

Aufbrechen

Katalysatoren für die Umsetzung von Value-based Healthcare in der Schweiz

Dr. med. Sophie-Christin Ernst, Dr. med. Murat Bilici, Dr. med. Florian Rüter



VBHC SUISS
Swiss Society for Value Based Healthcare

«This paper does a great job of setting out an agenda for implementation. Around the world, I see governments and organizations espousing a ‹belief› in VBHC and advocating for its adoption, without outlining what has to happen to make it occur. You've hit upon many of the critical steps and impediments. For the record, they are not sui generis in Switzerland; they are issues globally.»

Scott Wallace – Mai 2025

Autorin und Autoren engagieren sich ehrenamtlich für die Gesellschaft VBHC Suisse, in deren Verantwortung das Impulspapier unabhängig erstellt wurde.

Dr. med. Sophie-Christin Ernst

Vorstand VBHC Suisse

Research Fellow, Spross Research Institute, Stadtspital Zürich Triemli

Research Affiliate, Technische Universität Berlin

Augenklinik, Universitätsspital Basel

Dr. med. Murat Bilici

Leiter REDCap Dienste

DAS Data Science (ZHAW)

FMH Orthopädie und Traumatologie

Qualitätsmanagement & Value Based Healthcare

Universitätsspital Basel

Dr. med. Florian Rüter

Vorstand VBHC Suisse

FA Herz- und thorakale Gefässchirurgie

Qualitätsmanagement & Value Based Healthcare

Universitätsspital Basel

Inhalt

1. Executive Summary	4
2. Gesundheitsversorgung vom Ergebnis her denken	5
2.1 Value-based Healthcare – der Patientennutzen im Mittelpunkt	7
3. Aufbrechen – Handlungsfelder auf dem Weg zu einem nutzenbasierten Gesundheitssystem	8
3.1 Qualität definieren und Patientennutzen konsequent messen	9
3.2 Daten teilen und nutzen, um den Nutzen für Patient:innen («Value») zu fördern	10
3.3 Patient:innen involvieren und stärken	11
3.4 Silos zugunsten von Partnerschaften und Netzwerken auflösen	12
3.5 Erfahrungen sammeln, Wissen teilen und von guten Beispielen lernen	13
3.6 Neue Anreizstrukturen schaffen – Qualität incentivieren und entlohnen	14
3.7 VBHC weiterentwickeln und auf die Werte der Medizinschaffenden erweitern	16
4. Fazit	19
5. Appendix	20
Appendix 1: Erfolgsfaktoren für die Implementierung von VBHC	20
Appendix 2: Beispiele wertbasierter Versorgungsmodelle in der Schweiz	20
5.1 Patient Empowerment & Pay 4 Patient Value	21
5.2 Value-based Healthcare im Lungentumorzentrum USB/Roche	21
5.3 Nachhaltige Partnerschaften statt Geschäftsbeziehungen – Der Patient im Mittelpunkt von Value Agreements	24
5.4 Réseau de l’Arc	24
6. Literatur	25

1. Executive Summary

Das Schweizer Gesundheitssystem genießt international einen guten Ruf und weist im Vergleich eine hohe Lebenserwartung seiner Bürger:innen auf. Dennoch steht es vor grossen Herausforderungen – insbesondere durch steigende Kosten und einen wachsenden Fachkräftemangel. Ein vielversprechender Ansatz zur Bewältigung dieser Probleme ist das Konzept der Wertebasierten Medizin («Value-based Healthcare», VBHC), das den Patientennutzen konsequent in den Mittelpunkt stellt. Ziel von VBHC ist es, die bestmöglichen Behandlungsergebnisse bei effizientem Ressourceneinsatz zu erzielen. Dies erfordert jedoch einen umfassenden Wandel auf allen Ebenen des Gesundheitswesens – von der klinischen Praxis über die Versorgungsstrukturen bis hin zur Finanzierung.

Das vorliegende Impulspapier identifiziert sieben Handlungsfelder für die Umsetzung einer Wertebasierten Medizin in der Schweiz:

Qualität definieren und Patientennutzen konsequent messen

PROMs (Patient-Reported Outcome Measures) spielen eine Schlüsselrolle, um die Patientensicht zu erfassen und die Versorgungsqualität ganzheitlich zu bewerten.

Daten teilen und nutzen, um «Value» zu schaffen

Der Aufbau einer digitalen Infrastruktur, die Interoperabilität gewährleistet und den Datenschutz berücksichtigt, ist essenziell, um Mehrwert für Patient:innen zu gestalten.

Patient:innen involvieren und stärken

Patient:innen sollten in alle Entscheidungsprozesse eingebunden und in ihrer Gesundheitskompetenz gestärkt werden, um aktiv an ihrer Gesundheitsversorgung teilzunehmen.

Silos zugunsten von Partnerschaften und Netzwerken auflösen

Die Zusammenarbeit aller Stakeholder im Gesundheitswesen ist notwendig, um einen effektiven Informationsaustausch zu ermöglichen.

Erfahrungen sammeln, Wissen teilen und von guten Beispielen lernen

Der Austausch von Best Practices und die Zusammenarbeit in Netzwerken wie VBHC Suisse sind wichtig, um voneinander zu lernen und den qualitätsorientierten Ansatz zu verbreiten.

Neue Anreizstrukturen schaffen – Qualität incentivieren und entlohnen

Finanzielle Anreize, die Qualität belohnen und Innovationen fördern, sind notwendig, um die Transformation zu einem nutzenorientierten System zu beschleunigen.

VBHC weiterentwickeln und auf die Werte der Medizinschaffenden erweitern

Der VBHC-Ansatz sollte die Bedürfnisse der medizinischen Fachkräfte berücksichtigen, um die Arbeitsbedingungen zu verbessern und Burnout zu vermeiden.

2. Gesundheitsversorgung vom Ergebnis her denken

«Made in Switzerland» gilt international als Indikator für eine herausragende Qualität von Produkten und Dienstleistungen. Auch das schweizerische Gesundheitswesen geniesst international einen sehr guten Ruf. Betrachtet man die Lebenserwartung (OECD 2023/1) als einen groben Indikator für die Qualität eines Gesundheitssystems, so schneidet die Schweiz beispielsweise gut ab und ist mit anderen benachbarten Ländern wie Italien oder Frankreich vergleichbar. Es fällt im internationalen Vergleich jedoch auf, dass die Schweiz sich Gesundheit wesentlich mehr kosten lässt: Im Hinblick auf Gesundheitsausgaben per capita belegt sie unter den OECD-Ländern den zweiten Platz (OECD 2023/2). Ähnlich wie andere Länder steht das Schweizer Gesundheitswesen zudem angesichts steigender Kosten, aber auch Problemen wie einem zunehmenden Fachkräftemangel vor wachsenden Herausforderungen, die mitunter durch bestehende Anreizstrukturen und einen Fokus auf Produktivität getrieben werden (GDK 2020). Stimmen, die aufgrund dieser Entwicklungen eine Umorientierung von Quantität zu Qualität fordern, werden lauter (GDK 2023).

Es gilt:

- limitierte Ressourcen in der Gesundheitsversorgung zum messbaren Wohle von Patient:innen und der Gesellschaft einzusetzen,
- gleichzeitig den Zugang zu medizinischen Innovationen zu sichern und
- ein resilientes, nachhaltiges Gesundheitssystem zu schaffen, in dem Leistungserbringende gern und gut arbeiten und zum Nutzen der Patient:innen und der Gesundheit der Gesellschaft beitragen können.

Dieses Ziel wirft zwei essenzielle Fragen auf:

1. Wie definieren und messen wir Qualität und Nutzen («Value») in der Gesundheitsversorgung?
2. Wie fördern wir Qualität möglichst effektiv, erzielen den grösstmöglichen «Value» für Patient:innen und das System?

Ein ganzheitlicher Lösungsansatz, der Antworten auf die obigen Fragen bietet und dessen Potenzial für das Schweizer Gesundheitswesen in verschiedenen Publikationen bereits beschrieben wurde, ist die Wertebasierte Gesundheitsversorgung, «Value-based Healthcare» (Porter 2006, Teisberg 2008, FMH/SAQM 2024).

Um Katalysatoren zur Umsetzung des Ansatzes zu identifizieren, die Rolle von finanziellen Anreizen und Ressourcen zu beleuchten und in einem Multi-Stakeholder-Dialog konkrete Handlungsfelder zu definieren, fanden sich im Frühjahr 2023 Interessierte mit verschiedensten Perspektiven des Schweizer Gesundheitswesens zum Workshop «Financing High-Value Health Care» zusammen. Eingeladen vom Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz, wurden die Diskussionsrunden von Elizabeth Teisberg und Scott Wallace, international renommierten Verfechtern der VBHC-Theorie (Teisberg, Wallace et al. 2020), moderiert. An den Diskussionen teilgenommen haben Vertreter:innen von Avenir Suisse, CSS Versicherung, EQUAM, FMH, Groupe Mutuel, Hirslanden, Interpharma, Johnson & Johnson, Pfizer, PwC, Roche, SWICA und Universitätsspital Basel.

Life expectancy at birth by sex, 2021 and 2022 (or nearest year)

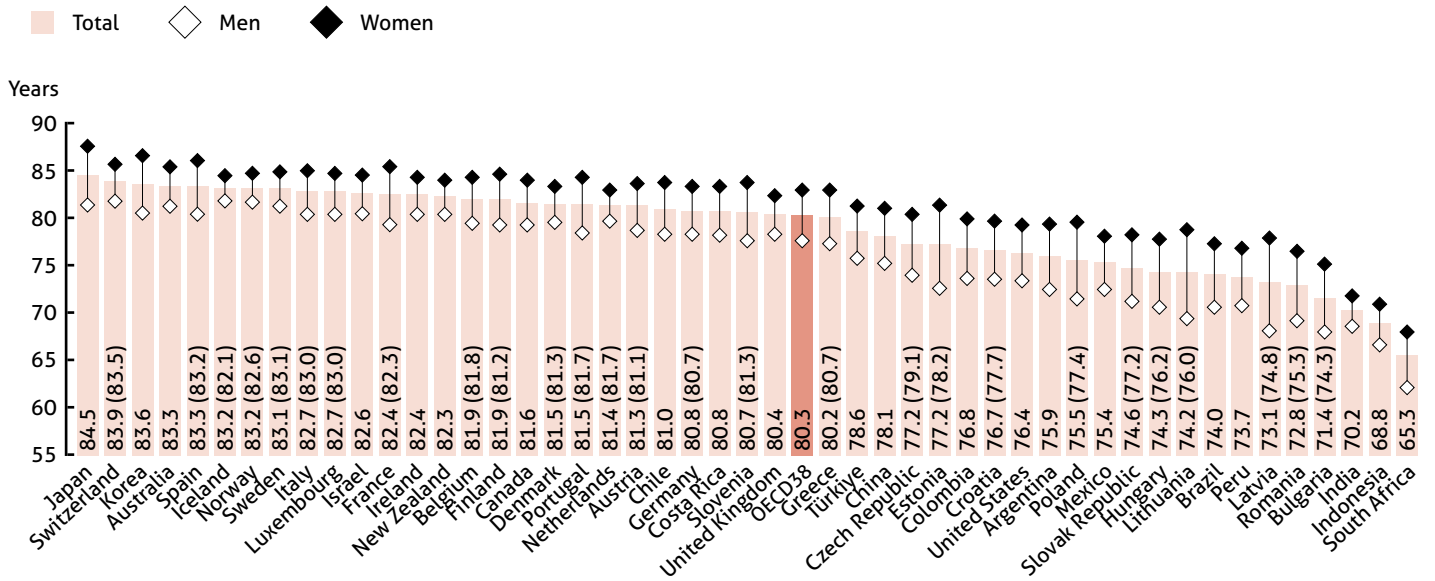


Abb. 1: Lebenserwartung bei der Geburt nach Geschlecht, 2021 und 2022 (oder nächstgelegenes Jahr). (OECD 2023/1)

Note: Latest available data for the United Kingdom from 2020; and for Türkiye from 2019. Provisional 2022 values in brackets.

Health expenditure per capita, 2022 (or nearest year)

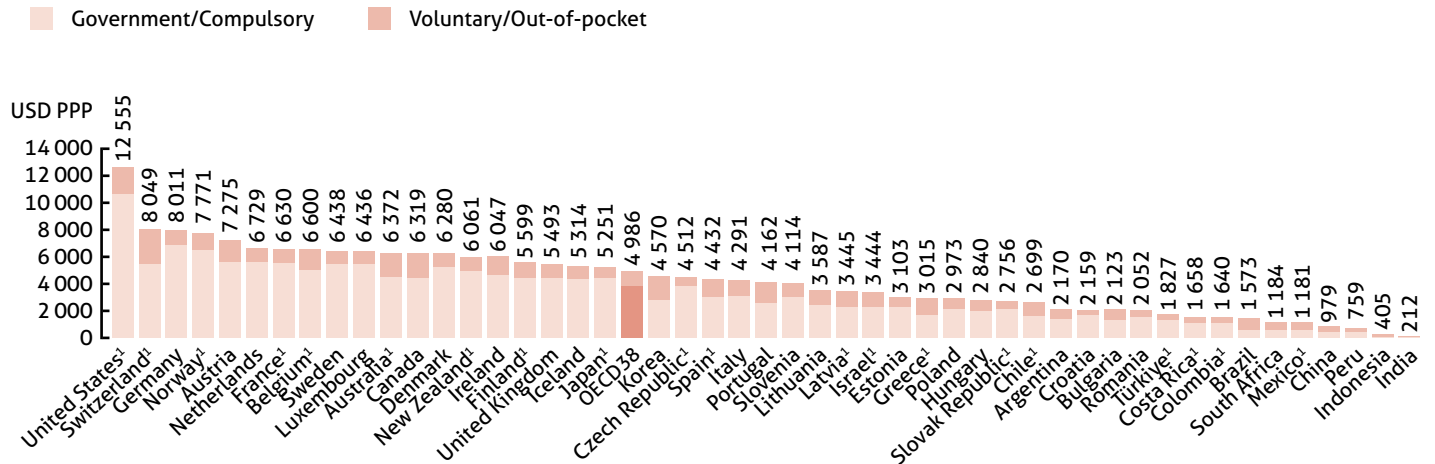


Abb. 2: Gesundheitsausgaben pro Kopf, 2022 (oder nächstgelegenes Jahr). (OECD 2023/2)

Note: 1. OECD estimates.

2.1 Value-based Healthcare – der Patientennutzen im Mittelpunkt

Zunehmend taucht der Begriff Value-based Healthcare in Diskussionen zur Umgestaltung des Schweizer Gesundheitswesens auf. Doch was verbirgt sich dahinter?

Der Begriff Value-based Healthcare (VBHC) wurde vom US-amerikanischen Ökonom und Forscher Michael E. Porter und der Gesundheitsökonomin Elizabeth Teisberg in ihrem gemeinsamen Werk «Redefining Health Care» geprägt.

Sie erkannten, dass das US-amerikanische und Gesundheitswesen weltweit «kranken»:

- Kosten steigen und – wo Daten verfügbar sind – ist eine hohe ungewollte Varianz der erzielten Ergebnisse von Gesundheitsversorgung zu beobachten.
- Im Mittelpunkt stehen Produktivität, das Erbringen von medizinischen Leistungen und deren Vergütung.
- Das System ist fragmentiert, primär um medizinische Fachgebiete organisiert und Leistungen und Daten sind häufig in Silos isoliert.

Sie schlussfolgern, dass ein Ansatz vonnöten ist, der den Patientennutzen («Value»), die individuell wahrgenommene gesundheitsbezogene Lebensqualität, das Wohlbefinden und die erreichte Funktionalität in den Mittelpunkt rückt und Versorgungsprozesse ganzheitlich betrachtet. Zur Erfassung der Patientenperspektive sollen somit ergänzend zu den klinischen Ergebnissen (wie Blutwerten, Bildgebungsdaten, Resultaten funktioneller Tests, aber auch Komplikationsraten) sogenannte Patient-Reported Outcome Measures («PROMs») für ein umfassendes Bild erhoben und in den Behandlungspfad einbezogen werden. Diese werden in der von Porter und Teisberg entwickelten «Nutzengleichung» in Relation zu den über den gesamten Behandlungszyklus aufgewendeten Kosten gesetzt (Porter 2007), um den Wert einer Behandlung zu beziffern.

$$\text{Value} = \frac{\text{Behandlungsqualität (PROMs)}}{\text{Kosten}}$$

Abb. 3: «Value equation», adaptiert nach Porter (2007)

Zwischenzeitlich haben verschiedene Expert:innen den VBHC-Ansatz international aktualisiert und auch für die Anforderungen der Schweiz weiter präzisiert (Teisberg 2008, GDK 2020, van der Nat 2022, Taboada 2023, Larsson 2023, FMH/SAQM 2024). Gemeinsam ist allen die Forderung nach einem Paradigmenwechsel, der Patient:innen in den Mittelpunkt des Systems stellt, um bestmögliche Behandlungsergebnisse unter optimaler Nutzung der zur Verfügung stehenden Ressourcen zu erzielen. Dieses auf den ersten Blick triviale Prinzip erfordert einen Transformationsprozess – auf Mikroebene im klinischen Alltag, aber auch auf Makroebene im Hinblick auf politische Rahmenbedingungen und Anreizsysteme. Erfolgsfaktoren für die erfolgreiche Implementierung des VBHC-Konzepts und seiner Kernbestandteile, insbesondere der Messung und Nutzung patientenberichteter Ergebnisse, sind Gegenstand verschiedener internationaler Vergleiche (Teisberg 2008, Reich 2012, Davis 2019, Huber 2020, Katz 2020, Blozik 2022, Farcher 2024). Doch was braucht es, damit VBHC auch in der Schweiz von ersten Pilotierungen ausgeweitet und, wo sinnvoll, systematisch implementiert werden kann? Welche Katalysatoren können genutzt und welche Hürden müssen überwunden werden?

3. **Aufbrechen – Handlungsfelder auf dem Weg zu einem nutzenbasierten Gesundheitssystem**

Getrieben von einer andauernden Kostendiskussion und befeuert durch gegenseitige Schuldzuweisungen der Stakeholder im Gesundheitswesen ist es geboten, jetzt zu handeln. Wir wollen die Chance nutzen, das im globalen Vergleich (noch) sehr gute Gesundheitswesen der Schweiz im Hinblick auf nahende Herausforderungen zukunftsfähig umzugestalten. Gemeinsam mit Patient:innen, Gesundheitsdienstleistern, Versicherern, pharmazeutischer und medizintechnischer Industrie und Politiker:innen gilt es, eine Strategie zu entwickeln. Aus dem offenen Dialog des «Financing High-Value Care»-Workshops ist die Adaptation der Theorie wertbasierter Medizin und internationaler (Praxis-)Erfahrungen auf die Schweiz gefordert. Ziel ist es, konkrete Handlungsempfehlungen für Entscheidungsträger:innen zur erfolgreichen Verbreitung des VBHC-Konzepts im Schweizer Gesundheitswesen zu definieren. Dabei wurden sieben Handlungsfelder als essenziell identifiziert:

Handlungsfeld Nr. 1

Qualität definieren und Patientennutzen konsequent messen

Handlungsfeld Nr. 2

Daten teilen und nutzen, um «Value» zu schaffen

Handlungsfeld Nr. 3

Patient:innen involvieren und stärken

Handlungsfeld Nr. 4

Silos zugunsten von Partnerschaften und Netzwerken aufbrechen

Handlungsfeld Nr. 5

Erfahrungen sammeln, Wissen teilen und von guten Beispielen lernen

Handlungsfeld Nr. 6

Neue Anreizstrukturen schaffen – Qualität incentivieren und entlohnen

Handlungsfeld Nr. 7

VBHC weiterentwickeln und auf die Werte der Medizinschaffenden erweitern

Nachfolgend werden die Handlungsfelder dargestellt, der Status quo skizziert und Handlungsempfehlungen abgeleitet. Im Anhang werden erste Erkenntnisse und Erfahrungen anhand konkreter Beispiele aufgezeigt.

3.1 Qualität definieren und Patientennutzen konsequent messen

Status quo und aktuelle Entwicklungen

- Existierende Qualitätsberichte besitzen wenig Aussagekraft für Patient:innen und ermöglichen keine klare Unterscheidung zwischen Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität.
- Wo diese vorhanden sind, deuten Daten auf eine ungewöhnlich hohe Varianz der Ergebnisqualität hin.
- Patient-reported Outcome Measures (PROMs) rücken als wesentliche Indikatoren patientenzentrierter Medizin zunehmend in den Fokus, sind bisher jedoch zumeist optional erhobene Parameter.
- Viele PROMs sind aufgrund ihrer Länge im klinischen Alltag wenig praktikabel.

Ziel eines Gesundheitswesens ist die Verbesserung bzw. Erhaltung der Gesundheit der Menschen. Die WHO definiert die Gesundheit als «ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen» (WHO 2020). Ob dieses Ziel mit den eingesetzten Ressourcen in der Schweiz derzeit gut erreicht wird, kann mit den aktuellen Daten kaum beantwortet werden. Herangezogene Qualitätsindikatoren der Gesundheitsversorgung fokussieren auf Aspekte wie Prozess- und Strukturmerkmale, Kosten oder grobe klinische Ergebnisparameter wie Komplikations- und Überlebensraten. Es mangelt jedoch an Daten, die die Perspektive derjenigen abbildet, die präventive und kurative Leistungen der Gesundheitsversorgung empfangen: der Patient:innen.

Positiv ist hervorzuheben, dass Patient-reported Outcome Measures (PROMs) (Steinbeck 2021) vor diesem Hintergrund zur systematischen Erfassung der Patientenperspektive Aufmerksamkeit und auf gesundheitspolitischer Ebene an Bedeutung gewinnen: Es finden sich wiederholt Erwähnungen von PROMs und entsprechende Befragungen zur Patientenerfahrung (PREMs) in den Jahreszielen der vom Bundesrat eingesetzten Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) (EQK 2024). Fördermöglichkeiten von Projekten, in denen PROMs und PREMs zur Anwendung kommen, werden geschaffen. Hierzu zählen beispielsweise die 2023 und 2024 lancierten Ausschreibungen der EQK für nationale PROMs-Implementierungsprojekte (EQK 2023, EQK 2024).

Über eine Unterstützung von Pilotprojekten hinaus fehlt es jedoch weiterhin an einer umfassenden Förderung der PROMs-Implementierung und einem Bekenntnis zu ihrer Nutzung als essenziellem Datenpunkt zur ganzheitlichen Beurteilung von Versorgungsqualität. Trotz einer guten Evidenzlage für ihren Einsatz in Bereichen wie der Orthopädie (Gagnier 2017, Wilson 2019) und Onkologie (Li 2023) bleiben PROMs weitestgehend optional erhobene Parameter. Während kantonale Gesundheitsdirektionen, Fachgesellschaften oder Klinikgruppen erste wichtige Brückenelemente zur Ausweitung der PROM-Implementierung über Pilotprojekte hinaus bilden, können die Einführung von Standards und die Bereitstellung der nötigen Infrastruktur für eine schweizweite Anwendung nur von einer übergeordneten Instanz übernommen werden. PROMs sollten primär in der Versorgung Anwendung finden. Gewählte Instrumente sollten hierfür echte Relevanz für Patient:innen besitzen, mit möglichst wenig Mehraufwand für klinisches Personal und Patient:innen erhoben werden können und im Versorgungsprozess handlungsleitend sein. Auf Systemebene lässt sich ihr volles Anwendungspotenzial jedoch nur mittels einer Standardisierung von Instrumenten und Prozessen erreichen. Die Bildung eines Fachgremiums, in dem Stakeholder aus allen Bereichen vertreten sind und Richtlinien für die Umsetzung erarbeiten, würde einen entscheidenden Anstoss geben.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

- Förderung von bestehenden PROMs-Projekten und Bottom-up-Initiativen
- Aufbau und Pflege von Netzwerken/Foren für einen kontinuierlichen Wissensaustausch zu laufenden Projekten
- Nutzen bestehender Ressourcen und Standardsets auf Grundlage der vier Kernprinzipien (Patientenrelevanz, klinische Praktikabilität, Erhebung im Versorgungsprozess und Handlungsrelevanz für den Versorgungsprozess)
- Bildung eines Fachgremiums mit Stakeholdern aus verschiedenen Bereichen, um auf Grundlage aktueller Forschung und internationaler Erfahrungen prioritäre Bereiche für eine umfassende Einführung von PROMs zu identifizieren, Standards und Prozesse zu definieren
- Messung von Ergebnissen fordern und fördern

3.2 Daten teilen und nutzen, um den Nutzen für Patient:innen («Value») zu fördern

Status quo und aktuelle Entwicklungen

- Schweizweite Elektronische Patientenakte sowie klinik- und sektorenübergreifende IT-Infrastruktur sind noch zu wenig genutzt; Daten sind über verschiedene am Behandlungsprozess Beteiligte verteilt
- Starker Fokus auf Datenschutz erschwert die Nutzung zum Wohle der Patient:innen und des Systems

VBHC impliziert eine datengetriebene Gesundheitsversorgung. Diagnose, gemeinsame Therapieentscheidung und -planung sollten sich auf Versorgungsdaten stützen. Dabei ist die digitale Outcome-Messung (PROMs) Grundlage zur Verbesserung der Versorgungsqualität für einzelne Patient:innen, Patient:innengruppen, organisations- und systemweit. Hierfür müssen Daten möglichst in Echtzeit und in ausreichender Qualität vorhanden sowie für die Verwendung in der klinischen Versorgung aufbereitet sein. **Diese Voraussetzungen sind derzeit nicht gegeben und Daten über verschiedene am Behandlungsprozess beteiligte Leistungserbringende verteilt, sodass eine gesamthafte Betrachtung erschwert ist.** Dies ist einerseits durch eine fehlende IT-Ausstattung begründet, liegt andererseits aber auch an einer starken Fokussierung auf den Datenschutz. Der legitime und notwendige Schutz persönlicher, sensibler Daten sollte eine Datennutzung im Sinne von VBHC nicht verhindern. Hier gilt es eine Balance zu finden.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Aus Diskussionen konnten Prinzipien für eine erfolgreiche digitale Transformation im Sinne des VBHC-Konzeptes auf Systemebene identifiziert werden:

- **Einbezug der VBHC-Logik in Auf- und Ausbau einer digitalen Infrastruktur:** Eine am VBHC-Modell ausgerichtete Digitalisierungsstrategie muss entwickelt werden. Sie sollte den schweizerischen Kontext berücksichtigen und die Notwendigkeit betonen, Datensilos aufzulösen, Interoperabilität von Daten und Systemen zu schaffen. Ein zentraler Vorschlag aus dem Workshop ist die Einführung eines nationalen «Identifiers» für Gesundheitsdaten, ähnlich der AHV-Nummer. Ein solches System würde den Datenaustausch erleichtern und gleichzeitig sicherstellen, dass Daten korrekt zugeordnet werden. Darüber hinaus wurde betont, dass ein funktionierendes «Elektronisches Patienten Dossier» (EPD) entscheidend ist für eine kohärente und sinnvolle Datenerfassung. Eine Übertragung der PROMs-Ergebnisse sollte stattfinden.

- **Datenschutz und -nutzung in Einklang bringen:** Es muss ein pragmatischer und innovationsfördernder Kompromiss zwischen Datenschutz und -nutzung gefunden werden. Möglichkeiten zu Datenspende sollten geschaffen werden. Sogenannte «privacy enhancing technologies»¹, die auf künstlicher Intelligenz basieren, könnten eine Lösung für die effizientere Nutzung von Daten auf Systemebene darstellen.
- **Patient:innen involvieren und befähigen (s. auch Handlungsfeld 3.3):** Die Datenhoheit sollte bei Patient:innen liegen. Damit Daten zum Wohle jedes Einzelnen und der Gesellschaft genutzt werden können, braucht es jedoch eine Förderung von Gesundheits- und Datenkompetenz. Patient:innen, für die beispielsweise Vorteile einer elektronischen Patientenakte verständlich und erlebbar sind, werden diese mehr nutzen, und eher bereit sein, Daten hieraus mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen zu teilen.
- **Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit:** Es sollte organisationsintern und -übergreifend ein strukturiertes Forum für den regelmässigen Austausch zwischen IT- und Gesundheitsfachleuten geschaffen werden, um die Funktionalität der digitalen Lösungen für VBHC-Workflows mit verstärkt interdisziplinärer und transsektoraler Zusammenarbeit zu verbessern.

3.3 Patient:innen involvieren und stärken

Status quo und aktuelle Entwicklungen

- Fehlende Involvierung von Patient:innen in die Entwicklung von PROMs-Richtlinien und -Fragebögen auf nationaler Ebene sowie in Organisationen
- Fehlende Involvierung auf politischer Ebene, wenn es um die Transformation des Gesundheitswesens geht (beispielsweise die Digitalisierung)

Eine Gesundheitsversorgung im Sinne des VBHC-Ansatzes verändert die Rollen und Verantwortlichkeiten der Akteure, insbesondere auch die der Patient:innen, die mehr Verantwortung für ihre eigene Gesundheit übernehmen. Patient:innen sollen aktiv Entscheidungen treffen können, bei denen Behandelnde relevante Daten in den jeweiligen Kontext setzen und als Beratende unterstützen. Dies setzt zuverlässige, verständliche Informationen und eine «Befähigung» von Patient:innen im Umgang mit Gesundheitsinformationen und digitalen Technologien voraus. Diese Gesundheitskompetenz zu fördern ist zentrale Aufgabe aller Akteure.

Auch in der Transformation hin zu einem nutzenbasierten Gesundheitswesen sollten Patient:innen und Versicherte eine aktive Rolle einnehmen: Angefangen von der Auswahl von PROMs, der Anpassungen von Behandlungspfaden bis hin zu Themen wie der digitalen Transformation auf Systemebene.

In der Schweiz rückt eine stärkere Einbindung von Patient:innen in Entscheidungsprozesse zunehmend in den Fokus. Verschiedene Akteure arbeiten daran, die Patientenperspektive systematisch zu integrieren (EQK 2023). So haben einige Spitäler Patientenbeiräte einge-

¹ Privacy Enhancing Technologies (PET), auf Deutsch Technologien zum Schutz der Privatsphäre, sind Software- und Hardware-Lösungen, die technische Prozesse, Methoden oder Kenntnisse umfassen, die zum Schutz der Privatsphäre oder des Datenschutzes einer Einzelperson oder einer Gruppe natürlicher Personen beitragen. Diese Technologien ermöglichen die gemeinsame Nutzung von Daten unter Wahrung der Privatsphäre, indem sie beispielsweise die verarbeiteten Daten minimieren oder durch Pseudonymisierung dafür sorgen, dass keine Rückschlüsse mehr auf den Nutzer gezogen werden können (Ziebolz 2022).

führt, in denen Patient:innen und Angehörige zusammenkommen, um Erfahrungen zu teilen und Vorschläge für Verbesserungen in Themenbereichen wie Patienteninformation, Kommunikation und Prozessgestaltung zu geben. Ein Beispiel ist der Patientenbeirat des Universitätsspital Zürich, welcher sich aktiv an der Entwicklung von Qualitätsstandards beteiligt (USZ 2023). Es gibt erste Programme, die Patient:innen gezielt schulen und zu «Patient Experts» ausbilden, um ihre Erfahrungen und Perspektiven in Diskussionen mit medizinischen Fachpersonen besser einbringen zu können und Versorgung mitzugestalten (Patientenstelle Zürich 2024). Einige Fachgesellschaften, wie etwa die Schweizer Gesellschaft für Medizinische Onkologie (SGMO), fordern und fördern den Einsatz von PROMs, die die Einbindung der Patientenperspektive auf individueller wie auch auf Systemebene unterstützen.

Trotz dieser wichtigen Fortschritte steht die Schweiz in einer Entwicklungsphase mit Herausforderungen. Strukturelle Hürden, eine eingeschränkte Transparenz sowie das Fehlen standardisierter Ansätze für den Einbezug von Patientinnen und Patienten bremsen die umfassende Umsetzung. Auch gesetzliche Rahmenbedingungen, die eine Beteiligung systematisch stärken könnten, fehlen bislang. Besondere Anstrengungen sollten unternommen werden, um jene einzubeziehen, die aktuell nicht ausreichenden Zugang zu Versorgungsangeboten haben, und um neue Versorgungsmodelle zu entwickeln, die für alle Bevölkerungsgruppen wirksam sind.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

- Mehr Angebote zur Weiterbildung als «Patient Expert» (Patientenstelle Zürich 2024) und Aktivitäten lokal und regional bereitstellen
- Gesundheitskompetenz in allen Bevölkerungsgruppen stärken mit Wissen, Motivation und Handlungskompetenz
- Digital Health Literacy fördern, Möglichkeiten und Grenzen der Technologien verständlich machen
- Involvierung von Patient:innen (bzw. Patient Experts) auf allen Ebenen: in Gremien, Politik und Aktivitäten wie Digitalisierung und Transformation des Gesundheitswesens

3.4 Silos zugunsten von Partnerschaften und Netzwerken auflösen

Status quo und aktuelle Entwicklungen

- Auf Systemebene herrscht zwischen den Stakeholdern im Gesundheitswesen zu wenig Dialog, Interaktionen sind von Partikularinteressen und Misstrauen geprägt
- Gegensätzliche Interessen befördern das Fortbestehen von Silos, die Informationsaustausch und interdisziplinäre Zusammenarbeit erschweren

VBHC fordert eine partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Stakeholder. Dafür braucht es intensiven Austausch und gegenseitiges Vertrauen. Die aktuelle Debatte um die Kostentreiber im Gesundheitswesen der Schweiz befördert das Gegenteil. Zwar finden sich vermehrt Foren für einen Multi-Stakeholder-Austausch und erste Partnerschaften zwischen Versicherern, Leistungserbringern und Industrie zur Umsetzung von VBHC-Projekten, doch auf Systemebene herrscht weiter zu wenig Dialog und Interaktionen sind von Misstrauen und scheinbar kollidierenden Interessen geprägt. Dabei ist ein Ziel allen Stakeholdern gemein: Leistungserbringende, Versicherer und Industrie wollen Patient:innen bzw. Versicherten einen Mehrwert liefern – und für diesen entlohnt werden. Konfliktpotenzial ergibt sich mitunter hinsichtlich der Entlohnung und Aspekten, an die jene geknüpft ist. Der Fokus auf gegensätzliche Interessen unterstützt das Fortbestehen der sogenannten Silos.

Ein Beispiel sind Datensilos, die den Datenfluss und die gemeinsame Datennutzung verhindern. Behandlungssilos wirken sich auch auf die Gesundheitsversorgung von Patient:innen aus: Strukturierte Behandlungspfade gibt es nur für wenige Erkrankungen, vielmehr gleicht der Weg von Patient:innen mit komplexen Erkrankungen einem «Ping-Pong» zwischen verschiedenen Leistungserbringern und Fachrichtungen. Schlechter Informationsaustausch zwischen verschiedenen an der Behandlung Beteiligten führt zu unnötiger Diagnostik und erhöhten Kosten und wirkt sich negativ auf die Behandlungsqualität aus.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

- Fokus auf das gemeinsame Ziel der Steigerung des Patientennutzens
- Mehr Bereitschaft für Bottom-up-Projekte, um Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit verschiedenen Stakeholdern zu sammeln und Vertrauen zu stärken
- Top-down-Ansätze zur Förderung des interdisziplinären Arbeitens über Sektorengrenzen hinweg – entscheidende Hebel sind eine funktionale IT-Infrastruktur und innovative Anreizmechanismen

3.5 Erfahrungen sammeln, Wissen teilen und von guten Beispielen lernen

Status quo und aktuelle Entwicklungen

- Positive Erfahrungen und aus Projekten gewonnene Erkenntnisse werden nur begrenzt geteilt
- Wenig Bereitschaft, sich mit anderen zu vergleichen, iterativ weiterzuentwickeln und von Vorreitern zu lernen
- Die Nachhaltigkeit von Projekten ist eingeschränkt, wenn der Erfolg nicht klar definiert wurde, es an institutioneller oder langfristiger finanzieller Unterstützung mangelt, oder eine Weiterentwicklung über die Anfangsphase hinaus nicht ausreichend geplant wurde

Weltweit haben sich Organisationen zum Ziel gesetzt, den VBHC-Ansatz zu verbreiten. Hervorzuheben sind hier beispielsweise das International Consortium for Outcome Measurement (ICHOM), das sich für eine Standardisierung der Ergebnismessung über Länder und Kontinente hinweg einsetzt und mit jährlichen Kongressen einen internationalen Austausch fördert. Auch nationale Organisationen wie VBHC Suisse bieten ein Forum für Wissensaustausch und Netzwerkbildung. Best-Practice-Beispiele wie die Martini-Klinik, die erfolgreich Schlüsselemente des VBHC-Ansatzes umsetzen, oder auf nationaler Ebene das niederländische Gesundheitswesen (Linnean Initiative) haben teils eine globale Leuchtturmwirkung und zeigen: VBHC funktioniert – auch wenn es nicht einfach ist.

In der Schweiz finden sich bereits einige Beispiele für die gelungene Umsetzung von Schlüsselementen des VBHC-Ansatzes, speziell auch der qualitäts- und patientenbezogenen PROM- und PREM-Nutzung (einzelne Beispiele werden im Anhang hervorgehoben).

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

- Skalierung der Ausbildung in Transformationskompetenzen: Der Mangel an Wissen darüber, «was» und «wie» gemessen werden soll, beeinträchtigt jeden Aspekt der Transformation im Gesundheitswesen. Ausbildungsprogramme zu VBHC sollten sich mehr der Umsetzung denn der Theorie widmen^{1,2}
- Das Rad muss nicht neu erfunden werden – sowohl für Bottom-up-Projekte als auch für Top-down-Ansätze gibt es bereits Beispiele und Erfahrungen, von denen neue Initiativen profitieren können
- Eine wirksame Lösung für das Problem alleinstehender Pilotprojekte besteht darin, mehrere Pilotprojekte an verschiedenen Standorten durchzuführen, die sich mit denselben (Gesundheits-)Problemen befassen
- Gemeinsame Pilotprojekte sind oft wirksamer, um institutionelle und dauerhafte finanzielle Unterstützung zu sichern
- Wissen, das in Netzwerken und Foren vorhanden ist, sollte gebündelt werden. Initiativen wie VBHC Suisse sollten ausgeweitet und seitens der Politik stärker gefördert werden

3.6 Neue Anreizstrukturen schaffen – Qualität incentivieren und entlohnen

Status quo und aktuelle Entwicklungen

- Gesetzliche Grundlagen wie die Artikel 58³ und 77⁴ des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) bieten Raum für Erprobungen alternativer Vergütungsformen, die Qualität explizit berücksichtigen. Bisher werden diese Optionen jedoch wenig genutzt
- Mangelnde finanzielle Förderung ausserhalb wissenschaftlicher und zeitlich begrenzter Pilotprojekte können die Nachhaltigkeit von Projekten im Bereich VBHC gefährden

Finanzielle und rechtliche Strukturen haben einen starken Einfluss auf das Verhalten der Akteure im Gesundheitswesen. Monetäre und nicht monetäre Anreize können Qualität und Quantität erbrachter Leistungen beeinflussen, Auswirkungen auf den Zugang zu Versorgungsleistungen haben, Innovationskraft treiben oder bremsen (Chang 2009, Moscelli 2024). Monetäre Anreize gelten als ein starker Hebel, um Verhaltensweisen zu beeinflussen und stehen im politischen Diskurs häufig im Fokus. Bereiche mit hohen Vergütungen weisen beispielsweise eine Tendenz zu Überversorgung auf (FMH 2013).

In die Routineversorgung ist VBHC, insbesondere wenn es um die Betrachtung beider Seiten der eingangs erwähnten Nutzen-Gleichung («value equation») geht, bisher nicht integriert. Hinsichtlich bestehender Anreizstrukturen ist wenig Wandel in Richtung eines nutzenorientierten Systems zu beobachten. Gesetzliche Grundlagen wie der Artikel 58 (s. o.), der es den Kantonen und Tarifpartnern freistellt, innovative Pilotprojekte zur Kostensenkung und Quali-

¹ Intensivkurs Value-based Healthcare der Technischen Universität Berlin 2025. <https://www.tu.berlin/mig/studium/lehrangebot/lehrangebot-fuer-master-studierende/Value-based-healthcare-vbhc>

² ICHOM Certified Value-based Health Care Professional Program. <https://www.ichom.org/education/>

³ Art. 58 Qualitätsentwicklung

Der Bundesrat legt nach Anhörung der interessierten Organisationen jeweils für vier Jahre die Ziele im Hinblick auf die Sicherung und Förderung der Qualität der Leistungen (Qualitätsentwicklung) fest. Er kann die Ziele während der Vierjahresperiode anpassen, falls sich die Grundlagen für deren Festlegung wesentlich verändert haben.

⁴ Art. 77 Prämien in der Kollektivversicherung

Die Versicherer können in der Kollektivversicherung von der Einzelversicherung abweichende Prämien vorsehen. Diese sind so festzusetzen, dass die Kollektivversicherung mindestens selbsttragend ist.

tätsverbesserung im Gesundheitswesen durchzuführen, sind vorhanden. Sie bieten Raum für Erprobungen alternativer Vergütungsformen, die Qualität explizit berücksichtigen und Anreize für Qualitätsverbesserungen setzen. Bisher werden diese Optionen jedoch wenig genutzt, z. B. in der Patient-Empowerment Initiative (PwC 2021). Auch sind viele der VBHC-Initiativen in der Schweiz derzeit auf einzelne Institutionen oder zeitlich begrenzt, sind Bestandteil von Forschungsprojekten und werden durch Drittmittel oder die beteiligten Akteure selbst finanziert. Dies könnte langfristig ihre Nachhaltigkeit gefährden. Bleibt die Umsetzung des VBHC-Ansatzes auf einzelne Institutionen und Kantone beschränkt, wird zudem eine Fragmentierung der sich ausbildenden Landschaft riskiert. Stattdessen sollten diese Initiativen und Pilotprojekte als wichtige Kristallisationspunkte für eine regionale oder nationale Umsetzung von VBHC oder seiner Teilkonzepte dienen.

Um das Potenzial zu heben für Verbesserungen für den Einzelnen und die Solidargemeinschaft, das sich durch eine verstärkte Implementierung von VBHC ergäbe, braucht es eine breite politische Unterstützung und eine Anpassung der Rahmenbedingungen. Hierunter fällt auch das Schaffen neuer Anreizstrukturen und Investitionen in eine neue Infrastruktur, ein im Fokus des «Financing High Value Care»-Workshops stehendes Thema.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

- **Gemeinsame Investition in die Messung der Ergebnisqualität:** Investitionen in nutzenorientierte Datenerfassung und -auswertung sind aktuell eine Vorhalteleistung der Leistungserbringer. Die systematisch standardisierte – und wo möglich automatisierte – Erfassung evidenzbasierter Routinedaten zur Behandlungsqualität wird im VBHC-Ansatz mit der Outcomemessung aus der Patient:innenperspektive (PROMs) ergänzt. Diese zentrale Dimension sollte zukünftig neben der Struktur- und Prozessqualität validiert und risikoadjustiert fester Bestandteil von Tarifstrukturen («Value-based Pricing/Reimbursement») sein. Kosten, die bei Entwicklung und Implementierung dieser Modelle anfallen, können nicht allein von den Leistungserbringern getragen werden. Diese Kosten sollten als Gemeinschaftsaufgabe verstanden und unter den Akteuren im Gesundheitssystem aufgeteilt werden.
- **Neue an Qualität geknüpfte Vergütungsmodelle:** Die Vergütung innerhalb eines nutzenorientierten Systems muss in einem angemessenen Verhältnis zur Qualität stehen. Die Einhaltung oder gar das Übertreffen gemeinsam zwischen den Tarifpartnern vereinbarter Qualitätsstandards schlagen sich positiv in den Tarifen nieder und bilden Anreize für Leistungserbringer, patientenzentrierte und qualitativ hochwertige Leistung zu erbringen. Schlechtere Qualität wird durch niedrigere Vergütungen sanktioniert bzw. sollte nicht weiter durch volumengetriebene Modelle, wie sie derzeit in Anwendung sind, gefördert werden.
- **«Bundled Payments» oder «Capitation-Modelle» im Kontext von VBHC:** Leistungspakete («Bundles») bieten – bei korrekter Umsetzung mit präziser Kostenrechnung, Ergebnismessung, Trennung von Leistungs- und Versicherungsrisiken sowie attraktiven Boni für erbrachte Qualität – einen natürlichen Anreiz, Sektorengrenzen zu überwinden und genau jene Lösungen bereitzustellen, die für Patient:innen am wichtigsten sind (in Deerberg-Wittram 2023). Verschiedene Ansätze können kombiniert werden, um Anreize zu verstärken oder negative Nebeneffekte zu vermeiden. Ein Beispiel für eine «Capitation-Modell»-basierte Vergütung in der Schweiz ist im Appendix beschrieben (Steckbrief Réseau de l'Arc).
- **Neuausrichtung der Akteure im System:** Versicherer und Industrie übernehmen eine aktivere Rolle als Beförderer nutzenbasierter Versorgungsansätze, während Leistungserbringer dadurch mehr Fokus auf Innovationen zur Qualitätssteigerung legen können.

3.7 VBHC weiterentwickeln und auf die Werte der Medizinschaffenden erweitern

Status quo und aktuelle Entwicklungen

- Der 2006 entwickelte VBHC-Ansatz wurde durch neue Bedürfnisse erweitert, um den kulturellen Wandel und den Faktor «Mensch» stärker aufzugreifen
- Neben steigenden Gesundheitsausgaben gefährdet auch ein wachsender Fachkräftemangel Nachhaltigkeit und Qualität im Gesundheitswesen
- Anreize zugunsten eines hohen Leistungsvolumens verstärken den Druck auf medizinisches Personal und geplante Sparmassnahmen drohen diesen weiter zu erhöhen

Zwar ist das Thema Kosten im Gesundheitswesen auch in der Schweiz zunehmend relevant und der Themenkomplex «Gesundheitsfragen/Krankenkasse/Prämien» belegte noch vor den Folgen des Klimawandels Platz 1 des «UBS Sorgenbarometer 2024» (UBS 2025). Doch auch andere Probleme wie der wachsende Fachkräftemangel werden zunehmend spürbar (Chang 2009, Peter 2021, Moscelli 2024). Gründe für die berufliche Umorientierung von Pflegekräften und Ärzt:innen hängen eng mit einem steigenden Leistungsdruck zusammen: hohe Administrationslast, wenig Zeit für Patient:innen und intensiver Kostendruck tragen massgeblich zur Entstehung von Burnout bei medizinischem Personal bei. Eine erfolgreiche Transformation muss diese Problematik berücksichtigen, da sie auf das aktive Mitwirken der Fachkräfte angewiesen ist.

Während der VBHC-Ansatz nach Porter und Teisberg primär die Qualitäts- und Kostenproblematik aufgreift, wurde der Ansatz in aktuellen Publikationen ausgeweitet. So ergänzten van der Nat et al. die ursprünglichen sechs Schlüsselemente um weitere vier Elemente (Abb. 4). In den Fokus rückt hier vor allem der «menschliche Faktor». Um VBHC erfolgreich umzusetzen, benötigt es eine Lernkultur, entsprechende Lern- und Austauschplattformen für medizinisches Personal und eine Einbettung in den medizinischen Alltag (z. B. in die Kommunikation und gemeinsame Entscheidungsfindung), die VBHC erlebbar macht und aufzeigt, welcher Mehrwert für Patient:innen und Behandelnde entsteht. Behandelnde, die PROMs als Bestandteil der Behandlung, beispielsweise in der gemeinsamen Entscheidungsfindung nutzen, berichten nicht nur über ein anderes Erleben ihrer Tätigkeit, sondern auch über einen Effizienzgewinn. Dank neuen Einblicken in die Bedürfnisse ihrer Patient:innen können Gespräche und Massnahmen zielgerichteter erfolgen. Eine Transformation im Sinne des VBHC-Ansatzes besitzt ein hohes Potenzial, Arbeitsbedingungen für medizinische Fachkräfte besser zu gestalten, indem der Fokus von einem «mehr» auf ein «besser» verlagert wird. Die Steigerung des Patientennutzens anstatt der Zahl durchgeführter Behandlungen steht im Einklang mit der intrinsischen Motivation der Behandelnden, bestmögliche Versorgung ihrer Patient:innen zu gewährleisten.

Messungen haben Interventionen zur Verbesserung der Patientensicherheit und der Versorgungsqualität vorangetrieben. Dabei liefern patientenberichtete Erfahrungs- und Ergebnisindikatoren, sogenannte Patient-reported Experience Measures (PREMs) und PROMs wesentliche Einblicke. In ähnlicher Weise können Messungen unser Verständnis für Herausforderungen der medizinischen Fachkräfte und entsprechende Gegenmassnahmen stärken. Sogenannte «von Mitarbeitenden berichtete Erfahrungsindikatoren» (staff-reported experience measures, SREMs) und «von Mitarbeitenden berichtete Ergebnisindikatoren» (staff-reported outcome measures, SROMs) (McDermott 2023) können Instrumente sein, um Interventionen zur Verbesserung der Mitarbeiterbindung und der allgemeinen Mitarbeitererfahrungen und -ergebnisse gezielter zu priorisieren, zu messen, zu verfeinern und so konsistenter und erfolgreicher umzusetzen.

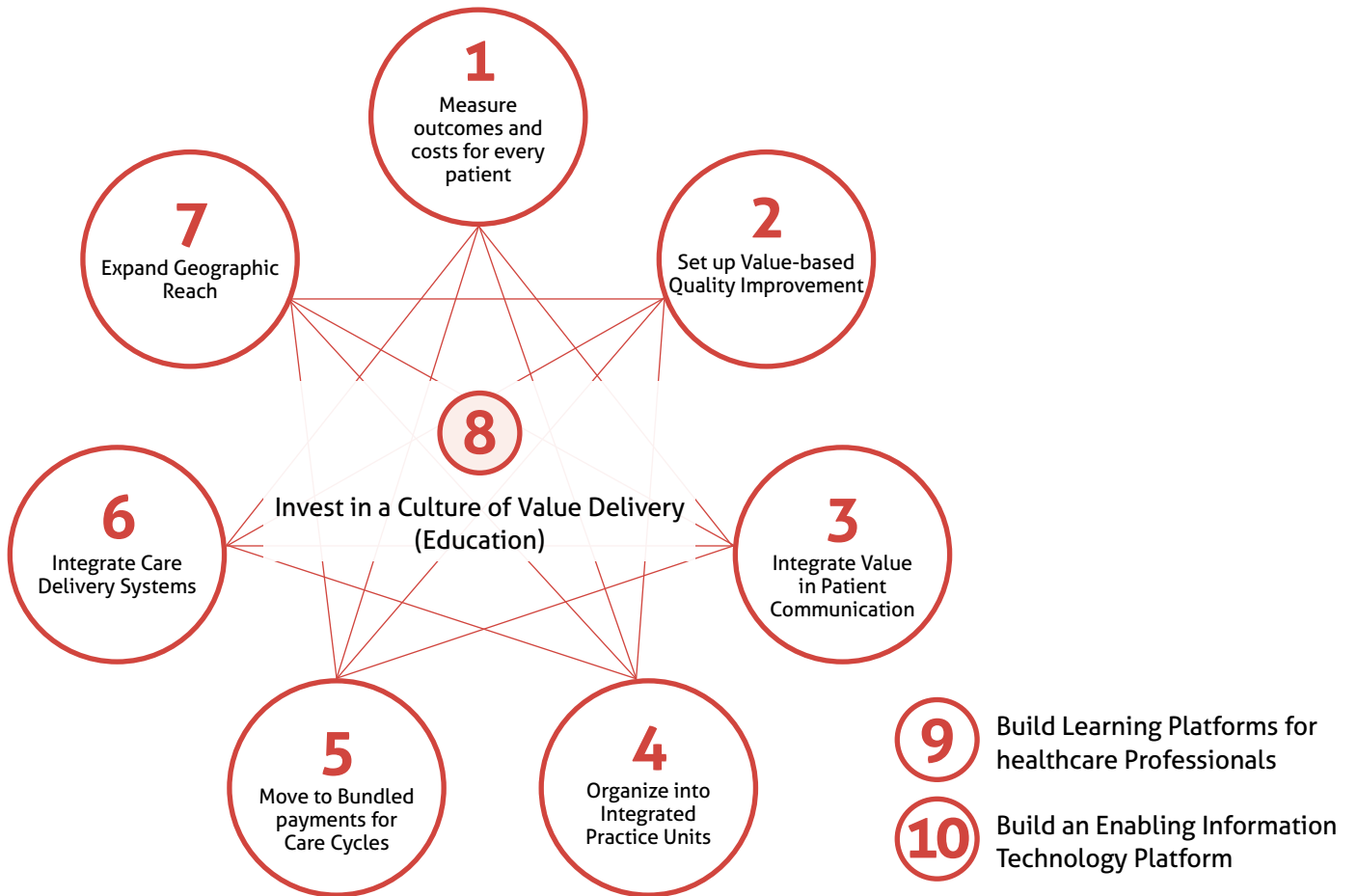
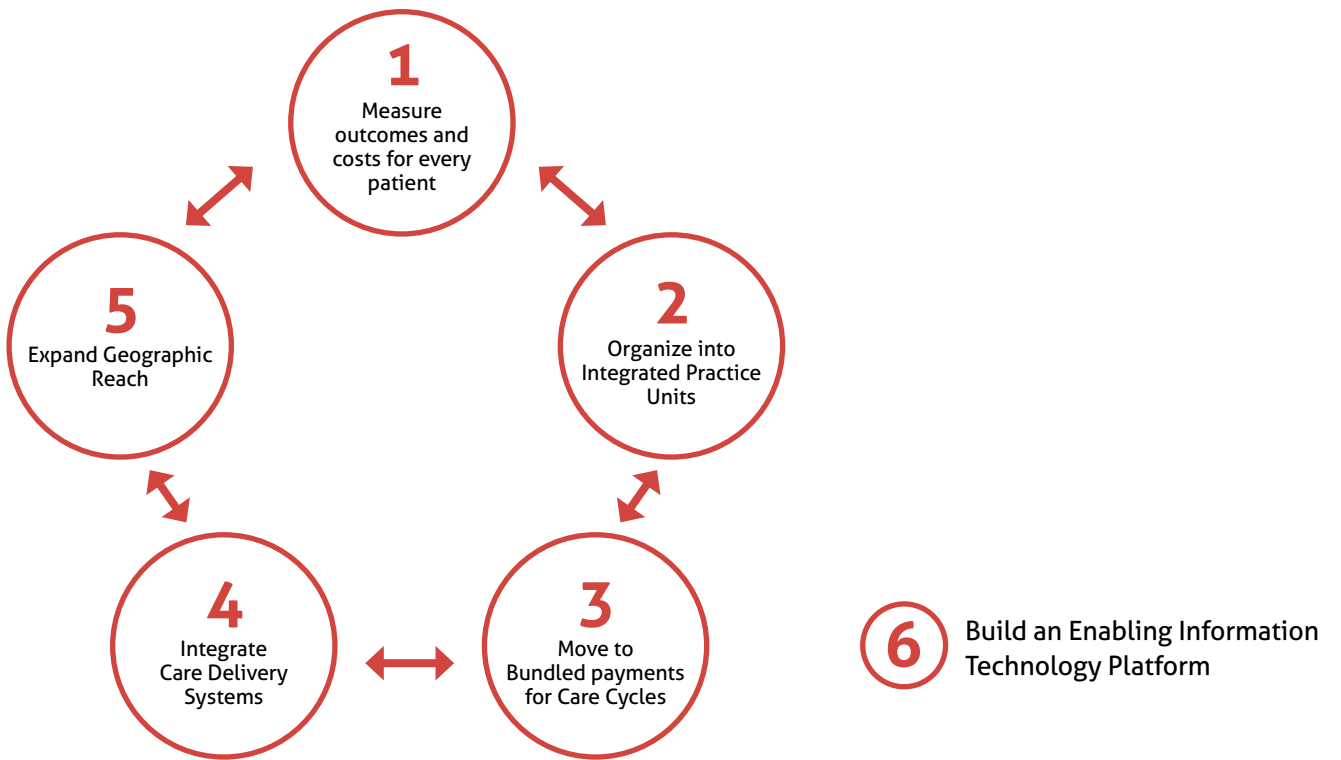


Abb. 4: Oben: «Value agenda» nach Porter (2006); Unten: Schlüsselemente nach van der Nat (2022), mit freundlicher Genehmigung

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

- Der VBHC-Ansatz kann und darf auf lokale Gegebenheiten und spezifische Herausforderungen angepasst werden, ohne den Kerngedanken, die Ausrichtung am Patientennutzen zu vernachlässigen
- Neben steigenden Gesundheitsausgaben gefährdet auch ein wachsender Fachkräftemangel Nachhaltigkeit und Qualität im Gesundheitswesen. Es gilt dies im Transformationsprozess zu berücksichtigen, medizinische Fachkräfte von Anfang an zu involvieren und den Mehrwert von VBHC für Patient:innen, aber auch Behandelnde zu demonstrieren. So sollten bei der Implementierung von VBHC «Clinical champions», medizinische Fachkräfte, die vom VBHC-Ansatz überzeugt sind und Ansehen in ihrem Kollegium genießen, identifiziert werden, die Transformationsprozesse im klinischen Umfeld vorantreiben. Gleichzeitig braucht es Raum für Sorgen betreffend der Umsetzung von VBHC-Elementen (wie z. B. dem administrativen Aufwand zur Erfassung von PROMs), für die gemeinsam Lösungen gefunden werden.
- Ein Einsatz von SREMs und SROMs, um fundierte und spezifische Einblicke in die Erfahrungen und Bedürfnisse der Mitarbeitenden zu erhalten, kann zur gezielten Verbesserung der Arbeitsbedingungen und so indirekt zum Erhalt der Versorgungsqualität beitragen.

4. Fazit

Das Schweizer Gesundheitswesen steht vor Herausforderungen, die ein kollektives Umdenken, einen kulturellen Wandel, eine Transformation erfordern. Der Ansatz des Value-based Healthcare (VBHC) bietet hier einen klaren Weg: Durch die Ausrichtung auf den Patientennutzen können Fehlanreize, Fragmentierungen und Ineffizienzen in der Gesundheitsversorgung überwunden und die Versorgungsqualität verbessert werden.

Expert:innen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens haben sich daher für ein System ausgesprochen, das sich von bestehenden Anreizstrukturen löst und den Mehrwert für Patient:innen in den Mittelpunkt rückt.

Um dies zu erreichen, wurden sieben Handlungsfelder identifiziert:

- Konsequente Messung des Patientennutzens
- Effiziente und gemeinsame Nutzung von Daten
- Aktive Einbindung der Patient:innen auf allen Entscheidungsebenen
- Aufbrechen von Silos zugunsten von Netzwerken
- Austausch von Erfahrungen und Best Practices
- Einführung neuer Anreizsysteme zur Förderung von Qualität
- Weiterentwicklung des VBHC-Ansatzes

Dies erfordert jedoch nicht nur das Engagement aller Stakeholder, sondern auch legislative Anpassungen und eine verstärkte Kooperation. Nur so lässt sich ein Gesundheitswesen schaffen, das die vorhandenen Ressourcen effizient einsetzt und zur langfristigen Qualität und Nachhaltigkeit der Versorgung beiträgt.

5. Appendix

Appendix 1:

Erfolgsfaktoren für die Implementierung von VBHC

Erfolgsfaktoren für die erfolgreiche Implementierung des VBHC-Konzepts und seiner Kernbestandteile, insbesondere der Messung und Nutzung patientenberichteter Ergebnisse, sind Gegenstand verschiedener internationaler Vergleiche (Katz 2020, Steinbeck 2021).

Ein Beispiel für die Umsetzung von VBHC in einzelnen Institutionen, aber auch auf nationaler Ebene ist die von Katz et al. entwickelte Implementierungs-Matrix, die Kernbestandteile bzw. -aktivitäten anschaulich macht (Abb. 5). Im Zentrum der Matrix und am Anfang steht die **Auswahl einer Patient:innengruppe bzw. einer Indikation**, für die eine nutzenorientierte Versorgungslösung geschaffen werden soll. Die Matrix umfasst **fünf Aktivitäts-Blöcke**, die ineinandergreifen: Das **Messen und Vergleichen von Ergebnissen und dafür aufgewendeter Ressourcen**, das **Entlohnen und Incentivieren herausragender Qualität**, die **stetige Verbesserung durch Lernzyklen** und die **Zusammenarbeit mit Partner:innen** innerhalb der eigenen Organisation, aber auch über etablierte Silos hinweg. **Kernelemente mit Katalysatorfunktion** sind digitale Lösungen, die Erhebung und Nutzung von Daten ermöglichen.

Die **Digitalisierung** ist – wenn zielgerichtet angewendet – starker Treiber für Veränderungen im Gesundheitswesen. Sie bietet die Instrumente und Plattformen, um Daten in Echtzeit zu erfassen, zu analysieren und zu teilen. In einem VBHC-Modell können digitale Tools dazu beitragen, den Wert der Versorgung zu messen, Best Practices auszutauschen und kontinuierliche Verbesserungszyklen zu unterstützen. Auch der Wechsel von bestehenden Anreizstrukturen zu **alternativen Vergütungsmodellen** wird in der Matrix als Teil der neun Kernelemente aufgegriffen. Dies trägt anhand internationaler Beispiele beobachteter Effekte Rechnung.

Der angestrebte Systemwandel kann nur unter Beteiligung aller Akteure im Gesundheitswesen gelingen. Er erfordert eine tiefe Reflexion, Anpassungen in der Kultur, den Strukturen und Prozessen. Auf Vertrauen basierende Partnerschaften zwischen verschiedenen Akteuren über Sektorengrenzen und Silos hinweg sind gerade in Übergangsphasen unerlässlich. Das von S. Ernst und V. Steinbeck erarbeitete Framework für die Implementierung von PROMs bis hin zu nationaler Ebene trägt diesem Aspekt Rechnung: Die Dimension «Culture & Stakeholder Involvement» ist wesentliches Brückenelement, das andere Bestandteile des Frameworks verbindet.

Appendix 2:

Beispiele wertbasierter Versorgungsmodelle in der Schweiz

Aktuelle Projekte wertbasierter Abrechnungs- und Versorgungsmodelle sowie krankheitsspezifischer Ansätze zur Abbildung des VBHC-Konzeptes als zukunftsweisende Ideen belegen den Handlungsbedarf, um Qualität und ökonomische Tragfähigkeit zu sichern. Dies im föderalen Wettbewerb unter Beteiligung von Leistungserbringern, Versicherern, Pharma-/Medtech-Industrie und Kantonen mit dem Ziel, Kosten und Qualität durch grösstmögliche Patientenzentrierung gleichermassen positiv zu beeinflussen.

5.1 Patient Empowerment & Pay 4 Patient Value

Die risikoadjustierte Integration der mit PROMs gemessenen Lebensqualität aus Patient:inensicht in Kombination mit routinemässig erhobenen Qualitätsindikatoren wie Rehospitalisierungs- und Infektionsraten in neuartige Tarifierungsmetriken stehen im Zentrum dieser Projekte unter Beteiligung von Leistungserbringern und Versicherern für den Hüft- und Kniegelenkersatz. Ziel ist die Initialzündung einer Abkehr vom bisherigen rein volumenorientierten DRG-System zu einer wertbasierten Tariflogik. Werden Leistungserbringer mit überdurchschnittlicher Prozess- und erzielter Lebensqualität ihrer Patient:innen belohnt, sollten Kosteneinsparungen auf Ebene Gesundheitssystem durch Vermeidung von Fehlversorgung (Indikations- und Behandlungsqualität) erzielt werden.

In der «Patient Empowerment-Initiative» unter der Projektleitung von PwC Schweiz wird die Entwicklung einer «dynamischen Baserate» für OKP-Versicherte der CSS und SWICA des Universitätsspitals Basel und des Kantonsspitals Winterthur angestrebt. Die Realisierbarkeit unter bestehender Gesetzgebung ohne Inanspruchnahme des Experimentierartikels fusst auf einem Rechtsgutachten und wird vom Kanton Basel-Stadt positiv beurteilt.

Wissenschaftlich begleitet vom Kompetenzzentrum für Health Data Science der Universität Luzern ist der Hüftgelenkersatz auch Ausgangspunkt des von der Groupe Mutuel in Kooperation mit dem Universitätsspital Basel und dem Hôpital la Tour (Meyrin) lancierten Pilotprojekts «Pay 4 Performance». PROM- und klinische Qualitätsdaten sollen nach einer Testphase mit realen Daten in die wertbasierte Abrechnungsroutine für diese und weitere Indikationen einfließen.

5.2 Value-based Healthcare im Lungentumorzentrum USB/Roche

Die Umsetzung wesentlicher Bestandteile des VBHC-Konzeptes in der klinischen Routine einer umschriebenen Erkrankung mit Erhebung, Abbildung und Analyse der in der Nutzenvergleichung verwendeten Daten stehen im Mittelpunkt dieses Kooperationsprojektes zwischen Roche Pharma (Schweiz) AG und dem Universitätsspital Basel. In einem explorativen Ansatz wurden beginnend mit der technischen Implementierung von PROMs und deren Integration über die verschiedenen Behandlungspfade der beteiligten Kliniken Onkologie, Radioonkologie und Thoraxchirurgie hinweg die Leistungs- und Abrechnungskennzahlen in einem holistischen VBHC-Ansatz zusammengeführt und ausgewertet.

Die Beobachtung eines «Real-World-Szenarios» ist dabei Ziel und hat sich gleichzeitig als Herausforderung erwiesen. Die Erfassung und Analyse der Daten aus verschiedenen Systemen – Stichwort Dateninteroperabilität – zur Abbildung der Nutzengleichung ist auch für das European Center for Pharmaceutical Medicine (ECPM) der Universität Basel, das als unabhängiger Partner unter Einhaltung aller Richtlinien des Datenschutzes und der Ethik Forschungsfragen bearbeitet, Neuland.

Wie lässt sich VBHC in den klinischen Alltag integrieren, was braucht es, um Ärzt:innen, Pflegende und Patient:innen vom Mehraufwand zu Beginn zu überzeugen? Werden im Verlauf Behandlungsentscheide und -verläufe durch ein besseres Wissen um die Lebensqualität der Patient:innen unter verschiedenen Behandlungsoptionen beeinflusst? Welche Zusammenhänge und Erkenntnisse ergeben sich aus dem Dreieck klinischer Daten, standardisiert erhobener Outcomedaten (PROMs) und Finanzdaten als Basis, um «Financing High Value Care» in der Schweiz realisierbar zu machen? Antworten auf diese und weitere (Forschungs-)Fragen werden in diesem Jahr erwartet und wissenschaftlich publiziert.



9. External collaborations

Refers to partnering with insurers, life science companies and health authorities.



8. Learning community

Relies on improvement cycles, training programmes and research projects.



2. Internal Forces

Consists of mobilising a core team, involving and making board support visible.



3. Scorecard

Defines processes, costs and outcome indicators while applying case-mix adjustment.



4. Data platform

Enables data capture, interface interactions, data analytics and access to data.



5. Benchmarks

Provide transparent outcome comparisons across providers.



7. Incentives

Create outcome-based payments and behavioural encouragements.



6. Investments

Involve human and financial resources mobilised for implementation.



Abb. 5: «Implementation Matrix» adaptiert nach Katz et al. (Katz 2020), mit freundlicher Genehmigung

5.3 Nachhaltige Partnerschaften statt Geschäftsbeziehungen – Der Patient im Mittelpunkt von Value Agreements

Der gewonnene Nutzen einer Behandlung aus Patientensicht ist Ausgangspunkt der «Value Agreements», mit denen die Johnson & Johnson AG Schweiz VBHC-Ansätze in der klinischen Versorgung und Vergütung vorantreibt. Die partnerschaftlichen Abkommen mit Festlegung einer gemeinsamen Zieldefinition, die sich an der Nutzengleichung orientiert, soll die klassische transaktionale Geschäftsbeziehung ablösen. Der Dienstleister – hier der Medtech-Anbieter – wird zunehmend anhand der Wirksamkeit neuer Technologien und/oder Prozessoptimierungen des Behandlungspfades gemessen und vergütet. Beurteilt werden diese beiden Hebel dabei auch mithilfe von PROMs aus Patientenperspektive.

Ein Value Agreement am Beispiel der interventionellen Behandlung des Vorhofflimmerns zwischen Johnson & Johnson und einer Schweizer Klinik umfasst auch ein «klinisches Risk-Sharing». Die Schaffung der technischen Voraussetzungen und Prozessabläufe zur Nutzung einer innovativen Kathetertechnologie zur Behandlung dieser häufigsten Herzrhythmusstörung durch den Leistungserbringer wird seitens Medtech-Dienstleister durch eine Erfolgsgarantie von mindestens 90 Prozent unterstützt, die deutlich über der in der Fachliteratur angegebenen Erfolgsrate liegt. Teile der Materialkosten für Re-Interventionen, die über zehn Prozent pro Kalenderjahr liegen, werden im Rahmen einer Risikopartizipation übernommen.

5.4 Réseau de l'Arc

Einen systemischen Versorgungsansatz unter Einbezug von Leistungserbringern, Versicherern und kantonaler Gesundheitssteuerung verfolgt das Modellprojekt Réseau de l'Arc. Ziel des in seiner Grundidee vom US-amerikanischen Kaiser-Permanente-Modell inspirierten Netzwerkes ist ein hausarztgesteuertes Versorgungsmodell. Das holistische Gesundheitsmodell im Berner Jura ist angetreten, durch die Betonung präventiver Massnahmen das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden der Menschen in einem integrierten Versorgungsmodell zu fördern. Die grundlegende Transformation beginnt mit einem Wechsel von der üblichen Einzelleistungsvergütung zu einer jährlichen Pauschalvergütung für jedes Mitglied des von der Visana-Krankenversicherung angebotenen Versorgungsplans. Dadurch haben die beteiligten Leistungserbringer ein intrinsisches Interesse, die Gesundheit ihrer Mitglieder zu fördern. Im Krankheitsfall fallen die durch das bisherige Fallpauschalensystem bedingten potenziellen Fehlanreize, möglichst viele Leistungen abzurechnen weg, da im Rahmen der vorgegebenen Finanzierung gehaushaltet werden muss.

Getragen wird der Réseau de l'Arc von Medizinischen Hausarzt-Zentren des Swiss Medical Network, dem Kanton Bern und der Visana als Versicherer. Die Hausärztinnen und Hausärzte in den wohnortnahen Grundversorgungszentren fungieren als primäre «Gesundheitsnavigatoren» für die Patient:innen im Versorgungsmodell. Sie koordinieren als «Care Manager» alle notwendigen Massnahmen zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit ihrer Mitglieder. Dazu gehören neben der Grundversorgung die Durchführung oder Organisation aller diagnostischen wie labortechnischen Untersuchungen und wo angezeigt die Vermittlung ambulanter oder stationärer Versorgung.

6. Literatur

Blozik E, Farcher R, Graber SM, et al. (2022). Evidence-based indicators for the measurement of quality of primary care using health insurance claims data in Switzerland: update of the SQUIPRICA working group. *BMC Health Serv Res* 22(1): 628. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07893-8>

Chang WY, Ma JC, Chiu HAT, et al. (2009). Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals. *J Adv Nurs* 65(9): 1946-1955. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05085.x <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05085.x>

Davis V, Andrews A (2019). Measuring what matters to individuals and families using the Capability, Comfort, and Calm outcomes framework. 2nd Asia Pacific Conference on Integrated Care. U. T. A. Value Institute For Health & Care, Austin, Texas, United States. Melbourne, International Journal of Integrated Care. 20: 2. <https://ijic.org/articles/10.5334/ijic.s4208>

Deerberg-Wittram J, Kirchberger V, Rüter F (Hrsg.) (2023). Das Value-based Health Care Buch – Gesundheitsversorgung nachhaltig gestalten. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, ISBN 978-3-95466-794-9.

EQK, Eidgenössische Qualitätskommission (2023). Übertragene Programme: Pflichtenheft – Plattform zur Förderung des Einbezugs von Betroffenen, Angehörigen und der Bevölkerung im Gesundheitswesen mit Informationen, Schulungs- und Vernetzungsmöglichkeiten. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/organisation/ausserparlamentarische-kommissionen/eidgenoessische-qualitaetskommission-eqk/laufende-programme-und-projekte.html> (abgerufen am 29.04.2025)

EQK, Eidgenössische Qualitätskommission (2024). Bundesamt für Gesundheit: Eidgenössische Qualitätskommission (EQK): Jahresziele. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/organisation/ausserparlamentarische-kommissionen/eidgenoessische-qualitaetskommission-eqk.html> (abgerufen am 29.04.2025)

Farcher R, Graber SM, Boes S, et al. (2024). Are integrated care models associated with improved drug safety in Swiss primary care? an observational analysis using healthcare claims data. *PLOS ONE* 19(9): e0311099. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0311099>

FMH/SAQM (2024). Qualität / SAQM. <https://www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm.cfm> (abgerufen am 4.11.2024)

Gagnier JJ (2017). Patient reported outcomes in orthopaedics. *J Orthop Res* 35(10): 2098–2108. DOI: 10.1002/jor.23604

GDK, Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2020). Qualität im Gesundheitswesen: Sicht der Kantone. Positionspapier der GDK. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/qualitaet/BT_Positionspapier_Qualitaet_GDK_def_d.pdf (abgerufen am 29.04.2025)

GDK, Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2023). Qualität. <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/qualitaet> (abgerufen am 29.04.2025)

FMH, Foederatio Medicorum Helveticorum (2013). Positionspapier der FMH zu Bonusvereinbarungen in Spitalarztverträgen. https://www.fmh.ch/files/pdf23/20131106_positionspapier_boni_d.pdf (abgerufen am 29.04.2025)

Huber CA, Scherer M, Rapold R et al. (2020). «Evidence-based quality indicators for primary healthcare in association with the risk of hospitalisation: a population-based cohort study in Switzerland.» *BMJ Open* 10(4): e032700. <https://bmjopen.bmj.com/content/10/4/e032700>

Katz G. (2020). EIT Health, Implementing Value-based Health Care in Europe: Handbook for Pioneers. https://eithealth.eu/wp-content/uploads/2020/05/Implementing-Value-based-Healthcare-In-Europe_web-4.pdf

KVG, Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Bundesamt für Gesundheit. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesetze-und-bewilligungen/gesetzgebung/gesetzgebung-versicherungen/gesetzgebung-krankenversicherung/kvg.html> (abgerufen am 29.04.2025)

Larsson S, Clawson J, Kellar J (2023). *The Patient Priority*. McGrawHill, New York.

Li D, Huang Q, Zhang W, et al. (2023). Effects of routine collection of patient-reported outcomes on patient health outcomes in oncology settings: A systematic review. *Asia Pac J Oncol Nurs* 10(11): 100297. doi: 10.1016/j.apjon.2023.100297

McDermott AM, Sarkar U, Fisher R (2023). Measuring The Impact Of Interventions To Retain Health Care Staff. *Health Affairs Forefront*. DOI: 10.1377/forefront.20230621.460867

Moscelli G, Mello M, Sayli M, et al. (2024). Nurse and doctor turnover and patient outcomes in NHS acute trusts in England: retrospective longitudinal study. *BMJ* 387: e079987. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj-2024-07998>

OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development (2023/1). Life expectancy at birth by sex, 2021 and 2022 (or nearest year). <https://stat.link/5liuzr> OECD. <https://stat.link/5liuzr> (abgerufen am 29.04.2025)

OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development (2023/2) *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en> (abgerufen am 29.04.2025)

Patientenstelle Zürich (2024). <https://zh.patientenstelle.ch/> (abgerufen am 12.12.2024)

Peter KA, Hahn S, Schols JMGA, et al. (2020). *J Clin Nurse* 29:3064–3081

Peter K, et al. (2021) Forschungsprojekt STRAIN – Work-related stress among health professionals in Switzerland. <https://www.bfh.ch/de/forschung/referenzprojekte/strain/> (abgerufen am 28.04.2025)

Porter ME (2007). What is Value in Health Care? *NEJM* 363;26:2477–2481.

Porter ME (2007). What is Value in Health Care? <https://cssnetwork.ca/wp-content/uploads/library/external/What-is-Value-in-Health-Care.pdf> (abgerufen am 28.04.2025)

Porter ME, Teisberg E (2006). *Redefining Health Care – Creating Value-based Competition on Results*, Harvard Business School Press.

PwC (2021). Patientennutzen statt Leistungsmenge – ein innovativer Lösungsansatz. Medienmitteilung. <https://www.pwc.ch/de/presse/patientennutzen-statt-leistungsmenge-ein-innovativer-loesungsansatz.html> (abgerufen am 28.04.2025)

Reich O, Rapold R, Flatscher-Thöni M (2012). An empirical investigation of the efficiency effects of integrated care models in Switzerland. *Int J Integr Care* 12: e2. doi: 10.5334/ijic.685

Scott Wallace, E. T. «Experience Group® Sessions.» Retrieved 16.12.2024, from <https://valueinstitute.utexas.edu/research-projects>.

Steinbeck V, Ernst SC, Pross C (2021). Patient-Reported Outcome Measures (PROMs): ein internationaler Vergleich – Herausforderungen und Erfolgsstrategien für die Umsetzung von PROMs in Deutschland. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh (D). DOI 10.11586/2021053 <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/patient-reported-outcome-measures-proms-ein-internationaler-vergleich>

Taboada D, Cosandey J (2023). Mehr Mehrwert im Gesundheitswesen. Für einen Qualitäts- statt Kostenwettbewerb. Avenir Suisse, Zürich. <https://www.avenir-suisse.ch/publication/mehr-mehrwert-im-gesundheitswesen/>

Teisberg E. (2008). Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen: Möglichkeiten und Chancen. *economiesuisse*, Zurich; Klinik Hirslanden AG, Zurich; Interpharma, Bâle; Association Suisse d'Assurances ASA, Zurich; Swisscom IT Services SA, Berne (éd.). https://www.luzerner-forum.ch/assets/Dateien/Veranstaltungen/Netzwerk-Aperos/2023/teisberg-2008_nutzenorientierter-wettbewerb-im-schweizerischen-gesundheitswesen_d.pdf (accessed on April 29, 2025)

Teisberg E, Wallace S, O'Hara S (2020). Defining and Implementing Value-based Health Care: A Strategic Framework. *Acad Med* 95(5): 682–685

USZ, Universitätsspital Zürich (2023). Perspektive von Patientinnen und Patienten besser verstehen und einbeziehen: Gründung eines Patienten-Beirats am Comprehensive Cancer Center Zürich. <https://www.usz.ch/perspektive-von-patientinnen-und-patienten-besser-verstehen-und-einbeziehen-gruendung-eines-patientinnen-beirats-am-comprehensive-cancer-center-zuerich/> (abgerufen am 29.04.2025)

van der Nat PB (2022). The new strategic agenda for value transformation. *Health Serv Manage Res* 35(3): 189–193

WHO (2020). Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Übersetzung. https://fedlex.data.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/cc/1948/1015_1002_976/20200706/de/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-1948-1015_1002_976-20200706-de-pdf-a.pdf (abgerufen am 29.04.2025)

Wilson I, Bohm E, Lübbeke A, et al. (2019). Orthopaedic registries with patient-reported outcome measures. *EFORT Open Rev* 4(6): 357–367. doi: 10.1302/2058-5241.4.180080

Ziebolz N (2022). Was sind Privacy Enhancing Technologies (PET)? *Healthcare Digital*. <https://www.healthcare-digital.de/was-sind-privacy-enhancing-technologies-pet-a-1116182/> (abgerufen am 29.04.2025)

