

groupemutuel

Unsere Ansätze für  
ein nutzenbasiertes  
Gesundheitswesen

# Value-based Healthcare in der Schweiz

# Inhalt



Was ist Value-based Healthcare (VBHC)?	4-5
Erfahrungen mit VBHC im Ausland	6
Warum braucht es VBHC in der Schweiz?	7
Die Strategie der Groupe Mutuel für ein nutzenbasiertes Gesundheitswesen	8-11
Aktuelle Pilotprojekte der Groupe Mutuel	13-15
Herausforderungen	16-17
Fazit	18



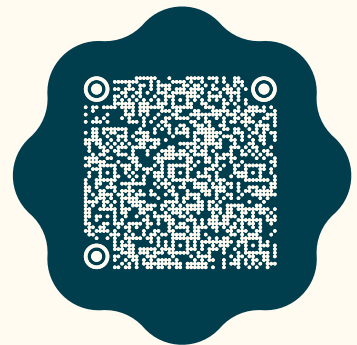
## Was ist Value-based Healthcare?

**Value-based Healthcare stellt den Nutzen und die Lebensqualität für den Patienten ins Zentrum. Die Vergütung der Leistungen orientiert sich nicht nur an der Menge an Behandlungen, sondern auch an der Qualität der erbrachten Leistungen.**

Value-based Healthcare (VBHC) bzw. eine nutzenbasierte Gesundheitsversorgung strebt die bestmögliche Versorgung für jeden Patienten auf der Grundlage der zur Verfügung stehenden Ressourcen an. Eine der Kernprinzipien von VBHC ist der Einbezug der Patienten in ihren Behandlungspfad, beispielsweise mittels Bewertung von medizinischen Leistungen durch PROMs (Patient-reported Outcome Measures).

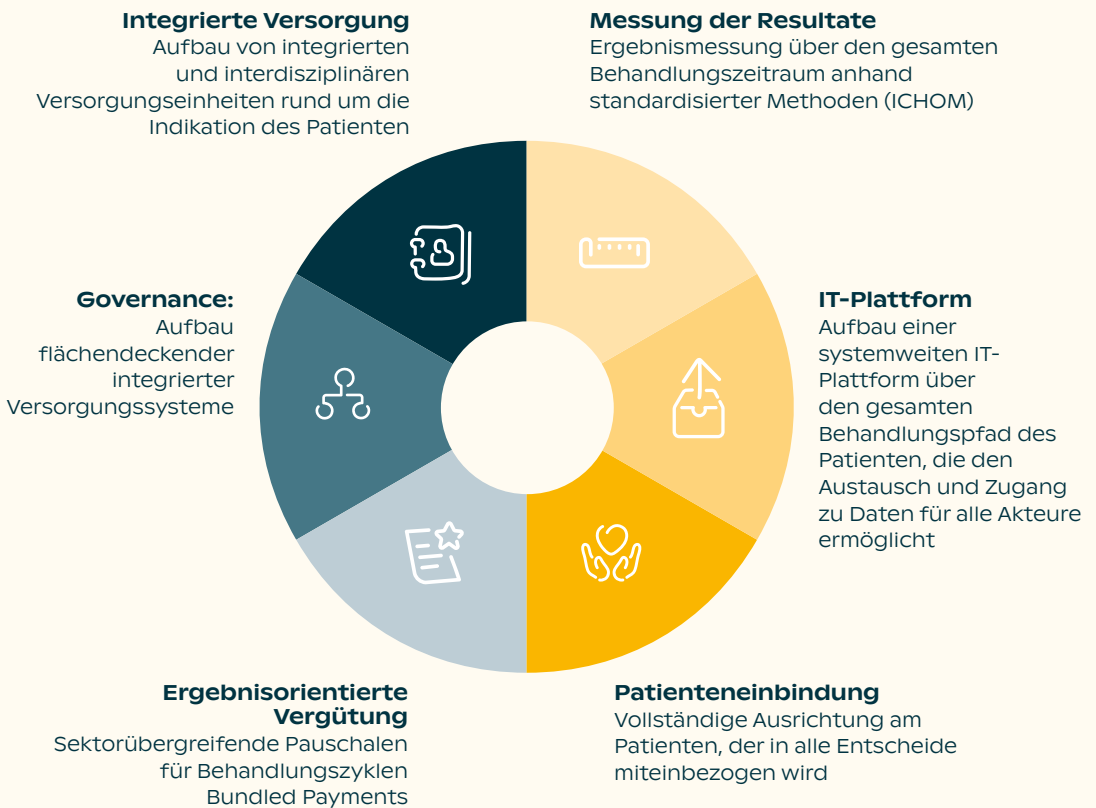
Ob eine Operation an der Hüfte erfolgreich war, wird entsprechend nicht mehr nur daran gemessen, ob die Patientin das Spital zum vorgesehenen Datum verlässt, sondern auch daran, ob das gemeinsam definierte Therapieziel erreicht wurde, also beispielsweise, ob ihre Schmerzen verschwunden sind, sie mehr Beweglichkeit erlangt hat und nicht aufgrund von Komplikationen erneut behandelt werden muss.

Gerade vor dem Hintergrund der stark steigenden Gesundheitskosten kann die Ausrichtung auf Value-based Healthcare eine Möglichkeit sein, die Kostensteigerung im Schweizer Gesundheitswesen zu dämpfen. Die weiteren Vorschläge der Groupe Mutuel zur Eindämmung des Kostenanstiegs finden Sie in unserer Broschüre:



# Das Modell von Value-based Healthcare nach Porter und Lee (2013)

Sechs Hebel zur Umsetzung von VBHC sind entscheidend:



# Erfahrungen mit Value-based Healthcare im Ausland

## Deutschland – Qualitätsverträge

In Deutschland können Krankenversicherungen mit Spitälern in bestimmten Leistungsbereichen Qualitätsverträge abschliessen. Diese bieten finanzielle Anreize für eine hochwertige und effiziente Versorgung. Ein Beispiel ist die Endoprothetik: Spitäler erhalten für moderne Operationskonzepte wie Fast-Track-Chirurgie zusätzlich zur Fallpauschale einen Qualitätszuschlag. Bei Komplikationen wie Entzündungen gibt es keine weitere Vergütung. Wird der Patient aufgrund guter Genesung frühzeitig entlassen, wird die volle Pauschale gezahlt.

## Niederlande – Versorgungsgruppen und Pauschalen

In den Niederlanden gibt es pauschale Vergütungsmodelle (Bundled Payments) für bestimmte Behandlungspfade. Krankenversicherungen kaufen dabei alle nötigen Leistungen bei Care Groups, sprich Gruppen verschiedener Leistungserbringer, ein, die für die Patienten klinisch und finanziell verantwortlich sind. Die Vergütung sowie die Leistungsindikatoren werden individuell zwischen Versicherer und Care Group verhandelt, was zu unterschiedlichen Preisen führen kann.

## USA – Kaiser Permanente: integrierte Versorgung

Kaiser Permanente ist eine grosse US-Gesundheitsorganisation mit einem integrierten Prepaid-Modell. Es besteht aus einer Krankenversicherung, Ärztgruppen und einem Spitalsystem, die integriert und exklusiv untereinander zusammenarbeiten. Ärztgruppen erhalten von der Krankenversicherung ein jährliches Budget (Kopfpauschale) und sind dadurch motiviert, eine kosteneffiziente und qualitativ hochwertige Versorgung zu bieten.



## Warum braucht es VBHC in der Schweiz?

Das Schweizer Gesundheitssystem gilt als qualitativ hochstehend, aber auch als teuer. Die hohen Kosten werden unter anderem dadurch verursacht, dass vorrangig die Menge an erbrachten Leistungen vergütet wird und gewisse Fehlanreize die Mengenausweitung fördern. Die Qualität wird zwar vorausgesetzt, aber kaum gemessen und kontrolliert. Dies führt zu Über- und Fehlversorgung von bis zu 20 Prozent (gemäss dem Preisüberwacher). Von einer konsequenten Einführung von VBHC im Schweizer Gesundheitssystem versprechen wir uns eine qualitativ hochstehende Versorgung der Patienten mit den vorhandenen Ressourcen.

### Wie wird Qualität gemessen? PROMs\*

Patient-Reported Outcomes Measures erfassen durch systematische Befragungen der Patienten deren Empfinden über den eigenen Gesundheitszustand. Sie erfassen:

- Die Auswirkungen einer Krankheit auf den Gesundheitszustand des Patienten und seine Funktionsfähigkeit
- Den Therapieerfolg und den Nutzen einer medizinischen Intervention auf den Gesundheitszustand des Patienten aus dessen Sicht vor, während und nach der Behandlung

PROMs liefern somit ein regelmässiges Feedback über den Gesundheitszustand des Patienten während des Behandlungsverlaufs. Darüber hinaus verbessert die Messung und der Austausch über PROMs die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten und fördert eine patientenorientierte Behandlung.

\*Kein einzelner Indikator liefert ein vollständiges Bild der Qualität. PROMs müssen unter Berücksichtigung anderer Indikatoren wie Patientenrisikofaktoren und klinischen Ergebnissen interpretiert werden.



# Die Strategie der Groupe Mutuel für ein nutzenbasiertes Gesundheitswesen





Die Groupe Mutuel strebt eine nutzenbasierte Gesundheitsversorgung an, um die Qualität, den Nutzen und den Mehrwert von Gesundheitsdienstleistungen für den Patienten zu erhöhen und das Schweizer Gesundheitssystem zu stärken.

Unsere Strategie orientiert sich an zwei Stossrichtungen:

- o **Neuentwicklung der Vergütungslogik:** In Pilotprojekten entwickeln wir neue Vergütungsmodelle, die sich an der Qualität der erbrachten Leistungen, durch Kopfpauschalen, Komplexpauschalen pro Behandlungsereignis oder zielbezogene Zusatzzahlungen, orientieren. In diesen Vergütungsmodellen wird ausserdem eine koordinierte und integrierte Versorgung gefördert.
- o **Neues Verständnis für den Behandlungspfad eines Patienten,** um neue Hebel zur Optimierung der Kundenerfahrung und der klinischen Resultate zu identifizieren und die Patienten ins Zentrum der Behandlung zu stellen.

Mithilfe verschiedener Pilotprojekte will die Groupe Mutuel VBHC im Schweizer Gesundheitswesen verankern und die Rahmenbedingungen für die Umsetzung dieses Ansatzes im Gesundheitssystem entwickeln.

# Roadmap für nutzenbasierte Vergütungsmodelle



## Mit Gesundheitsdienstleistern und Patienten zusammenarbeiten

Die Krankenversicherung soll Gesundheitspartner für Versicherte und Leistungserbringer werden. Auf der Grundlage einer gemeinsamen Vision für ein nutzenorientiertes Gesundheitssystem konnte die Groupe Mutuel mehrere Pilotprojekte mit Leistungserbringern und akademischen Partnern lancieren, um Innovation und Partnerschaftlichkeit zu fördern.



## Entwicklung von nutzenbasierten Vergütungsmodellen

Die Groupe Mutuel möchte aufzeigen, dass eine nutzenbasierte Vergütung auch im Schweizer Gesundheitssystem möglich ist. In verschiedenen Pilotprojekten mit Partnern im Gesundheitswesen werden Vergütungsmodelle auf Basis der Qualität der Leistungen und Kopfpauschalen entwickelt.



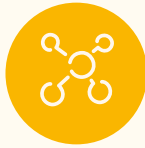
### Neue Technologien testen

Die Groupe Mutuel setzt neue Technologien ein, um den Datenaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren aufzubauen und Vertrauen zu fördern. Zu diesem Zweck arbeitet die Groupe Mutuel mit einem Schweizer Start-up zusammen, das die Einhaltung der Datenschutzgesetze und die Gewährleistung der Vertraulichkeit sicherstellt.



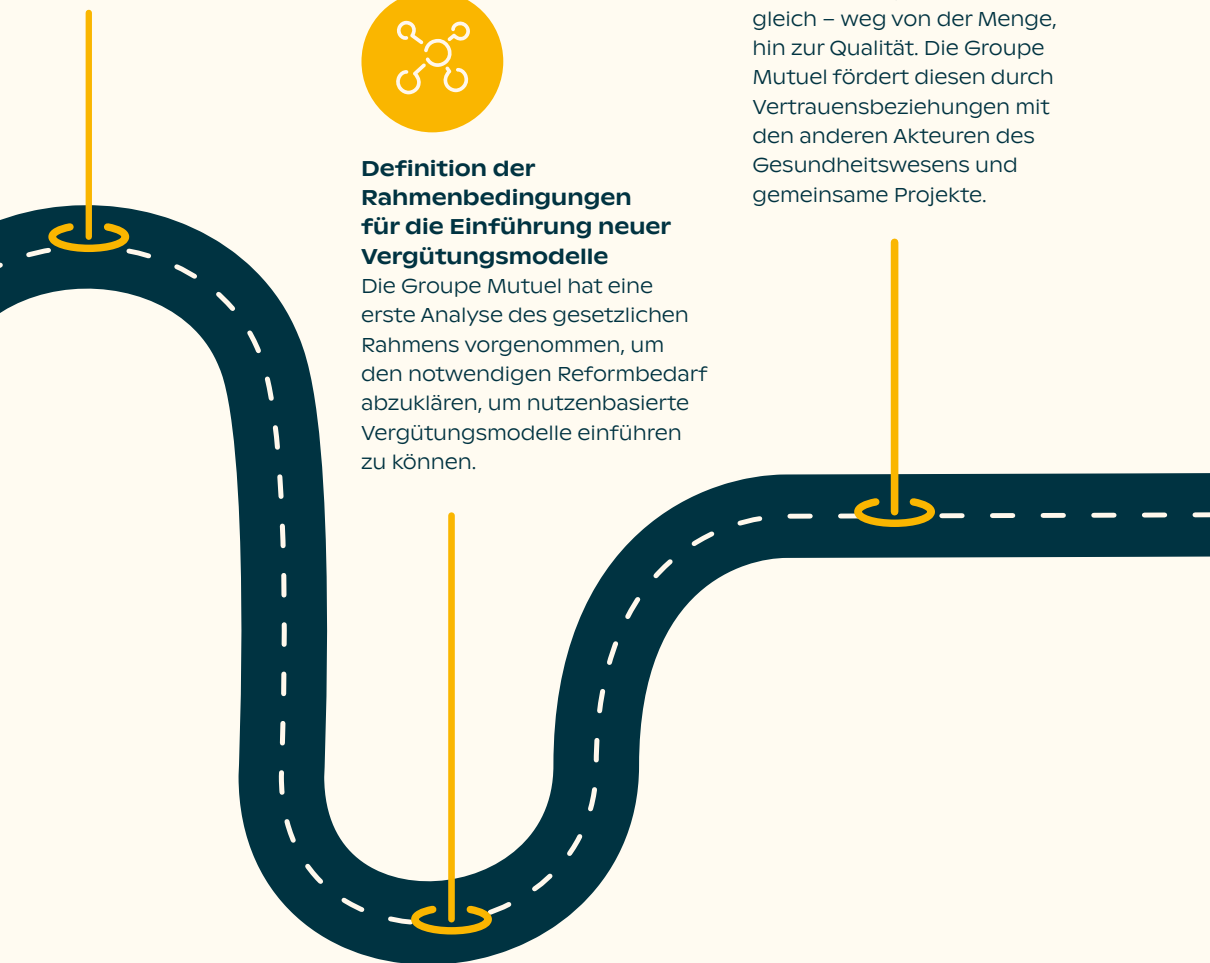
### Kulturwandel anstossen

Die konsequente Einführung von VBHC im Schweizer Gesundheitswesen kommt einem Paradigmenwechsel gleich – weg von der Menge, hin zur Qualität. Die Groupe Mutuel fördert diesen durch Vertrauensbeziehungen mit den anderen Akteuren des Gesundheitswesens und gemeinsame Projekte.



### Definition der Rahmenbedingungen für die Einführung neuer Vergütungsmodelle

Die Groupe Mutuel hat eine erste Analyse des gesetzlichen Rahmens vorgenommen, um den notwendigen Reformbedarf abzuklären, um nutzenbasierte Vergütungsmodelle einführen zu können.





## Aktuelle Pilotprojekte der Groupe Mutuel

### **Projekt «Pay for Patient Value» (P4PV)**

2021 startete die Groupe Mutuel zusammen mit dem Universitätsspital Basel und dem Hôpital de La Tour das Pilotprojekt «Pay for Patient Value». Ziel war die Entwicklung eines Vergütungsmodells basierend auf VBHC-Prinzipien, zunächst am Beispiel des Hüftgelenkersatzes. Parameter für die Erfolgsmessung waren Schmerzlevel, Hüftfunktion sowie Infektions- und Revisionsraten. Mithilfe der gewonnenen Daten wurde gemeinsam mit dem Kompetenzzentrum für Health Data Science der Universität Luzern ein Vergütungsmodell entwickelt, das eine zusätzliche Vergütung zur derzeitigen DRG-Pauschale basierend auf Qualität der Behandlung vorsieht.

Nach erfolgreichem Abschluss der ersten Phase 2024 wird das Projekt ausgeweitet, um auch den Kniegelenkersatz sowie weitere Partner (wie beispielsweise das Luzerner Kantonsspital), die Patienten und die Kantone einzubeziehen. Das Modell soll mit neu gewonnenen Daten kontinuierlich verbessert und für eine breite Einführung im Schweizer Gesundheitssystem vorbereitet werden.

In einer weiteren Stufe des Projektes werden die gesamten Patientenpfade in die Vergütung miteinbezogen, um die Betreuung während des gesamten Behandlungswegs zu verbessern. Der Schwerpunkt liegt zunächst auf der Orthopädie.

## **Kopfpauschalen**

Die Groupe Mutuel testet in zwei Projekten Kopfpauschalen in der Grundversicherung. Mit dem Gesundheitsnetzwerk Arsanté wurde ein Finanzierungsmodell mit gemeinsamer Budgetverantwortung eingeführt, das eine effizientere Versorgung und höhere wahrgenommene Qualität für die Patienten ermöglicht. Das zweite Projekt startet 2025 mit dem Telemedizin-Anbieter Medgate. Ein telemedizinischer Hausarztendienst wird insbesondere älteren Patienten mit chronischen Krankheiten eine koordinierte Betreuung anbieten. Die Bewertung der Versorgung erfolgt nach den Prinzipien von Value-based Healthcare.

## **Enhancing Typ 2 Diabetes Care**

In diesem Projekt werden die multidisziplinäre Betreuung und Koordination von Patienten mit Typ-2-Diabetes analysiert. Es zielt darauf ab, die Auswirkungen auf Qualität und Kosten der Versorgung zu bewerten und ein tieferes Verständnis des Krankheitsverlaufs zu gewinnen, um einen Rückgang der Krankheitssymptome anzustreben. Durchgeführt wird das Projekt in Zusammenarbeit mit dem Réseau Delta. Die Universität St. Gallen übernimmt die klinische und wirtschaftliche Bewertung.

## **PrimaryPROMs**

Die Groupe Mutuel begleitet das Projekt PrimaryPROMs, welches die Erhebung und Nutzung von Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) und Patient-Reported Experience Measures (PREMs; sprich Fragebögen zur Messung der Patientenerfahrung) in der Grundversorgung fördert. Die Stärke des Projekts liegt in der Vielfalt seines Partnerkonsortiums, zu dem Versorgungsnetzwerke, die Schweizerische Patientenorganisation, Krankenversicherungen, Forschungszentren und die Stiftung für Qualität medizinischer Leistungen im ambulanten Sektor gehören.



# Mehrwert für die Stakeholder



## Leistungserbringer

- Das Image von Institutionen, die Qualität als oberste Priorität einstufen, wird gestärkt
- Sorgt für Stabilität und finanzielle Nachhaltigkeit, um Qualität und integrierte Versorgung besser finanzieren zu können
- Bietet den Ärzten einen Mehrwert, der über die Infrastruktur hinausgeht (Gemeinschaft, wissenschaftliche Publikationen, Unterstützung...)
- Erlaubt es, ein zentraler Akteur bei der Gestaltung und Einführung von Vergütungsmodellen zur Finanzierung medizinischer Innovationen zu sein



## Krankenversicherer

- Kostenkontrolle durch Förderung einer koordinierten, qualitativ hochwertigen Versorgung
- Können innovative Versicherungsprodukte schaffen, die auf der Qualität der Versorgung basieren
- Erlaubt es, ein zentraler Akteur bei der Gestaltung und Einführung von Vergütungsmodellen zu sein, die sich auf für die Patienten zentrale Ergebnisse stützen



## Patienten/Versicherte

- Die für sie wichtigen Ergebnisse in der Versorgung werden zentral
- Erhalten eine qualitativ hochwertige Versorgung bei maximaler Effizienz
- Erlaubt es, die Kostensteigerung von Versicherungsprämien einzudämmen



## Herausforderungen

**Schaffung des gesetzlichen Rahmens:** Soweit nötig soll VBHC über eine Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) gefördert werden. Dieses ist so anzupassen, dass:

- die Indikations- und die Ergebnisqualität sowie der Nutzen berücksichtigt und diese an die Vergütung gekoppelt werden.

Als Massnahmen zur Förderung der Indikations- und der Ergebnisqualität sowie des Nutzens gelten beispielsweise:

- die Verpflichtung zur Einhaltung der Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften,
- die Verpflichtung zum Einholen von Peer Reviews (Zweitmeinung eines Fachkollegen) bei bestimmten spezifischen Eingriffen,
- die Einführung von Garantie-Leistungen für medizinische Eingriffe (z. B. mittels Ratenzahlung oder Rückzahlung bei Verfehlen des Therapieziels),
- die Messung von schweizweit einheitlichen PROMs (Patient Reported Outcome Measures) und CROMs (Clinician Reported Outcome Measures) sowie deren Integration in Vergütungsmodelle sowie
- die Gewährleistung der Transparenz betreffend Qualität bis auf Leistungserbringerstufe.



**Datenerhebung:** Alle Leistungserbringer sollten die gleichen Daten, auf die gleiche Art und Weise erheben, damit sie mit anderen Leistungserbringern geteilt werden können.

**Financial shift:** Die derzeitige Kostenerstattung schafft eher Anreize, die Menge zu erhöhen und nicht die Versorgung zu koordinieren. Die Akteure des Gesundheitsswesens müssen hier umdenken. Das Ziel ist nicht, mehr auszugeben, sondern eine bessere Versorgung zu bieten.

**Patienteneinbindung:** In der Schweiz sind die Patienten heute nicht ausreichend an ihrer Behandlung beteiligt. Wenn Patienten jedoch aktiv an ihrem Behandlungspfad teilnehmen, sind sie besser über ihren Gesundheitszustand, Behandlungsmöglichkeiten und potenzielle Risiken informiert, was dazu beiträgt, dass sie sich besser an Behandlungspläne halten und somit ihre Gesundheit verbessern.

**Change Mindset:** Das Schweizer Gesundheitssystem ist durch Veränderungsresistenz, Fragmentierung und divergierende Interessen gekennzeichnet. VBHC und Kostensenkung funktionieren aber nur mit Wertschöpfung, Qualitätsmessungen, Transparenz und wertorientiertem Wettbewerb. Alle Akteure des Gesundheitssystem müssen entsprechend im Auge behalten: Unser oberster und gemeinsamer Kunde ist der Patient.

## Fazit

Die **Groupe Mutuel** setzt sich für ein nutzenbasiertes Gesundheitswesen ein, das:

- o Fehlanreize beseitigt, die zu ineffizienten oder unnötigen Leistungen führen;
- o Finanziell nachhaltig ist und die begrenzten Ressourcen mit dem grösstmöglichen Nutzen für die Patienten einsetzt;
- o den Dialog zwischen Patienten und Leistungserbringern stärkt;
- o die koordinierte Versorgung fördert;
- o die Zusammenarbeit und Verhandlungen zwischen den Akteuren anstatt staatlicher Interventionen fördert.

Um diese Ansätze von Value-based Healthcare in der Schweiz umzusetzen, braucht es gesetzliche Anpassungen, um möglichst rasch eine einheitliche Messung grundlegender Qualitätsindikatoren sicherzustellen und flächendeckend qualitätsbasierte Vergütungssysteme zu implementieren.

**Gemeinsam kann es uns gelingen, dass die Patienten in den Mittelpunkt gestellt werden und ihnen eine qualitativ hochwertige Versorgung zur Verfügung steht.**





Ausgabe 125



Scannen und mehr über unsere  
Rechtsstruktur erfahren

[www.groupemutuel.ch/struktur](http://www.groupemutuel.ch/struktur)

groupemutuel

**Groupe Mutuel Holding SA**  
Rue des Cèdres 5 - CH-1919 Martigny  
0848 803 111 / [groupemutuel.ch](http://groupemutuel.ch)