen werden», sagt das Sprichwort. Deshalb müssen die Daten kalibriert werden, um den Unterschieden zwischen den Patientengruppen Rechnung zu tragen. Es ist zwingend, die Outcome-Messungen nach Risiken zu adjustieren, d. h. nach Patientenmerkmalen zu korrigieren, die das Ergebnis beeinflussen, etwa Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Vorerkrankungen oder Komorbiditäten.

Es ist wichtig, dass sich die Messungen auf vergleichbare Patientenbestände beziehen, damit sie aussagekräftig sind.

Die Risikoadjustierung vermeidet nicht nur eine falsche Interpretation der Daten. Ohne sie hätten spezialisierte Organisationen mit einem öffentlichen Benchmark einen Anreiz, komplexe Patienten abzuweisen (Risiko-selektion).

#### 4.3.3 Eine partnerschaftliche, glaubwürdige Organisation

Der Sender einer Botschaft ist oft genauso wichtig wie die Botschaft als solche. Der Erfolg eines öffentlichen Benchmarkings hängt deshalb von der herausgebenden Organisation ab sowie von derjenigen, die sie interpretiert.

Anders als bei Vergleichsdiensten wie Trip-Advisor sind nicht alle Qualitätsdaten leicht verständlich. Berichte über die Patientenerfahrung (Wartezeiten, Eingehen auf Patientenfragen) ähneln zwar Qualitätsbenchmarks in Dienstleistungsbranchen. Prom und Crom pro Krankheiten hingegen sind schwieriger zu interpretieren.

Die Fortschritte in der künstlichen Intelligenz versprechen jedoch ungeahnte Möglichkeiten für den Vergleich von Leistungserbringern. Sind die Qualitätsdaten erst einmal zugänglich, ist mit der Entwicklung von neuen Vergleichsdiensten zu rechnen. Anstatt diese Entwicklung passiv abzuwarten, sollten die Akteure des Gesundheitswesens den Prozess mit-

steuern. Dazu könnten sie eine gemeinsame Institution gründen, die die Outcome-Messungen vergleichbar und öffentlich macht, sei es pro Krankheitsbild oder für den ambulanten Bereich – angelehnt an die Strukturen und die Governance des ANQ.

Eine solche Institution könnte aus Vertretern der Tarifpartner und der Kantone bestehen, sofern letztere an der Finanzierung der Leistungen beteiligt sind.<sup>19</sup> Auch eine Vertretung der Patienten wäre wünschenswert. Finanziert werden sollte die Organisation durch gesonderte Beiträge, d. h. Zahlungen ausserhalb der SwissDRG- oder Tarmed-Tarife. Die zentrale Datensammlung und -analyse ist eine Aufgabe, die allen Partnern zugutekommt, und muss daher kollektiv durch die Organisationspartner getragen werden, und nicht über die Abrechnungen einzelner Leistungen in den Institutionen.

Eine solche unabhängige Organisation auf breiter Basis erhalte ihre Legitimität durch Leistungserbringer, Finanzierer und Patienten. Ihre Unabhängigkeit von der Bundesverwaltung würde ihr zudem Flexibilität und einen gewissen Schutz gegen Forderungen gewähren, die aufgrund der politischen Agenda gestellt werden.

#### 4.4\_ Subsidiäre Rolle für den Staat

Die Transparenzarbeit von Organisationen wie ANQ oder dem Siris-Register ist zwar erfreulich, sie bleibt aber punktuell und auf den stationären Sektor beschränkt. Die Gründe für das apathische Verhalten wurden bereits beschrieben: Die Anreize für eine einzelne Gesundheitsorganisation, sich um Qualitätstransparenz zu bemühen, sind gering. Die Risiken, ihre Stärken, aber auch ihre Schwächen offenzulegen, sind hingegen gross.

Um dieser Problematik zu begegnen, schlagen wir eine subsidiäre Verantwortung für den Staat vor, um die Einführung eines öffentlichen Benchmarks zu gewährleisten. Mit einem verbindlichen Auftrag des Staates sollte Druck auf die Akteure ausgeübt werden, substanzielle Fortschritte auf dem Weg zu einem System der öffentlichen Berichterstattung zu machen. Innerhalb eines verbindlichen Zeithorizonts von wenigen Jahren müssen die medizinischen Fachgesellschaften Indikatoren für patientenzentrierten, mit internationalen Standards kompatible Qualitätsmessungen (hauptsächlich Crom und Prom) entwickeln.

Eine weitere Zeitvorgabe legt fest, wann die qualitativen Daten erfasst und mittels eines öffentlichen Benchmarkings geteilt sein müssen. Die Initiative, der Handlungsspielraum, aber auch die Verantwortung für die Einhaltung der vom Staat festgelegten Fristen soll bei den Akteuren des Gesundheitssystems liegen. Werden die Fristen nicht eingehalten, wird der Staat subsidiär die Qualitätsdaten definieren und veröffentlichen. Das Ziel muss sein, spätestens innerhalb der nächsten 15 Jahre eine öffentliche Benchmarklösung zu erreichen.

Wir schlagen eine subsidiäre Verantwortung für den Staat vor, um die Einführung eines öffentlichen Benchmarks zu gewährleisten.

<sup>19</sup> Mit dem Projekt zur einheitlichen Finanzierung (Efas) könnten sich die Kantone in Zukunft an der Finanzierung aller Gesundheitsausgaben beteiligen, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich.

Angesichts der Informationsasymmetrien<sup>20</sup> und der positiven Externalitäten<sup>21</sup> im Gesundheitssektor ist staatlicher Druck legitim, um den qualitätsbasierten Wettbewerb um Patienten anzustossen. Bei der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes stand dieser Wettbewerb im Fokus. In den letzten zehn Jahren beschäftigten sich Politik und Verwaltung jedoch weniger mit Qualitätsstandards als mit Steuerungs- und Kontrollaufgaben, um die Kosten zu beeinflussen. Illustrativ für die bisherige Fehlentwicklung ist die aktuellste Gesundheitsstrategie 2020–2030 des Bundesrats (Bundesrat 2019): Im 32-seitigen Dokument wird das Wort «Wettbewerb» lediglich ein einziges Mal erwähnt. Trotz Systemeingriffen kannte die Kostenentwicklung nur eine Richtung: nach oben. Es ist an der Zeit, dass Politik und Verwaltung sich stärker für Rahmenbedingungen einsetzen, die es den einzelnen Leistungserbringern ermöglichen, ihren Wettbewerbsvorteil in Bezug auf Qualität und Mehrwert für den Patienten auszuspielen.

#### Massnahme 7

Veröffentlichung von minimalen, krankheitsspezifischen Qualitätsindikatoren im stationären wie ambulanten Bereich.

#### Massnahme 8

Festlegung eines Zeitplans für die stufenweise Einführung des Benchmarkings durch den Bund.

20 In vielen Fällen ist der Patient nicht in der Lage, die Qualität der Diagnose, der Indikation und der Behandlung zu beurteilen. Eine öffentliche Berichterstattung kann diese Asymmetrie teilweise ausgleichen.

21 Durch Massnahmen, die die Behandlung verbessern, Fehler und Komplikationen minimieren und die Heilung beschleunigen, können die Kosten zu Lasten der Krankenversicherungen gesenkt werden. Besser betreute Patienten belasten auch ihre Angehörigen weniger und können schneller an ihren Arbeitsplatz zurückkehren.

## **5\_ Fazit: Hin zu einem mehrwertbasierten Gesundheitswesen**

In dieser Publikation haben wir drei Schritte vorgestellt, mit denen ein wertorientiertes Gesundheitssystem aufgebaut werden kann. Erstens müssen Indikatoren für die Ergebnisqualität definiert und gemessen werden, um die Qualität der Leistungserbringung innerhalb einer Organisation zu analysieren. Zweitens braucht es finanzielle Mechanismen, die den Mehrwert einer besseren Versorgung für den Patienten adäquat vergüten. Ermöglicht werden soll eine Teilung der Qualitätsdividende unter allen Leistungserbringern, die in die Qualität investiert haben. Der dritte Schritt besteht darin, Transparenz über die Qualität und die Kosten der Versorgung herzustellen. Dies ermöglicht den Leistungserbringern, sich an den besten Praktiken zu orientieren, und den Patienten (oder ihren Zuweisern), eine fundierte Wahl der Leistungserbringer zu treffen.

### **5.1\_ Schlüsselfaktoren Digitalisierung und Datenverwaltung**

Auf dem Weg hin zu einem VBHC-System in der Schweiz sind zwei Voraussetzungen erforderlich: zum einen die Möglichkeit, Daten digital zu erfassen und zu teilen. Zum anderen, einen schonenden Umgang mit knappen Personalressourcen zu ermöglichen.

#### **5.1.1 Eine funktionierende digitale Infrastruktur nötig**

Ein VBHC-System beruht auf einer funktionierenden digitalen Infrastruktur, mit der die Erhebung, die Analyse und der Vergleich standardisierter Outcome-Daten innerhalb einer Institution unterstützt werden. Diese Infrastruktur ermöglicht die Interoperabilität mit anderen Leistungserbringern, damit Daten über Silos hinweg ausgetauscht werden.

In der Schweiz stösst die Erhebung medizinischer Daten auf breiten Widerstand. Laut einer Umfrage des Beratungsunternehmens Deloitte (2023) befürchten 45% der Befragten, ihre Daten könnten missbraucht oder gestohlen werden. Die deutliche Ablehnung des Gesetzes über die elektronische Identität mit 64% der Stimmen in der Volksabstimmung von März 2021 unterstreicht diese Skepsis gegenüber der Digitalisierung von Dienstleistungen. Vor diesem Hintergrund muss ein VBHC-System den Datenschutz und die Datenhoheit des Einzelnen garantieren.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass die Fachpersonen ihre Patienten im Rahmen der Erhebung von Prom und Prem eng begleiten und mit ihnen die Ergebnisse vor, während und nach einer Behandlung besprechen. Die Patienten sehen so unmittelbar den Nutzen der Qualitätsmessungen und wie diese zur Verbesserung ihrer Behandlung beitragen. Auf diese Weise wird im Umgang mit Daten Vertrauen geschaffen.

### 5.1.2 Eine schlanke Datenverwaltung als Ziel

Die patientenzentrierte Datenerhebung ist ein Mittel zur Optimierung des Gesundheitssystems. Sie soll den Verwaltungsaufwand von Ärzten und Pflegepersonal nicht erhöhen. Entsprechende Befürchtungen sind ernst zu nehmen. Allerdings bedeutet die Einführung des VBHC-Konzepts nicht zwangsläufig eine zusätzliche bürokratische Belastung.

Die Erfassung der Daten kann einerseits an externe Partner ausgelagert werden. Andererseits wird die Erfassungsarbeit von patientenzentrierten Indikatoren oft von den Patienten selbst übernommen. Diese füllen z. B. die Prom-Fragebögen vor der Konsultation zu Hause, im Wartezimmer oder online aus. Dadurch wird nicht nur der Verwaltungsaufwand minimiert, sondern auch Zeit der Fachpersonen eingespart. Bei einer normalen Konsultation gehen Fachpersonen Punkt für Punkt durch, um den Gesundheitszustand des Patienten zu erfassen. Mit einer vorherigen Eingabe durch den Patienten kann sich die Fachperson, zum Beispiel der Arzt oder der Physiotherapeut, auf die entscheidenden Aspekte konzentrieren.

Um den administrativen Aufwand auf das Nötigste zu reduzieren, müssen jedoch die Elemente identifiziert werden, die für das Fachpersonal und die Patienten aussagekräftig sind. Die Erhebung soll nur darauf fokussieren. Datenfriedhöfe sind zu vermeiden. Es geht nicht darum, immer mehr zu messen, sondern besser zu messen. Eine Auswahl international anerkannter Standardindikatoren reicht oft aus, um Qualitätsverbesserungsmassnahmen einzuleiten. Zudem vereinfacht die (Teil-)Verwendung international anerkannter Indikatoren langfristig den Vergleich mit anderen Institutionen bzw. Ländern.

Die Einführung von Prom und Prem ist Anlass dafür, gründlich über die Art und Weise nachzudenken, wie weitere Qualitätsdaten gesammelt und verwendet werden. Informationen sollten nicht mehrfach erhoben werden, insbesondere auch im Hinblick auf eine kohärente Erfassung. Idealerweise stützt man sich auf Daten, die mit anderen IT-Systemen erfasst wurden, etwa Laborergebnisse oder Leistungsabrechnungen. Auf bisherige, weniger sinnvolle Datenerfassungen ist zu verzichten.

Datenfriedhöfe sind zu vermeiden. Es geht nicht darum, immer mehr zu messen, sondern besser zu messen.

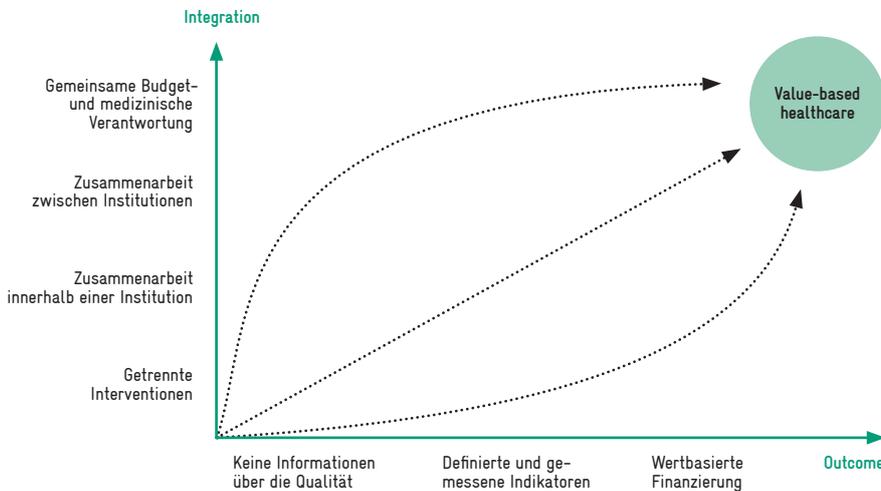
## 5.2\_ Zwei Vertiefungsachsen für mehr Mehrwert

Eine tiefgreifende Umgestaltung des Gesundheitssystems erfordert nicht nur eine Veränderung der Prozesse, sondern auch der Kultur. Ein solcher Wandel lässt sich nicht von heute auf morgen vollziehen, schon gar nicht im föderalen und dezentralisierten Kontext der Schweiz. Eine schnelle Revolution der Strukturen und der Mentalität ist weder wahrscheinlich noch nötig. Ein VBHC-Modell muss «bottom-up» von den Akteuren des Gesundheitswesens selbst getragen werden, was einen inkrementellen Ansatz erfordert. Dieser kann entlang zweier Achsen erfolgen: einer Integrations- und einer Outcome-Achse (vgl. Abbildung 7).

Abbildung 7

## Verschiedene Wege führen zu einem wertorientierten Gesundheitssystem

Ein wertorientiertes System lässt sich über zwei unterschiedliche Achsen erreichen. Die eine zielt auf die organisatorische Stärkung der integrierten Versorgung ab, die andere auf die Messung und Finanzierung von Outcome-Indikatoren.



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Klop und Rutte (2021)

### Integrationsachse

Auf dieser Achse voranzukommen, bedeutet in einem ersten Schritt, die Integration innerhalb einer Institution zu fördern (vgl. Kapitel 2). Es geht darum, die Abläufe und die Zusammenarbeit zwischen den Fachbereichen zu optimieren, d. h. die Kommunikation zu verbessern, Doppelspurigkeiten zu vermeiden und Fehler zu reduzieren.

Die Integration entlang des Patientenpfades kann in loser Form verstärkt werden («soft integration»), indem Leistungsvereinbarungen zwischen Spitälern und vor- und nachgelagerten Institutionen abgeschlossen werden. Diese regeln die Prozesse, den Datenaustausch und die Qualitätsstandards.

Die Integration kann schliesslich eine stärkere Form annehmen («hard integration»), indem alle Akteure, die eine gemeinsame medizinische und budgetäre Verantwortung tragen, formell in einer juristischen Struktur integriert werden. Netzwerke mit Budget-Verantwortung oder Gesundheitszentren mit ambulanten und stationären Leistungserbringern sind Beispiele dafür.

Ziel ist nicht eine vollständige Integration in einer einzigen grossen Institution wie beispielsweise im National Health Service (NHS) des Vereinigten Königreichs. Eher geht es um die Bildung unterschiedlicher Verbände von Leistungserbringern. Alle müssen auf ihre Art ihre Wettbewerbsvorteile ausspielen können, um die Gunst der Patienten und des Fachpersonals zu gewinnen.

## Outcome-Achse

Eine Konzentration auf die Outcome-Achse verlangt nach Definition, Messung und Auswertung von Daten über die Qualität der medizinischen Resultate, die für den Patienten wichtig sind. Die Institutionen identifizieren dabei die Krankheiten, auf die sie fokussieren wollen und bei denen sie bereit sind, qualitäts- statt volumenbezogene Finanzierungsmodelle zu entwickeln. Dies ist zurzeit der häufigste Ansatz in den bislang in der Schweiz gestarteten Pilotprojekten (vgl. Kapitel 3). Bei diesem Ansatz wird eher eine tiefe Integration für eine spezifische Krankheit gesucht.

Dehnt man die Outcome-Messung zunächst auf eine grosse Anzahl von Krankheitsbildern aus, bevor man sich mit einem potenziellen Finanzierungsmodell befasst, wird eine Integration eher in die Breite als in die Tiefe angestrebt. Das Universitätsspital Basel beispielsweise führte die Prom-Messung zunächst für über 10 Krankheitsbilder ein, bevor es ein Pilotprojekt zur Finanzierung mit der Versicherung Groupe Mutuel in Angriff nahm.

Fortschritte auf beiden Achsen können nacheinander oder gleichzeitig erzielt werden, gegebenenfalls verstärken sie sich sogar gegenseitig. Jede Organisation wählt je nach Präferenzen und dem regionalen Ökosystem den für sie zielführenden Weg.

## 5.3\_ Eine liberale Antwort auf die Herausforderungen des Gesundheitswesens

Das Schweizer Gesundheitssystem wird oft als ein komplexes, kaum reformierbares System dargestellt, in dem Fehlanreize unvermeidlich und die Interessen der Akteure zementiert sind. Ein patientenzentrierter Ansatz wie die Value-based healthcare fördert Mehrwert statt Volumen, Qualitäts- statt Kostenwettbewerb und bietet sich für einen Paradigmenwechsel an.

Aus liberaler Sicht ist ein Value-based-healthcare-System der ideale Weg, um das Gesundheitssystem auf die Bedürfnisse der Patienten auszurichten. Es bietet die Möglichkeit, ökonomische Fehlanreize im Gesundheitswesen zu reduzieren und die Bedürfnisse der Bevölkerung in den Vordergrund zu rücken. Der Fokus liegt auf dem Patientennutzen entlang des gesamten Behandlungspfads, anstatt auf den einzelnen erbrachten Leistungen. Damit kann eher sichergestellt werden, dass jeder Einzelne die bestmögliche medizinische Versorgung erhält, mit weniger unnötigen Behandlungen, deren Kosten auf die Versicherten oder die Steuerzahler abgewälzt werden. Ein Value-based-healthcare-System fördert Kooperationen unter dezentral organisierten Gesundheitsinstitutionen und -netzwerken. Damit gehen die Leistungserbringer flexibel und differenziert auf die Bedürfnisse ihrer Patienten ein und passen ihre Leistungen in Zusammenarbeit mit vor- und nachgelagerten Organisationen entsprechend an. Dies trägt dazu bei, dass jeder Patient individuell betreut wird.

Ein Value-based-healthcare-System bietet die Möglichkeit, ökonomische Fehlanreize im Gesundheitswesen zu reduzieren und die Bedürfnisse der Bevölkerung in den Vordergrund zu rücken.

Zuletzt trägt ein Value-based-healthcare-System dazu bei, die Qualität der Leistungen durch Wettbewerb zu fördern, statt mit staatlichen Eingriffen zu steuern. Dies führt zu einem höheren Qualitätsstandard und besseren Ergebnissen. Eine höhere Qualität geht meistens mit weniger Doppelspurigkeiten, Fehlern und Komplikationen einher. Dadurch sinken die Kosten und letztlich die Krankenkassenprämien.

Von diesem Paradigmenwechsel können alle profitieren. Die Hauptbetroffenen, die Patienten, erhalten eine Versorgung, die sich auf ihre Bedürfnisse konzentriert. Die Qualität wird auf medizinische Dimensionen getrimmt, die für die Patienten zählen.

Für das Fachpersonal bedeutet es, dass sie zum Kern ihres Engagements zurückfinden: eine medizinische Leistung zu erbringen, die den Patienten den grösstmöglichen Nutzen über den gesamten Behandlungspfad bringt. Für die Leistungserbringer als Arbeitgeber ermöglicht der VBHC-Ansatz, sich von der Konkurrenz abzuheben. Damit gewinnen sie die Gunst der Patienten (oder ihrer Zuweiser) und vom knapp werdenden Fachpersonal.

Für Krankenversicherer trägt das Engagement für einen höheren Wert der Versorgung dazu bei, die Qualität der Leistungen zu verbessern und so das Kostenwachstum zu dämpfen. Damit können sie attraktive Prämien anbieten, aber nicht nur: Mit qualitätsbasierten Versicherungsmodellen können sich die Versicherer von ihrem Image als reinem Rechnungsprüfer lösen und sich als Partner positionieren, die ihre Versicherten auf ihrem Gesundheitsweg begleiten.

Schliesslich profitiert die Gesellschaft von einem effizienten Gesundheitssystem, das die Ressourcen besser nutzt, um auf die wachsende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und das knapper werdende Fachpersonal zu reagieren.

Der Weg hin zu einem Value-based-healthcare-System ist lang. Die vorliegende Studie liefert Lösungsansätze und Strategien, um die grössten Hindernisse auf diesem Weg zu beseitigen. Aus liberaler Sicht ist ein inkrementeller, von unten nach oben gerichteter Ansatz zu bevorzugen, um in kleinen Schritten voranzukommen. Ein dirigistischer Top-down-Ansatz mit ehrgeizigen Zielen riskiert in der dezentral und föderalistisch organisierten Schweiz, im administrativen und politischen Mäandern zu versickern.

Es ist daher entscheidend, die gemeinsame Vision eines mehrwertbasierten Gesundheitssystems unter Leistungserbringern, medizinischen Fachgesellschaften, Patientenverbänden und Versicherern zu entwickeln. Damit werden Fehlanreize reduziert, die Interessen der Stakeholder auf das gemeinsame Ziel gerichtet und mit einer dezentralen Organisation die Flexibilität und die Resilienz des Schweizer Gesundheitswesens gefördert.

Für die Leistungserbringer als Arbeitgeber ermöglicht der VBHC-Ansatz, sich von der Konkurrenz abzuheben. Damit gewinnen sie die Gunst der Patienten und vom Fachpersonal.

# Stand der Qualitätsmessung in der Schweiz

## Stationär

### Somatische Akutpflege

#### Struktur und Prozess

Mit der Einführung der Neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 wurden die Leistungserbringer verpflichtet, Daten zu den Kosten und der Qualität ihrer medizinischen Leistungen zu erheben (vgl. Art. 49 KVG und Art. 59a KVG). Auf Grundlage der Daten der «Initiative Qualitätsmedizin» veröffentlicht das BAG seit 2012 jährlich die «Swiss Inpatient Quality Indicators» (CH-IQI)<sup>22</sup>, die Informationen über die Anzahl der Fälle und die Sterblichkeitsrate für verschiedene Krankheiten liefern.

Die Spitäler legen besonderen Wert auf die Qualität und die Einhaltung von Leitlinien in den Bereichen Chirurgie, Anästhesie und stationäre Altenpflege, obwohl nur wenige Daten verfügbar sind (Vincent und Staines 2019).

#### Outcome – Crom

Parallel dazu erstellt und veröffentlicht ANQ seit 2009 allgemeine Outcome-Daten zu Rehospitalisierungen und Reoperationen, Infektionen an der Operationsstelle, Stürzen und Dekubitus (ANQ 2023b). Im Jahr 2012 haben über 380 Spitäler und Kliniken das ANQ-Programm aufgenommen, nachdem der nationale ANQ-Qualitätsvertrag durch den Spitalverband H+, den Versicherungsverband Santésuisse und die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK) unterzeichnet war. Die Integration des Siris-Registers in ANQ fand 2012 statt. Es erfasst Knie- und Hüftprothesen. Seit 2021 enthält das Register auch Informationen über Wirbelsäulenoperationen. Es wird von den Fachgesellschaften (Swiss Orthopedics, Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie, Schweizerische Gesellschaft für Wirbelsäulen Chirurgie) verwaltet.

Der Verein ANQ erhebt auch Daten für die Rehabilitation und die Psychiatrie. Zu den allgemeinen Outcome-Messungen in psychiatrischen Kliniken gehören: die Bedeutung der Symptome und ihre Entwicklung während des Aufenthalts (sowohl aus Sicht des Fachpersonals als auch

---

22 Die 2008 gegründete Initiative Qualitätsmedizin schlägt Qualitätsindikatoren für den stationären Bereich vor. Die grossen Spitäler in Deutschland und der Schweiz sind dem Projekt auf freiwilliger Basis beigetreten (IQM 2023).

aus Sicht des Patienten) und die Häufigkeit freiheitseinschränkender Massnahmen (wie Isolation, Einschränkung der Bewegungsfreiheit oder Medikation gegen den Willen) (ANQ 2021).

### Outcome – Prom und Prem

In der Schweiz beschränkt sich die Perspektive des Patienten oft auf Umfragen zur Zufriedenheit während des Spitalaufenthalts. Diese haben oft mehr die Qualität der Hotellerie zum Gegenstand als die erhaltene Pflege. ANQ erhebt darüber hinaus eher erlebnisorientierte Messungen wie die Möglichkeit, Fragen zu stellen, oder die Dauer des Spitalaufenthalts (ANQ 2023d).

Obwohl nur wenige Ärzte angeben, Prom zu erheben (8 % gegenüber 57 % im Vereinigten Königreich und 24 % in den Niederlanden) (Pahud und Dorn 2023), werden Prom in der Schweiz allmählich eingeführt. Die Institutionen selbst geben den Anstoss: Das Universitätsspital Basel (USB) fungiert als Vorreiter. Seit 2017 hat es schrittweise 14 Ichom-Sets für Bereiche wie Orthopädie, Onkologie oder chronische Krankheiten eingeführt. Bisher sind fast 6000 Patienten in ihre Programme aufgenommen worden (Rüter 2021). Erwähnenswert ist auch die Partnerschaft des USB mit der Roche Pharma AG und der Roche Diagnostic AG über die Verwendung von Prom seit dem Jahr 2020. Diese sollen bei Patienten mit Lungenkrebs gesammelt und in den Behandlungspfad integriert werden. Die anonymisierten Daten werden an das Pharmaunternehmen weitergeleitet, um personalisierte Therapien zu entwickeln (Meier 2020).

Auch andere Spitäler und Kliniken beziehen Prom in ihre Qualitätsanalyse ein, wie z. B. das Hôpital de La Tour in Genf (Hôpital de La Tour 2021a), wo mehrere Abteilungen, insbesondere die Orthopädie, Prom in ihrer täglichen Praxis einsetzen.

Auch auf kantonaler Ebene entwickeln sich die Anforderungen an die Patientenorientierung. Seit 2019 verlangt der Kanton Zürich, dass Spitäler der Spitalliste Prom für Patienten sammeln, die ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk erhalten, und dies vor und ein Jahr nach dem Eingriff (Kanton Zürich 2019). Die Prom werden an das Siris-Register übermittelt, wo sie die klinischen Standardindikatoren ergänzen. Die Qualität der Ergebnisse wird von Swiss Orthopedics bewertet (Kanton Zürich 2019). Die Spitäler in den Kantonen Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Solothurn müssen ebenfalls Prom erheben und ihre Ergebnisse an die Kantone liefern (Kanton Basel 2021).

Schliesslich wurden auf Bundesebene Initiativen zur Förderung dieser Instrumente gestartet. Im Jahr 2021 forderte eine Interpellation eine Verpflichtung zur Verwendung von Prom (Wyss 2021). Der Bundesrat war der Ansicht, dass neue Indikatoren im Rahmen der Qualitätsvereinbarungen zwischen den Tarifpartnern ausgearbeitet werden könnten, und erkannte keinen zusätzlichen Handlungsbedarf. Die eidgenössische Qualitätskommission hat 2022 ein Projekt zur Entwicklung und Anwendung von

Prom lanciert (Bundesrat 2022b) und beteiligt sich am OECD-Projekt PaRIS, bei dem die Ergebnisse und Erfahrungen von Patienten mit chronischen Krankheiten gesammelt werden (OECD 2023). Schliesslich erwähnt das BAG in seiner Qualitätsstrategie auch die Notwendigkeit, die Verwendung von Prom auszubauen (BAG 2022).

## **Alters- und Pflegeheime**

### **Struktur und Prozess**

Das BFS veröffentlicht seit 1997 jedes Jahr die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (Somed), welche die Infrastruktur und das Personal der verschiedenen Pflegeheime des Landes beschreibt (BFS 2023b).

### **Outcome**

Im Rahmen eines Pilotprojekts unter der Leitung des Dachverbands der Anbieter von Dienstleistungen für ältere Menschen Curaviva in Zusammenarbeit mit dem BFS und dem BAG wurden sechs Indikatoren für die Ergebnisqualität zu vier Themen festgelegt: Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit, Mangelernährung, Polymedikation und Schmerzen, wobei letztere eine Selbstbeurteilung durch den Patienten vorsehen. Die Ergebnisse wurden erstmals im Jahr 2022 veröffentlicht. Aufgrund der schlechten Datenqualität sah sich das BAG gezwungen, die Daten auf kantonaler Ebene statt pro Institution zu aggregieren. Damit können (noch) keine Schlussfolgerungen über die Qualität in einem bestimmten Pflegeheim gezogen werden.

## **Ambulant**

### **Arztpraxen**

#### **Struktur und Prozesse**

Die Schweiz ist bei der Erhebung von Qualitätsindikatoren in Arztpraxen im internationalen Vergleich im Rückstand (OECD 2013; Bundesrat 2015). Die wenigen Initiativen zur Qualitätsmessung beschränken sich auf Zertifizierungssysteme, hauptsächlich für die Struktur und die Prozesse.

Beispielsweise stellt die Equam-Stiftung (2023) Qualitätsstandards für Arztpraxen sowie für häufig ambulant behandelte Krankheiten wie Diabetes, Bluthochdruck oder koronare Herzkrankheit zur Verfügung. Diese Standards betreffen insbesondere die Prozesse (regelmässige Kontrollen und nachvollziehbare Dokumentation), die Strukturen (Weiterbildung, Softwarefunktionen) und werden nach und nach durch klinische Ergebnisse (Erreichungsgrad der klinischen Zielwerte für Diabetes- und Hypertoniepatienten) ergänzt. Im Rahmen der Equam-Zertifizierungen werden die Prem systematisch mithilfe eines international validierten

Erhebungsinstruments (Europep) erhoben. In naher Zukunft sollen auch Prom für Grundversorger angeboten werden.

Am weitesten fortgeschritten ist die Erhebung von Qualitätsindikatoren innerhalb von Ärztenetzen. Diese sammeln Qualitätsdaten über die Einhaltung von Leitlinien oder die Polymedikation. Ärztenetze wie Medix, Delta oder Sanacare nutzen diese Daten zum Beispiel in Qualitätszirkeln, in denen Ärzte ihre Praktiken und Erfahrungen austauschen. Auch Versicherer entwickeln Qualitätsindikatoren. Helsana zum Beispiel hat ein Set von 24 Indikatoren erarbeitet, das Polymedikation, geriatrische Versorgung, Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Diabetes abdeckt (Blozik et al. 2018). Diese Daten werden für die Aushandlung von Verträgen mit den Leistungserbringern verwendet.

Die Qualitätskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGIMG) hat 2021 sechs Indikatoren für die Prozessqualität veröffentlicht, die in der ambulanten Medizin zu berücksichtigen sind: Anteil der Patienten, für die der Hausarzt im Falle eines Spitalaufenthalts oder einer Konsultation bei einem Spezialisten einen Überweisungsbericht sendet, Anteil der Patienten, die über eine Patientenverfügung verfügen, Anteil der Patienten ab 65 Jahren, die mindestens fünf Langzeitmedikamente einnehmen, und Anteil der Patienten ab 65 Jahren, die nach Häufigkeit und Art der in den letzten 12 Monaten aufgetretenen Stürze befragt wurden (Wertli et al. 2021).

## Outcome

Während die Verwendung von Prom im stationären Bereich üblicher ist, entwickeln sich Pilotprojekte im ambulanten Bereich in geringerem Mass. In Zusammenarbeit mit der ZHAW hat die Equam-Stiftung an einem Prom-Projekt in der Hausarztmedizin teilgenommen (Stahl et al. 2021).

ANQ startete im Januar 2022 ein Pilotprojekt zur Messung der Versorgungsqualität im ambulanten Akutbereich für Eingriffe bei einseitiger Leistenhernie und Kniearthroskopien bei Meniskusverletzungen. Das Projekt sieht auch die Erhebung von Prom und Prem vor. Die Ergebnisse werden 2023 erwartet (ANQ 2023e).

## Spitex

Auf kantonaler oder eidgenössischer Ebene werden nur wenige Indikatoren für die häusliche Pflege erhoben (Vincent und Staines 2019). Es gibt jedoch Qualitätsindikatoren, die von einem internationalen Forschungskonsortium (InterRAI<sup>23</sup>) entwickelt wurden, um die Qualität der häuslichen Pflege zu bewerten (Resident Assessment Instrument Home-Care, RAI-HC).

---

23 InterRAI (International Resident Assessment Instrument) ist ein 1993 gegründetes Konsortium aus Fachleuten des Gesundheitswesens, das Messinstrumente und Pflegeprotokolle entwickelt. Ihre Arbeit konzentriert sich auf gefährdete Bevölkerungsgruppen, die von häuslicher Pflege profitieren könnten, wie ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen oder Menschen mit psychischen Problemen (InterRAI 2023).

Seit 2010 wird in der Schweiz eine angepasste und kürzere Version (aktualisiert 2020) von einigen Pflegeorganisationen verwendet (Spitex Schweiz 2023). Diese Indikatoren messen Ergebnisse wie Dehydrierung, Mangelernährung, Geschwüre oder auch Schmerzmanagement. Bisher werden diese Qualitätsindikatoren nicht systematisch konsolidiert und dienen in erster Linie den Institutionen, die sie intern verwenden. Eine kürzlich durchgeführte Studie hat zudem auf die Obsoleszenz mehrerer dieser Messungen hingewiesen (Wagner et al. 2020).

Die Eidgenössische Kommission für Qualität entwickelt derzeit Indikatoren, und einige Kantone (z. B. der Kanton Aargau) bieten eigene Qualitätsindikatoren an, die sich jedoch hauptsächlich auf Strukturen und den Prozess beschränken (Kanton Aargau 2021).

## Literatur

- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (2021): **Importance des symptômes et mesures limitatives de liberté – Psychiatrie stationnaire pour adultes**. Bern: w hoch 2 GmbH.
- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (2023a): **Messergebnisse Akutsomatik**. ANQ. <https://anq.cubetech.site/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/>. Zugriff: 14.04.2023.
- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (2023b): **Messinformation Akutsomatik**. ANQ. <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messinformation-akutsomatik/>. Zugriff: 13.04.2023.
- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (2023c): **Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie**. ANQ. <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messinformation-akutsomatik/implantat-register-siris/>. Zugriff: 14.04.2023.
- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (2023d): **Satisfaction des patients (interdisciplinaire)**. ANQ. <https://www.anq.ch/fr/domaines/satisfaction-des-patients-interdisciplinaire/>. Zugriff: 14.04.2023.
- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (2023e): **Soins aigus hospitaliers ambulatoires**. ANQ, 2023. <https://anq.cubetech.site/fr/domaines/soins-aigus/informations-sur-les-mesures-en-soins-aigus/soins-aigus-hospitaliers-ambulatoires/>. Zugriff: 14.04.2023.
- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; FMH, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte; H+, Die Spitäler der Schweiz; SAMW, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften; und unimeduisse, Universitäre Medizin Schweiz (2019): **Empfehlungen zum Aufbau und Betrieb von gesundheitsbezogenen Registern**. [https://www.fmh.ch/files/pdf7/register\\_empfehlungen.pdf](https://www.fmh.ch/files/pdf7/register_empfehlungen.pdf).
- Arditi, Chantal (2019): **Les mesures rapportées par les patient·e·s: concepts et utilisations**. Gehalten auf der Colloque du DESS. [https://www.unisante.ch/sites/default/files/upload/pdf2019-11/Colloque\\_DESS\\_PROMs\\_%26\\_PREMs\\_20191105.pdf](https://www.unisante.ch/sites/default/files/upload/pdf2019-11/Colloque_DESS_PROMs_%26_PREMs_20191105.pdf).
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2022a, Dezember 5): **KVG-Änderung: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2**. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/kvg-aenderung-massnahmen-zur-kostendaempfung-paket-2.html>. Zugriff: 06.04.2023.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2022b): **Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung (Qualitätsstrategie)**. Bern. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/qualitaetsstrategie-krankenversicherung.html>. Zugriff: 11.04.2023.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2022c): **Koordinierte Versorgung**. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html>. Zugriff: 12.04.2023.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2023a, Januar 19): **KVG-Änderung: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1**. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/kvg-revision-massnahmen-zur-kostendaempfung-paket-1.html>. Zugriff: 06.04.2023.

- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2023b, Januar 24): Nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2022. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Nicht-aerztliche-Leistungen/neuregelung-der-psychologischen-psychotherapie-ab-1-juli-2022.html>. Zugriff: 06.04.2023.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2023c, April 4): Umsetzung Art. 117b BV (Pflegeinitiative). <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/berufe-im-gesundheitswesen/gesundheitsberufe-der-tertiaerstufe/vi-pflegeinitiative.html>. Zugriff: 06.04.2023.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2023d): Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung (Qualitätsstrategie). <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/qualitaetsstrategie-krankenversicherung.html>. Zugriff: 17.04.2023.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2023e): Verteilung der Versicherten per 31.12. nach Versicherungsform 1 ab 1996. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html>. Zugriff: 13.04.2023.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2023f): Krankenversicherung; Risikoausgleich. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/risikoausgleich.html>. Zugriff: 17.04.2023.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2022): Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungen und Finanzierungsregimes – 1995–2020 | Tabelle. Bundesamt für Statistik. <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/22324828>. Zugriff: 12.04.2023.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2023a): Kosten, Finanzierung. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitskosten-finanzierung.html>. Zugriff: 11.04.2023.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2023b): Statistik der sozialmedizinischen Institutionen. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitserhebungen/somed.html>. Zugriff: 14.04.2023.
- Blozik, Eva; Reich, Oliver; Rapold, Roland; und Scherer, Martin (2018): Evidence-based indicators for the measurement of quality of primary care using health insurance claims data in Switzerland: results of a pragmatic consensus process. In: BMC Health Services Research, 18(1). doi:10.1186/s12913-018-3477-z
- Bonvin, Eric (2023): L'hôpital aux urgences? Infrarouge, rts.ch. <https://www.rts.ch/emissions/infrarouge/13780837-lhopital-aux-urgences.html>. Zugriff: 06.04.2023.
- Brunner, Beatrice; Wieser, Simon; Maurer, Matthias; Stucki, Michael; Nemitz, Janina; Schmidt, Marion; et al. (2019): Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen. Zürich: ZHAW und Intras im Auftrag vom BAG.
- Bundesrat (2015): Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit). <https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2016/65/de>.
- Bundesrat (2017, Juni 16): Médecine complémentaire : nouvelles règles de remboursement. <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiqués/msg-id-67050.html>. Zugriff: 06.04.2023.
- Bundesrat (2019): Gesundheitspolitische Strategie des Bundesrats 2020–2030. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG). <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheitspolitische-strategie-2030.html>. Zugriff: 14.04.2023.
- Bundesrat (2022a): Ziele des Bundesrates zur Qualitätsentwicklung 2022-2024. Bern: BAG. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/qualitaetsstrategie-krankenversicherung.html>.
- Bundesrat (2022b): Jahresziele 2023, Eidgenössische Qualitätskommission (EQK). Bern. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/organisation/ausserparlamentarische-kommissionen/eidgenoessische-qualitaetskommission-eqk.html>. Zugriff: 11.04.2023.

- Bundesrat (2022c): Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2). <https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2022/2427/de>. Zugriff: 13.04.2023.
- Busse, Reinhard; Klazinga, Niek; Panteli, Dimitra; und Quentin, Wilm (2019): Improving healthcare quality in Europe: characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327356>. Zugriff: 13.04.2023.
- Bütikofer, Anne-Geneviève; Gilli, Yvonne; Götschi, Anne Sybil; Kraft, Esther; Luchsinger, Philippe; Mesnil, Marcel; et al. (2023): Koordination stärken statt Koordination überregulieren. In: Schweizerische Ärztezeitung, 104(1415), S. 26–30. EMH Media. doi:10.4414/saez.2023.21690
- BVGer, Bundesverwaltungsgericht (2014): Urteil vom 11. September 2014. C2283/2013.
- Calmus, Sophie; Thuong, Cong-Tri; Morin, Sandrine; und May-Michelangeli, Laetitia (2021): Qualité des soins perçue par le patient – Indicateurs PROMs et PREMs. Paris: Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-07/rapport\\_panorama\\_proms\\_prem\\_2021.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-07/rapport_panorama_proms_prem_2021.pdf).
- Campanella, Paolo; Vukovic, Vladimir; Parente, Paolo; Sulejmani, Adela; Ricciardi, Walter; und Specchia, Maria Lucia (2016): The impact of Public Reporting on clinical outcomes: a systematic review and meta-analysis. In: BMC Health Services Research, 16(1), S. 296. doi:10.1186/s12913-016-1543-y
- Chen, Jack; Ou, Lixin; und Hollis, Stephanie J. (2013): A systematic review of the impact of routine collection of patient reported outcome measures on patients, providers and health organisations in an oncologic setting. In: BMC health services research, 13, S. 211. doi:10.1186/1472-6963-13-211
- Chmiel, Corinne; Reich, Oliver; Signorell, Andri; Neuner-Jehle, Stefan; Rosemann, Thomas; und Senn, Oliver (2018): Effects of managed care on the proportion of inappropriate elective diagnostic coronary angiographies in non-emergency patients in Switzerland: a retrospective cross-sectional analysis. In: BMJ Open, 8(11), S. e020388. doi:10.1136/bmjopen-2017-020388
- Compassana (2023): Compassana – über uns. Compassana. <https://www.compassana.ch/de/ueber-compassana>. Zugriff: 13.04.2023.
- Cosandey, Jérôme; Roten, Noémie; und Rutz, Samuel (2018): Gesunde Spitalpolitik. Zürich: Avenir Suisse. <https://avenir-suisse.ch/publication/gesunde-spitalpolitik/>. Zugriff: 13.04.2023.
- Credit Suisse (2022): Credit Suisse Sorgenbarometer 2022. Umfrage November 2022.
- Curafutura (2022, Juni 14): Psychologische Psychotherapie: Die Verbände der Psychologinnen und Psychologen, H+ Die Schweizer Spitäler, curafutura und die Einkaufsgemeinschaft HSK einigen sich auf einen Tarif für die von der Grundversicherung übernommene psychologische Psychotherapie. <https://curafutura.ch/psychologische-psychotherapie-die-verbaende-der-psychologinnen-und-psycho-logen-h-die-schweizer-spitaeler-curafutura-und-die-einkaufsgemeinschaft-hsk-einigen-sich-auf-einen-tarif-fuer-die-von-der/>. Zugriff: 06.04.2023.
- Curia Vista, Das Schweizer Parlament (2023): Curia Vista. <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista>. Zugriff: 11.04.2023.
- Das Schweizer Parlament (2022): Einheitliche Finanzierung der Gesundheitsleistungen soll auch die Pflege umfassen. <https://www.parlament.ch/press-releases/Pages/mm-sgk-s-2022-11-04.aspx>. Zugriff: 13.04.2023.
- Deloitte (2023): Digitalisierung von Gesundheitsdaten. Umfrage 2023. <https://www2.deloitte.com/ch/de/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/digitalising-health-data-great-opportunities-amid-widespread-scepticism.html>. Zugriff: 14.04.2023.

- Djalali, Sima; und Rosemann, Thomas (2015): Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke. Hintergründe und Schlüsselemente (Obsan Dossier 45). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/2015-neue-versorgungsmodelle-fur-chronisch-krankte>. Zugriff: 12.04.2023.
- Donabedian, Avedis (1988): The Quality of Care: How can it be assessed? In: Journal of the American Medical Association, 20(10), S. 1743–8.
- EIT Health (2020): Implementing Value Based Healthcare in Europe: Handbook for Pioneers. <https://eit.europa.eu/library/implementing-value-based-healthcare-europe-handbook-pioneers>. Zugriff: 11.04.2023.
- Equam Stiftung, EQUAM (2023): EQUAM Stiftung – Vision und Mission. EQUAM Stiftung. <https://www.equam.ch/vision-und-mission/>. Zugriff: 11.04.2023.
- Estevez, Sonia und Cosandey, Jérôme (2023): Wann sind neue Medikamente zu teuer? Avenir Suisse. <https://avenir-suisse.ch/publication/wann-sind-neue-medikamente-zu-teuer/>. Zugriff: 05.04.2023.
- Etkind, Simon Noah; Daveson, Barbara A.; Kwok, Wingfai; Witt, Jana; Bausewein, Claudia; Higginson, Irene J.; et al. (2015): Capture, transfer, and feedback of patient-centered outcomes data in palliative care populations: does it make a difference? A systematic review. In: Journal of Pain and Symptom Management, 49(3), S. 611–624. doi:10.1016/j.jpainsymman.2014.07.010
- EuroQol Research Foundation (2023): EQ-5D instruments – EQ-5D. <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/>. Zugriff: 11.04.2023.
- Expertengruppe (2017): Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Bern.
- fmc, Schweizer Forum für Integrierte Versorgung (2023): Alternative Versicherungsmodellmodelle (AVM) mit einer vertraglichen Regelung zwischen Krankenkassensicherern und ärztlichen Leistungserbringern sind das häufigste Versicherungsprodukt – Beeindruckendes kontinuierliches Wachstum.
- FMH, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (2023): Forum medizinische Register Schweiz. FMH. <https://www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register/medizinische-register.cfm>. Zugriff: 14.04.2023.
- GDK, Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2022): Übersicht GDK «Ambulant vor stationär». Bern: Generalsekretariat GDK. <https://www.gdk-cds.ch/fr/soins-de-sante/hopitaux/planification/lambulatoire-avant-le-stationnaire>. Zugriff: 11.04.2023.
- Genoni, Michele (2019): From a surgical point of view. Department of Cardiovascular Surgery, University Hospital Zürich.
- gfs.bern (2022): Gesundheitsmonitor 2022. Umfrage Juni 2022. <https://www.interpharma.ch/blog/medienmitteilung-gesundheitsmonitor-2022-die-pandemie-bestaetigt-die-notwendigkeit-eines-schnellen-zugangs-zu-neuen-medikamenten/>. Zugriff: 13.04.2023.
- Greenhalgh, Joanne; Gooding, Kate; Gibbons, Elizabeth; Dalkin, Sonia; Wright, Judy; Valderas, Jose; et al. (2018): How do patient reported outcome measures (PROMs) support clinician-patient communication and patient care? A realist synthesis. In: Journal of Patient-Reported Outcomes, 2, S. 42. doi:10.1186/s41687-018-0061-6
- Häberli-Koller, Brigitte (2019): Motion 19.3957 – Kostendeckende Finanzierung der Kinderspitäler bei effizient erbrachten Leistungen. <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20193957>. Zugriff: 06.04.2023.
- Haller, Elisa; Watzke, Birgit; Blozik, Eva; Rosemann, Thomas; Reich, Oliver; Huber, Carola A.; et al. (2019): Antidepressant prescription practice and related factors in Switzerland: a cross-sectional analysis of health claims data. In: BMC Psychiatry, 19(1), S. 196. doi:10.1186/s12888-019-2178-4

- Häusler, Elvira; Strehle, Oliver; und Koch, Ursula (2022): Value-based Healthcare – von der Theorie in die Praxis – Ein Leitfaden für die Umsetzung. fmc – Schweizer Forum für Integrierte Versorgung. <https://www.fmc.ch/de/fmc-publikation/Impulse/value-based-healthcare-leitfaden>. Zugriff: 11.04.2023.
- Helsana (2023): EFAS; Das Pingpong-Spiel hat begonnen. Standpunkt: Magazin zur Gesundheitspolitik von Helsana (1/2023).
- Hess, Lorenz (2022): Interpellation 22.4334 – Qualitätsverbesserung als positiver Effekt auf die Kosten im Gesundheitswesen. <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20224334>. Zugriff: 06.04.2023.
- Hirschman, Albert O. (1972): Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hôpital de La Tour (2020): L'Hôpital de La Tour conclut un partenariat innovant pour l'achat de matériel médical, conditionné aux résultats médicaux. Hôpital de La Tour. <https://www.la-tour.ch/fr/actualites/lhopital-de-la-tour-conclut-un-partenariat-innovant-pour-lachat-de-materiel-medical>. Zugriff: 13.04.2023.
- Hôpital de La Tour (2021a): Rapport sur la qualité 2020. Meyrin.
- Hôpital de La Tour (2021b): Le Groupe Mutuel, l'Hôpital universitaire de Bâle et l'Hôpital de La Tour développent une tarification fondée sur la qualité et la plus-value des soins. Hôpital de La Tour. <https://www.la-tour.ch/fr/actualites/le-groupe-mutuel-lhopital-universitaire-de-bale-et-lhopital-de-la-tour-developpent-une>. Zugriff: 13.04.2023.
- Howell, D.; Molloy, S.; Wilkinson, K.; Green, E.; Orchard, K.; Wang, K.; et al. (2015): Patient-reported outcomes in routine cancer clinical practice: a scoping review of use, impact on health outcomes, and implementation factors. In: *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology*, 26(9), S. 1846–1858. doi:10.1093/annonc/mdv181
- Huber, Carola A.; Meyer, Matthias R.; Steffel, Jan; Blozik, Eva; Reich, Oliver; und Rosemann, Thomas (2019): Post-myocardial Infarction (MI) Care: Medication Adherence for Secondary Prevention After MI in a Large Real-world Population. In: *Clinical Therapeutics*, 41(1), S. 107–117. doi:10.1016/j.clinthera.2018.11.012
- Huber, Carola A.; Reich, Oliver; Früh, Mathias; und Rosemann, Thomas (2016): Effects of Integrated Care on Disease-Related Hospitalisation and Healthcare Costs in Patients with Diabetes, Cardiovascular Diseases and Respiratory Illnesses: A Propensity-Matched Cohort Study in Switzerland. In: *International Journal of Integrated Care*, 16(1), S. 11. doi:10.5334/ijic.2455
- Huber, Felix; Muheim, Leander; und Götschi, Anne Sybil (2020): Gute Medizin zu einem fairen Preis: Managed Care – eine typisch schweizerische Erfolgsgeschichte. In: Baumberger, Eleonore und Jürg; Giroud, Charles und Zeltner, Thomas (Hrsg.): Herausforderung Gesundheitspolitik Schweiz. Bern: Schriftenreihe der SGGP.
- Humbel, Ruth (2009): Parlamentarische Initiative 09.528 – Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus. <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20090528>. Zugriff: 13.04.2023.
- ICHOM, l'International Consortium for Health Outcomes Measurement (2023): PATIENT-CENTERED OUTCOME MEASURES. ICHOM. <https://www.ichom.org/healthcare-standardization/>. Zugriff: 11.04.2023.
- InterRAIL, International Resident Assessment Instrument (2023): interRAI | Improving Health Care Across The Globe. interRAI. <https://interrai.org/>. Zugriff: 14.04.2023.
- IQM, Initiative Qualitätsmedizin (2023): Über IQM. <https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/ueber-uns>. Zugriff: 14.04.2023.

- James, Brent C., MD; und Poulsen, Gregory P. (2016, Juli 1): The Case for Capitation. *Harvard Business Review*. <https://hbr.org/2016/07/the-case-for-capitation>. Zugriff: 13.04.2023.
- Jungi, Marc (2022): Transparenz zu Qualität und Leistungskosten in der Managed Care Organisation Sanacare. Gehalten auf der HSK Forum 2022. [https://ecc-bsk.info/application/files/6416/6327/6480/DE\\_Referat\\_Marc\\_Jungi\\_Sanacare\\_FINAL.pdf](https://ecc-bsk.info/application/files/6416/6327/6480/DE_Referat_Marc_Jungi_Sanacare_FINAL.pdf).
- Kanton Aargau (2021): Aargauer-Q-Care Indikatoren. <https://www.ag.ch/de/verwaltung/dgs/gesundheit/gesundheitsversorgung/qualitaet/spitex>. Zugriff: 14.04.2023.
- Kanton Basel (2021): Nordwestschweiz. Gesundheitsversorgung. <https://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/spitaeler/qualitaetsicherung/nordwestschweiz.html>. Zugriff: 11.04.2023.
- Kanton Bern (2022): Paradigmenwechsel im Schweizer Gesundheitssystem: Erste integrierte Versorgungsorganisation der Schweiz für den Jurabogen. Kanton Bern. <https://www.gsi.be.ch/de/start.html>. Zugriff: 13.04.2023.
- Kanton Zürich (2019): Projektinformation der GD Zürich : Obligatorische Messung der Indikationsund Ergebnisqualität bei Patienten mit primären Hüft- und Knieprothesenoperationen in den Listenspitälern des Kantons Zürich.
- Kauer, Lukas (2017): Long-term Effects of Managed Care. In: *Health Economics*, 26(10), S. 1210–1223. doi:10.1002/hec.3392
- Klop, Gérard; und Rutte, Arno (2021): Value-Based Healthcare: The answer to our future healthcare challenges? – The sense and non-sense of VBHC today with recommendations for tomorrow. Baarn, NL: Vintura. <https://www.vintura.com/news/value-based-healthcare-our-healthcare-challenges-today-and-tomorrow/>.
- Kluzek, Stefan; Dean, Benjamin; und Wartolowska, Karolina A. (2022): Patient-reported outcome measures (PROMs) as proof of treatment efficacy. In: *BMJ Evidence-Based Medicine*, 27(3), S. 153–155. Royal Society of Medicine. doi:10.1136/bmjebm-2020-111573
- Kotronoulas, Grigorios; Kearney, Nora; Maguire, Roma; Harrow, Alison; Di Domenico, David; Croy, Suzanne; et al. (2014): What is the value of the routine use of patient-reported outcome measures toward improvement of patient outcomes, processes of care, and health service outcomes in cancer care? A systematic review of controlled trials. In: *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 32(14), S. 1480–1501. doi:10.1200/JCO.2013.53.5948
- KSW, Kantonsspital Winterthur (2021): Patientennutzen statt Leistungsmenge – ein innovativer Lösungsansatz. <https://www.ksw.ch/app/uploads/2021/10/medienmitteilung-de-patient-empowerment-initiative-ksw.pdf>
- Lam, Emily; Yee, Caitlin; Wong, Gina; Popovic, Marko; Drost, Leah; Pon, Kucy; et al. (2020): A systematic review and meta-analysis of clinician-reported versus patient-reported outcomes of radiation dermatitis. In: *Breast (Edinburgh, Scotland)*, 50, S. 125–134. doi:10.1016/j.breast.2019.09.009
- Larsson, Stefan; Clawson, Jennifer; und Kellar Josh (2022): *The Patient Priority: Solve Health Care's Value Crisis by Measuring and Delivering Outcomes That Matter To Patients*. New York: McGraw Hill.
- Larsson, Stefan; Lawyer, Peter; Garellick, Göran; Lindahl, Bertil; und Lundström, Mats (2012): Use Of 13 Disease Registries In 5 Countries Demonstrates The Potential To Use Outcome Data To Improve Health Care's Value. In: *Health Affairs*, 31(1), S. 220–227. *Health Affairs*. doi:10.1377/hlthaff.2011.0762
- LaVela, Sherri; und Gallan, Andrew (2014): Evaluation and measurement of patient experience. In: *Patient Experience Journal*, 1(1), S. 28–36. doi:10.35680/2372-0247.1003

- Lordon, Ross J.; Mikles, Sean P.; Kneale, Laura; Evans, Heather L.; Munson, Sean A.; Backonja, Uba; et al. (2020): How patient-generated health data and patient-reported outcomes affect patient-clinician relationships: A systematic review. In: *Health Informatics Journal*, 26(4), S. 2689–2706. doi:10.1177/1460458220928184
- Luzerner Kantonsspital (2021): Gelebte Innovation zu Gunsten von Patientinnen und Patienten. Luzerner Kantonsspital. <https://www.luks.ch/newsroom/gelebte-innovation-zu-gunsten-von-patientinnen-und-patienten>. Zugriff: 13.04.2023.
- Maillard, Pierre-Yves (2022, Februar 9): SGB-Präsident fordert Konsequenzen aus der Corona-Krise. *Blick*. <https://www.blick.ch/politik/coronavirus-sgb-praesident-fordert-konsequenzen-aus-der-corona-krise-id17219217.html>. Zugriff: 06.04.2023.
- Marty, Fridolin (2022, Oktober 20): Aktuelle politische Reformvorhaben: Wie kann Wettbewerb um kosten-effektive Ergebnisse gelingen? Gehalten auf der 11. Tagung der Plattform Qualitätsmedizin Schweiz.
- mediX (2023): mediX schweiz / mediX schweiz. <https://www.medix.ch/ueber-uns/medix-schweiz/>. Zugriff: 13.04.2023.
- Meier, Christoph (2020, September 16): Patientennutzen: Unispital und Roche kooperieren. *Medinside*. <https://www.medinside.ch/post/unispital-und-roche-arbeiten-im-bereich-patientennutzen-zusammen>. Zugriff: 11.04.2023.
- Minvielle, Etienne; Fourcade, Aude; und Ferrua, Marie (2019): Des enquêtes de satisfaction aux patient-reported outcomes : histoire des indicateurs de qualité du point de vue du patient et perspectives. In: *Risques & Qualité*, 16(4), S. 225–32.
- Newsweek (2022, September 14): World's Best Specialized Hospitals 2023. *Newsweek*. <https://www.newsweek.com/rankings/worlds-best-specialized-hospitals-2023>. Zugriff: 13.04.2023.
- Obsan, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2023): Schweizer Atlas der Gesundheitsversorgung – Arthroskopische Menishektomie. <https://www.versorgungsatlas.ch>. Zugriff: 11.04.2023.
- OECD (2011): OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-switzerland-2011\\_9789264120914-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-switzerland-2011_9789264120914-en). Zugriff: 11.04.2023.
- OECD (2023): Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) – OECD. <https://www.oecd.org/health/paris/>. Zugriff: 11.04.2023.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development (2019): Health Systems Characteristics Survey. 2016 wave. <https://qdd.oecd.org/subject.aspx?Subject=hsc>. Zugriff: 13.04.2023.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development (2021): Health at Glance. In: *OECD Health Working Papers* (Band 61). Paris. doi:10.1787/5k49h4p5g9mw-en
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development (2023a): Health expenditure and financing. <https://stats.oecd.org/index.aspx?lang=en#>. Zugriff: 11.04.2023.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development (2023b): Life expectancy. Paris. <https://stats.oecd.org/index.aspx?lang=en#>. Zugriff: 11.04.2023.
- Oncosuisse (2022): Handlungsbedarfs und Handlungsempfehlungen in der Schweizer Krebsversorgung: Daten und Register. Bern. [https://www.oncosuisse.ch/wp-content/uploads/2022/11/oncosuisse-bericht\\_daten\\_und\\_register-2022.pdf](https://www.oncosuisse.ch/wp-content/uploads/2022/11/oncosuisse-bericht_daten_und_register-2022.pdf).
- Pahud, Olivier; und Dorn, Michael (2023): Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2022 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). In: *Obsan Bericht*; 01/2023. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

- Parzer-Epp, Verena; Cosandey, Jérôme; und Dümmler, Patrick (2019): Klienten statt Patienten. *Avenir Suisse*, 2019. <https://avenir-suisse.ch/klienten-statt-patienten/>. Zugriff: 13.04.2023.
- Peden, Carol J.; Stephens, Tim; Martin, Graham; Kahan, Brennan C.; Thomson, Ann; Rivett, Kate; et al. (2019): Effectiveness of a national quality improvement programme to improve survival after emergency abdominal surgery (EPOCH): a stepped-wedge cluster-randomised trial. In: *Lancet* (London, England), 393(10187), S. 2213–2221. doi:10.1016/S0140-6736(18)32521-2
- Piller Carrard, Valérie (2019): Interpellation 19.4292 – Wann wird die In-vitro-Fertilisation von der Krankenversicherung übernommen? <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20194292>. Zugriff: 06.04.2023.
- Porchet, Léonore (2020): Postulat 20.4493 – Kampf gegen die Periodenarmut. Kostenloser Zugang zu Produkten der Monatshygiene. <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20204493>. Zugriff: 06.04.2023.
- Porter, Michael E.; und Teisberg, O. Elizabeth (2006): *Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results*. Boston: Harvard Business School Press.
- Prelicz-Huber, Katharina (2022): Parlamentarische Initiative 22.487 – Zahnbehandlungen erschwinglich machen. <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20220487>. Zugriff: 06.04.2023.
- PwC (2022): Zielbild für ein nutzenorientiertes Gesundheitswesen in der Schweiz. <https://www.pwc.ch/de/insights/gesundheitswesen/vbhc.html>. Zugriff: 11.04.2023.
- Reich, Oliver; Rapold, Roland; und Blozik, Eva (2017): Der Patient im Managed-Care-Modell oder der Arzt als Teil eines Ärztenetzes: Was führt zum Effizienzgewinn? In: *Praxis*, 106(7), S. 351–358. Hogrefe AG. doi:10.1024/1661-8157/a002640
- Rüter, Florian (2021, November 10): Patienten können das kranke Gesundheitssystem heilen – man muss sie nur fragen. Gehalten auf der Novartis-Gesundheitsforum, Bern. [https://platform.evento.com/upload/ckfinder/2762a4b732e0dadef04de2038970f67b/files/211110\\_Novartis\\_GF\\_Rueter.pdf](https://platform.evento.com/upload/ckfinder/2762a4b732e0dadef04de2038970f67b/files/211110_Novartis_GF_Rueter.pdf).
- Rüter, Florian (2022, April 11): PROMs in der Schweiz. Gehalten auf der sante-neXt-Webinar. [https://cms.santenext.ch/bilder/innovationsprojekte/PROMs-in-der-Schweiz.-Input-von-Dr.-Med.-Florian-Ru%CC%88ter\\_2022-04-12-135722\\_prqf.PDF](https://cms.santenext.ch/bilder/innovationsprojekte/PROMs-in-der-Schweiz.-Input-von-Dr.-Med.-Florian-Ru%CC%88ter_2022-04-12-135722_prqf.PDF).
- Sanacare (2023): Über uns. Sanacare Gruppenpraxis. <https://www.sanacare.ch/wir-sind-sanacare/>. Zugriff: 12.04.2023.
- Santésuisse (2020, April 27): Im Extremfall plus 500 Millionen – santésuisse – Die Schweizer Krankenversicherer. <https://www.santesuisse.ch/details/content/im-extremfall-plus-500-millionen>. Zugriff: 06.04.2023.
- Schaller, Philippe (2023): «Ce n'est pas dans l'ADN suisse d'obliger à être dans un modèle de santé» – Podcast d'Avenir Suisse. In: *Think Cast: La parole au romand – Avenir Suisse*. <https://avenir-suisse.ch/fr/podcasts/>. Zugriff: 13.04.2023.
- Schusselé Fillietaz, Séverine; Kohler, Dimitri; Berchtold, Peter; und Peytremann-Bridevaux, Isabelle (2017): *Soins intégrés en Suisse*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé (Obsan). <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/2017-soins-integrees-en-suisse>. Zugriff: 12.04.2023.
- Shekelle, Paul G. (2009): Public performance reporting on quality information. In: Smith, Peter C.; Mossialos, Elias; Papanicolas, Irene; und Leatherman, Sheila (Hrsg.): *Performance Measurement for Health System Improvement* (S. 537–51). Cambridge: Cambridge University Press.
- Siris, Schweizerisches Implantat-Register (2018): *Registre national des implants de hanche et de genou – Organisation et fonctionnement*. Thun. [https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2018/02/SIRIS\\_Dossier\\_Organisation\\_Fonctionnement.pdf](https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2018/02/SIRIS_Dossier_Organisation_Fonctionnement.pdf).

- Spitex Schweiz (2023): Spitex CH Évaluation de besoin – Evaluation des besoins – Instruments d’interRAI – interRAI HomeCare Suisse. <https://www.spitex-bedarfsabklaerung.ch/Evaluation-des-besoins/Instruments-dinterRAI/interRAI-HomeCare-Suisse/P6wOJ/?lang=fr>. Zugriff: 14.04.2023.
- Stahl, Johanna; Kobler, Irene; Schmelzer, Sarah; Liberatore, Florian; und Lehmann, Joel (2021): PROMs in der schweizerischen Grundversorgung : Arbeitspapier zur Auswertung von PROMs-Routinedaten der Hausarztpraxis. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie. ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. doi:10.21256/ZHAW-3128
- Swica (2022): Trio+: Integriertes Versorgungssystem für die Region Winterthur – SWICA. <https://www.swica.ch/de/ueber-swica/medien/mediensstelle/medienmitteilungen/2022/trio-plus>. Zugriff: 13.04.2023.
- Swiss DRG (2019): Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY. [https://www.swissdrg.org/application/files/8915/6051/1694/Regeln\\_und\\_Definitionen\\_zur\\_Fallabrechnung\\_unter\\_SwissDRG\\_und\\_TARPSY\\_Aenderungsdokumentation.pdf](https://www.swissdrg.org/application/files/8915/6051/1694/Regeln_und_Definitionen_zur_Fallabrechnung_unter_SwissDRG_und_TARPSY_Aenderungsdokumentation.pdf).
- Teisberg, O. Elizabeth (2007): Opportunities for Value-Based Competition in Swiss Health Care. Virginia: August 2007.
- Telser, Harry; und Meyer, Delia (2018): Kosteneinsparungen durch EFAS – Gutachten im Auftrag von CSS Versicherungen, Helsana Versicherungen, Swica Krankenversicherungen.
- Thieme (2023): Steuerung im Gesundheitswesen. via medici: leichter lernen – mehr verstehen. <https://viamedici.thieme.de/lernmodul/4976537/4954447/steuerung+im+gesundheitswesen>. Zugriff: 11.04.2023.
- Vincent, Charles; und Staines, Anthony (2019): Enhancing the Quality and Safety of Swiss Healthcare. doi:10.13140/RG.2.2.22966.04160
- Wagner, Aylin; Zúñiga, Franziska; Rüesch, Peter; Schaffert, René; Dratva, Julia; und Group, on behalf of the HCD Research (2020): Selecting home care quality indicators based on the Resident Assessment Instrument-Home Care (RAI-HC) for Switzerland: A public health and healthcare providers’ perspective. In: PLOS ONE, 15(12), S. e0244577. Public Library of Science. doi:10.1371/journal.pone.0244577
- Well (2023): Partner – Well. <https://www.well.ch/partner/>. Zugriff: 13.04.2023.
- Wertli, Maria; Nuschin Djalali, Sima; Zirbs Savigny, Brigitte; Rohrbasser, Adrian; Lehmann, Joël; Jungi, Marc Michael; et al. (2021): Qualitätsindikatoren im ambulanten Bereich. In: Schweizerische Ärztezeitung, 102(47), S. 1565–1568. EMH Media. doi:10.4414/saez.2021.20289
- WHO, World Health Organization (2022): World Health Statistics: Annex 2. <https://www.who.int/data/gbo/publications/world-health-statistics>.
- Wyss, Sarah (2021): Interpellation 21.3656 – Obligatorium zur Nutzung vom Patient Reported Outcome Measures (Proms). <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20213656>. Zugriff: 14.04.2023.
- Yang, L. Y.; Manhas, D. S.; Howard, A. F.; und Olson, R. A. (2018): Patient-reported outcome use in oncology: a systematic review of the impact on patient-clinician communication. In: Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 26(1), S. 41–60. doi:10.1007/s00520-017-3865-7

avenir suisse

**Zürich**

Puls 5 | Giessereistrasse 18  
8005 Zürich  
+41 44 445 90 00

**Lausanne**

Chemin de Beau-Rivage 7  
1006 Lausanne  
+41 21 612 66 14

[avenir-suisse.ch](http://avenir-suisse.ch)  
[info@avenir-suisse.ch](mailto:info@avenir-suisse.ch)

ISBN 978-3-907453-02-5