

Value-based Healthcare

von der Theorie in die Praxis

Ein Leitfaden für die Umsetzung
Viele Wege führen zu Value-based Healthcare



1 Ein Value-based Healthcare Leitfaden

1.1 Hintergrund des Leitfadens

Liebe Leser:innen! Die Diskussion rund um Value-based Healthcare (VBHC) ist in der Schweiz angekommen. Bei der Umsetzung in die Praxis stehen viele Leistungserbringer noch am Anfang ihrer Reise. Deshalb setzte sich das fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung in Kooperation mit All.Can Schweiz zum Ziel, in einem praxisorientierten Webinar [🔗](#) - welches im September 2021 stattfand - mit ausgewiesenen Expert:innen die Implementierung des Konzepts «Value-based Healthcare» zu diskutieren.

Dieser Leitfaden ist auf Basis des Webinars erstellt worden und soll Value-based Healthcare interessierten Leistungserbringern eine Hilfestellung auf dem Weg in die Umsetzung bieten. Im Sinne von Value-based Healthcare haben wir für die Erarbeitung einen multidisziplinären Ansatz gewählt und Elemente aus der Theorie, Erfahrungswerte aus der Praxis, Beispiele aus bestehenden Toolkits anderer Länder sowie Elemente aus Projekt- und Innovationsmanagement einfließen lassen.

Fmc

Als unabhängiger Think Tank fördert das fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung den Austausch von Wissen, Erkenntnissen und Erfahrungen zur besseren Vernetzung und Koordination der Gesundheitsversorgung. Immer mit dem Ziel, die Qualität, Effizienz und Sicherheit der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten zu erhöhen.

Mehr über das fmc erfahren Sie unter www.fmc.ch

All.Can

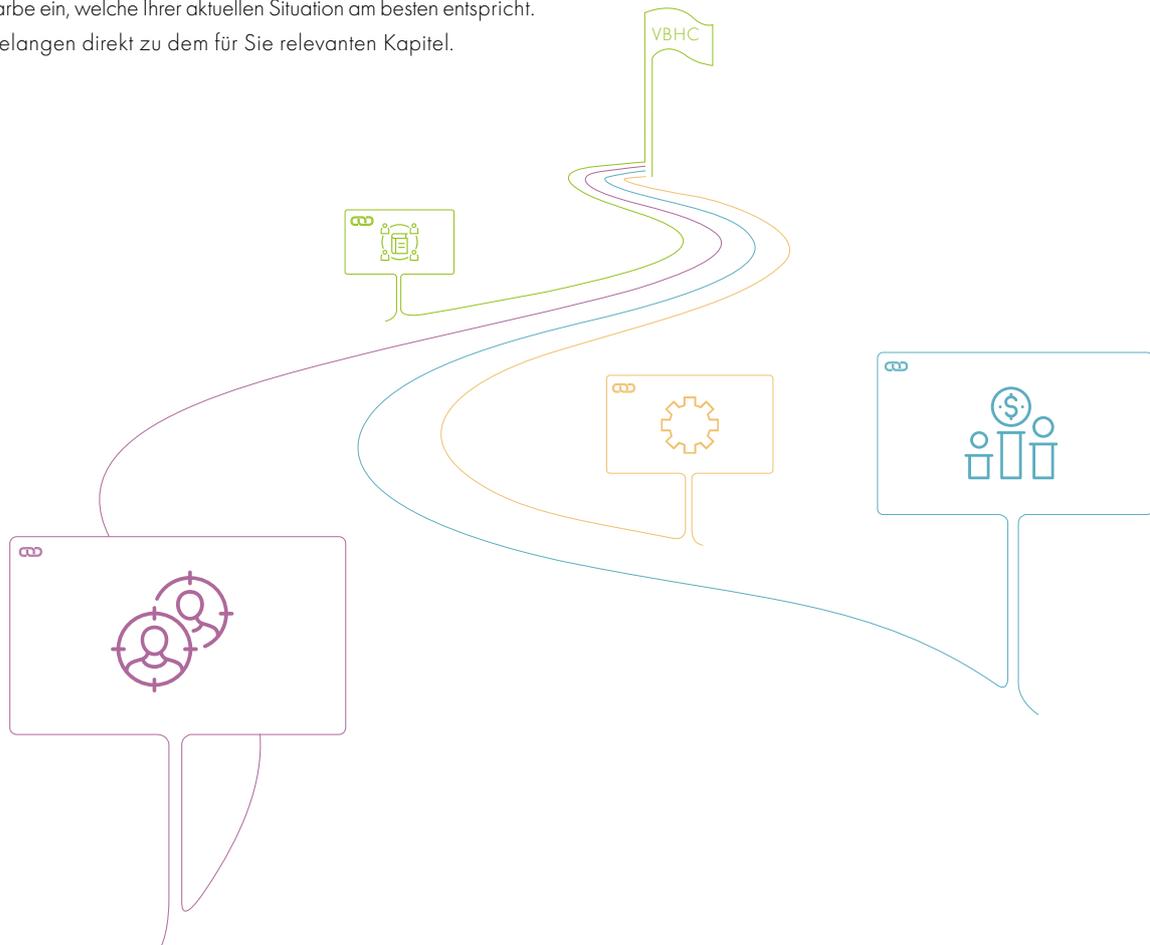
All.Can Schweiz setzt sich für eine nachhaltige und qualitativ hochwertige Krebsversorgung ein. All.Can Schweiz ist überzeugt, dass dieses Ziel nur durch die enge Zusammenarbeit zwischen allen Akteuren erreicht werden kann: Dafür arbeiten Patient:innen, Mediziner:innen, Krankenversicherungen, die Wissenschaft und die pharmazeutischen Industrie mit grossem Engagement – Hand in Hand. Die All.Can-Initiative gibt es mittlerweile in über 20 Ländern.

Mehr über All.Can Schweiz erfahren Sie unter www.allcan-schweiz.ch

1.2 Aufbau des Leitfadens

Der Leitfaden besteht aus verschiedenen Teilen, um Sie möglichst dort abzuholen, wo Sie stehen.

Lesen Sie die folgenden Statements durch und steigen Sie in der Farbe ein, welche Ihrer aktuellen Situation am besten entspricht. Sie gelangen direkt zu dem für Sie relevanten Kapitel.



Sie kennen VBHC nicht/nicht im Detail und möchten sich zunächst eine Übersicht über die Theorie und Wissen zum Hintergrund des Konzepts aneignen.

[Steigen Sie hier ein](#)

Sie kennen die Grundzüge von VBHC und es bestehen Ideen für Projekte. Sie wollen diese Ideen priorisieren und in die Umsetzungsphase kommen/die Umsetzung vorantreiben oder sich in die Lage der Kund:innen (= Patient:innen) versetzen.

[Steigen Sie hier ein](#)

Sie kennen das VBHC Konzept und in Ihrer Organisation laufen bereits VBHC Projekte. Im Sinne der kontinuierlichen Verbesserung möchten Sie Ihre Initiativen/ Prozesse einem Qualitätscheck unterziehen.

[Steigen Sie hier ein](#)

Sie kennen die Theorie von VBHC und möchten von externer Erfahrung lernen. Ziehen Sie anhand von Fallbeispielen Vergleiche oder lassen Sie sich einfach inspirieren.

[Steigen Sie hier ein](#)

Neben der verlinkten Roadmap zu VBHC helfen Ihnen diese Elemente beim Navigieren:

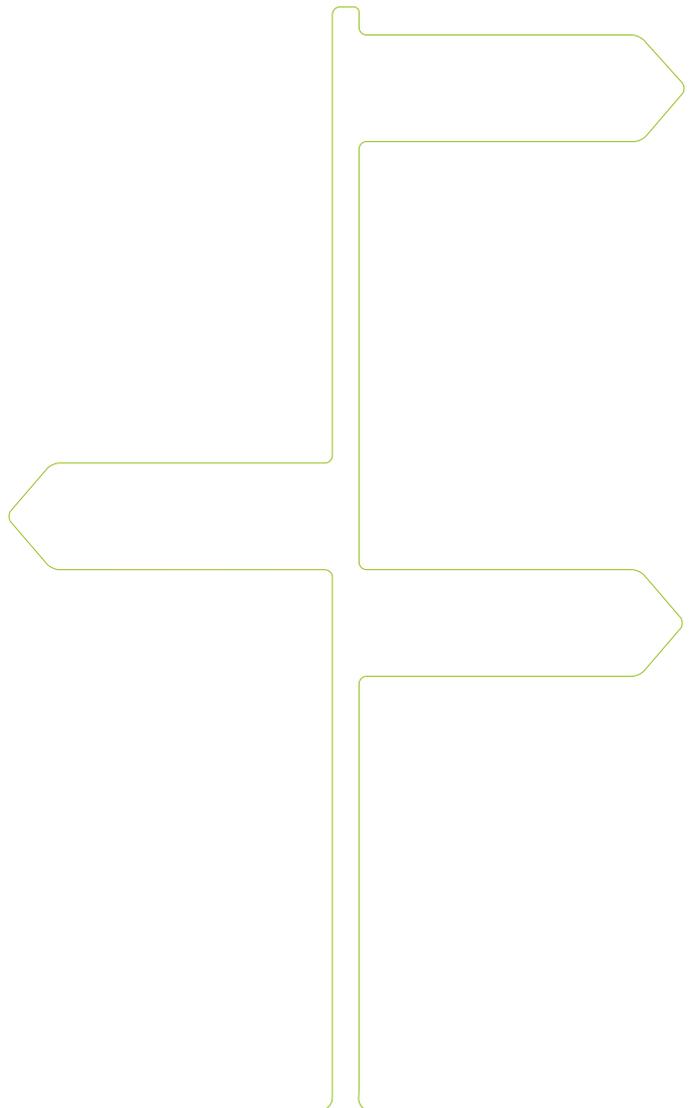
 **Reflektionsfragen:**
Helfen Ihnen, das Gelesene in Ihren Kontext einzubetten.

 **Arbeitsinstrumente:**
Helfen bei spezifischen Herausforderungen. Sie können die Arbeitsinstrumente herunterladen und mit Ihrem Team selbstständig erarbeiten.

 **Myth-Buster:**
Sind kleine Hinweise und Tipps.

 **Weiterführende Literatur:**
Immer wieder werden Sie auf die digitale Bibliothek am Ende des Leitfadens verwiesen, wo Sie eine Auswahl von weiterführenden Informationen finden.

Die Arbeitsinstrumente und Reflektionsfragen sind nicht dazu gedacht, abschliessende und/ oder richtige/ falsche Antworten zu geben. Vielmehr sollen sie entlang des Umsetzungspfad von VBHC zur kritischen Reflektion und Diskussion anregen sowie Initiativen und Veränderungen vor oder während des Umsetzungsprozesses erleichtern.



Definitionen der Begriffe

Das Konzept wie auch die Begriffe der VBHC wurden hauptsächlich im US-amerikanischen Sprachraum geprägt.

Value

Es gibt keine allgemeine Definition von Wert (value) in Value-based Healthcare. Die Definition von Wert ist subjektiv und was als wertvoll angesehen wird, kann sich zwischen Patient:innen, Kliniker:innen, Gesundheitsdienstleistern, politischen Entscheidungsträgern oder Interessenvertretern der Branche unterscheiden. In diesem Dokument wird Wert (value) gemäss M. Porter in erster Linie als (Mehr)Wert für Patient:innen verstanden.

Value-based Healthcare

Eine mögliche deutsche Übersetzung von Value-based Healthcare ist wertorientierte Gesundheitsversorgung. Ein Konzept der Gesundheitsversorgung, in dem der Wert für Patient:innen im Mittelpunkt steht und Vergütungen für Leistungserbringer auf den Behandlungsergebnissen basieren. Wert kann für weitere Dimensionen festgelegt werden. Dazu zählen technische, alternative, gesellschaftliche oder personelle Nutzen.

Patienten-berichtete Indikatoren

Krankheitsspezifische Patient Reported Outcome Measures (PROMs)

Diese Instrumente sind speziell für ein Krankheitsbild (z. B. Brustkrebs) oder ein Verfahren (z. B. Gelenkersatz) konzipiert. Diese PROMs sind auf die Symptome einer bestimmten Erkrankung bzw. auf die Symptome, die mit einem bestimmten Verfahren behandelt werden sollen, zugeschnitten. Ihr Vorteil ist die Sensitivität und Spezifität.

Gesundheitsspezifische («generische») Patient Reported Outcome Measures (PROMs/QoL-Instrumente)

Diese Instrumente bilden das breitere Spektrum an physischen und psychosozialen Domänen ab, die als wichtige Determinanten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gelten. Ihr Vorteil ist, dass sie über verschiedene Fachbereiche, Verfahren und Interventionen hinweg verglichen werden können.

Von Patient:innen gemeldete Erfahrungswerte (PREMs)

Patientenerfahrungen werden mit verschiedenen Umfragen oder Fragebögen gemessen. Die Fragen können auf einen bestimmten Bereich zugeschnitten sein (z. B. Grundversorgung, Spitalsektor, Langzeitpflege) oder einen bestimmten Aspekt der Versorgung oder des Behandlungspfades (z. B. Kontinuität, Autonomie, Informationsversorgung) beleuchten. PREMs sind inzwischen ausgefeilt und gehen weit über die eher subjektiven Patienten-Zufriedenheit-Umfragen der Vergangenheit hinaus.

2 Value-based Healthcare Leitfaden – von der Theorie in die Praxis

2.1 Value-based Healthcare – den theoretischen Ansatz verstehen

Warum neue Ansätze in der Versorgung

2.1.1 Sinn machen – a case for change

In der Schweiz verfügen wir in vielerlei Hinsicht über ein hervorragendes Gesundheitssystem. Aber ist es in dieser Form nachhaltig? Auch hierzulande steigen die Kosten des Gesundheitswesens unaufhaltsam an und stellen zunehmend eine Belastung für die Volkswirtschaft sowie die Bevölkerung dar. Dieser Anstieg der Gesundheitskosten ist zum Teil auf die höhere Lebenserwartung, aber auch auf die rasante technologische Entwicklung und die damit verbundene Verfügbarkeit neuer Diagnose- und Behandlungsmethoden zurückzuführen.

Die heutige Kostenerstattung schafft zudem Anreize für die Anbieter, das Leistungsvolumen zu erhöhen. Dieser Ansatz kann zu einer Überversorgung und zu verschwenderischen Ausgaben führen. Unnötige Behandlungen können ohne Komplikationen durchgeführt werden und bleiben daher unentdeckt, obwohl sie die Lebensqualität der Patient:innen nicht verbessern. So kann es zu Fehl- oder Überversorgung kommen. Gleichzeitig können genau diese Ressourcen an einer anderen Stelle im System fehlen und eine Unterversorgung tritt auf.

Weltweit haben die Gesundheitssysteme mit ähnlichen Herausforderungen zu kämpfen, trotz der harten Arbeit wohlmeinender und gut ausgebildeter Kliniker:innen und Investitionen in die Infrastruktur. Während der letzten beiden Jahrzehnte kamen unterschiedliche Management- und Lösungsansätze zur Anwendung, um die Schwachpunkte im System zu korrigieren: evidenzbasierte Entscheidungsfindung, Verbesserung der Versorgungsqualität, Kostensenkungsprogramme usw. Dies sind alles gute Ansätze, aber keine dieser Methoden hat bis dato die volle gewünschte Wirkung gezeigt.

Als Reaktion darauf haben es sich Expert:innen und Innovatoren auf der ganzen Welt zum Ziel gemacht, den Wert (= outcome) der Gesundheitsversorgung für (bestimmte) Patientengruppen oder Bevölkerungssegmente zu verbessern. Daraus ist das Konzept der Value-based Healthcare (VBHC) entstanden.

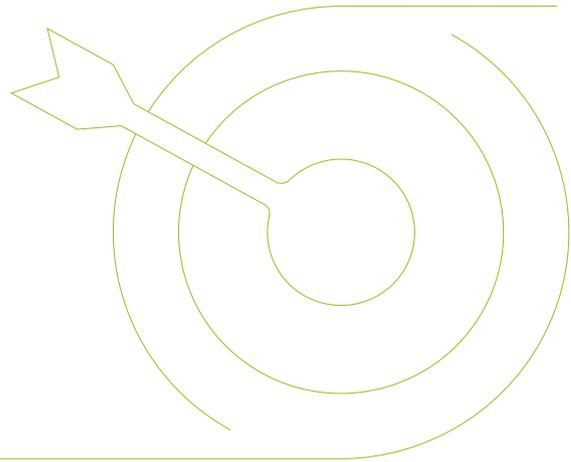
2.1.2 Was ist Value-based Healthcare?

M. Porter und E. Teisberg von der Harvard Business School sind die Begründer des VBHC Konzepts. Als Antwort auf die unter 2.1.1 erkannten Herausforderungen schlugen sie bereits 2006 [eine](#) Verlagerung von einem angebotsorientierten Gesundheitssystem hin zu einem patientenzentrierten System vor. Ihre Idee ist es, den Schwerpunkt von der Tätigkeit auf die Ergebnisse zu verlagern oder anders gesagt: Alle Beteiligten in einem Versorgungssystem richten sich darauf aus, den Patient:innen Mehrwert zu bieten. Damit hebt sich VBHC von einem angebotsorientierten Gesundheitssystem ab, das durch die Tätigkeit von Fachleuten des Gesundheitswesens gelenkt und nach Volumen vergütet wird, hin zu einem System, das den Menschen in den Mittelpunkt stellt und in der Umgebung organisiert ist, die er/sie braucht. Zur Bestimmung des (Mehr-) Wertes kommt folgende Gleichung zum Einsatz:



Das Ziel ist es, die bestmögliche Versorgung für jede:n Patient:in innerhalb der bestehenden Ressourcen zu bieten. Dabei fördert der Ansatz die Integration von Gesundheitsversorgung und Therapie über den gesamten Behandlungspfad, welcher mit den ersten Symptomen beginnt.

Bei Ressourcen handelt es sich nicht nur um finanzielle Ressourcen, sondern um alle Ressourcen, sprich auch Personal, Infrastruktur etc.



Das bedeutet, dass die Gesundheitsergebnisse nicht mehr allein anhand des Umfangs der erbrachten Leistungen (z. B. Anzahl Operationen, Anzahl Aufenthaltstage etc.), sondern anhand der Endergebnisse für die Gesundheit der Patienten (= PROs) gemessen und schliesslich vergütet werden. Diese neue Messung der Endergebnisse ist nicht als Ersatz für bestehende Indikatoren zu sehen, sondern als Ergänzung. Das Datenset einer VBHC Institution umfasst neben Daten zu Kosten (Operationszeit/Patient, Kosten pro OP, etc.), dem Prozess (Anzahl Tage zw. Sprechstunde und Eingriff, abgesagte/verschobene OPs, etc.) auch Daten zum Outcome (Lebensqualität, Schmerz, Funktionalität, etc.).

 PROs sind ein Teil von VBHC. Die Erhebung von PROs ist jedoch nicht automatisch mit VBHC gleichzusetzen.

M. Porter und E. Teisberg haben unter Fachleuten des Gesundheitswesens und anderen Interessengruppen eine globale, anhaltende Diskussion rund um das Konzept VBHC angestoßen. Das VBHC Konzept entwickelt sich laufend weiter und wird unterschiedlich umgesetzt. Alle VBHC Initiativen folgen aber demselben Grundgedanken: Die begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen zur richtigen Zeit am richtigen Ort für die richtige Person und zur Verbesserung des Nutzens der Person einzusetzen (= the right care, at the right time, at the right place).

2.1.3 Value – aber für wen? - Ziele/Nutzen von Value-based Healthcare

Die Erzielung eines möglichst hohen Werts für Patient:innen ist das übergeordnete Ziel der Gesundheitsversorgung. Ein Weg, den tatsächlichen Wert der Versorgung zu bewerten, ist die Messung der Behandlungsergebnisse aus der Sicht der Patient:innen. Genau das kann VBHC bieten. Nach Porter wird der Wert als die erzielten Gesundheitsergebnisse pro ausgegebene Ressourcen definiert (vgl. Gleichung auf S.3). So beschleunigt dieser Ansatz Innovationen, die einen echten Nutzen für Patient:innen bringen.

Führende Wissenschaftler in Europa weisen darauf hin, dass das in Harvard entstandene VBHC Konzept in den europäischen Gesundheitssystemen zu kurz greift. Sir Muir Gray (Universität Oxford) schlägt vor, das ursprüngliche Konzept des VBHC von Porter anzupassen. Wie in den meisten europäischen Ländern haben universelle Gesundheitssysteme die ausdrückliche und gesetzlich vorgeschriebene Verpflichtung, die Bedürfnisse aller Einwohner:innen innerhalb eines begrenzten Budgets zu decken.

Sir Muir Gray schlägt eine Verbindung zwischen Value-based Healthcare und der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung vor, welche den Nutzen über drei Dimensionen (1 - persönlicher, 2 - technischer, 3 - allokativer Nutzen) sieht. Dieses Modell wurde von der Europäischen Kommission noch um eine vierte Dimension (4 - Gesellschaftlicher Nutzen) ergänzt . Aus Perspektive fmc sollte eine weitere Dimension miteinbezogen werden: 5 - Nutzen für das Personal  im Gesundheitswesen. Zusammenfassend gesagt: Bei der Definition des Wertes sollten immer Patient:innen im Mittelpunkt stehen – eingebettet in die weiteren Dimensionen – und in einem VBHC System bestimmt die Schaffung von Wert für die Patient:innen die Belohnung für alle anderen Akteure im System.

2.1.4 Elemente von Value-based Healthcare

Um ein nachhaltiges Gesundheitssystem zu schaffen, reicht es nicht mehr aus, in einzelnen Behandlungsbereichen Fortschritte zu erzielen; echte Fortschritte können nur durch eine ganzheitliche Betrachtung des Behandlungspfads erzielt werden, der mit den ersten Symptomen beginnt. Dazu müssen wir die entstandenen Silos der traditionellen organisatorischen Unterteilungen aufbrechen, sodass die verschiedenen Leistungserbringer ihre Versorgungsleistungen aufeinander abstimmen und ergänzen können.

Ein VBHC Konzept besteht aus folgenden Elementen:

- **Patientenorientierung:**

Patient:innen mit ihren Bedürfnissen werden als Kund:innen in den Fokus der zu erbringenden Dienstleistung gestellt. Patient:innen orientiert bedeutet, sich von den Fachgebieten zu lösen, Strukturen und Silos aufzubrechen und die Versorgung um die Patient:innen zu bauen. Es gibt klare Patientenpfade für alle Dienstleistungen und eine aktive Einbindung der Patient:innen in die Erarbeitung dieser. Es besteht im Idealfall eine Form der Zusammenarbeit in der Patient:innen als Partner gesehen werden (Mitgestaltung der Prozess etc.).

- **Messung und Nutzen von Outcomes:**

Aufbauend auf den von Patient:innen als wichtig erachteten Parametern werden die zu messenden Outcomes definiert und erhoben. Unterschiedliche Krankheitsbilder erfordern unterschiedliche Outcomes. Bei den Outcomes gilt Qualität vor Quantität. Die Wahl standardisierter Instrumente ermöglicht den Vergleich mit anderen Kliniken und Leistungserbringern und einen leichteren Einstieg in das kontinuierliche Lernen als Voraussetzung jeder Qualitätsverbesserung. Eine Messung allein reicht nicht aus. Es besteht ein klares, logisches Nutzungskonzept für die erhobenen Daten.

- **Koordination/Integration der Versorgung:**

Aufbauend auf dem Patientenpfad nimmt der Leistungserbringer seine Position und Rolle innerhalb der patientenzentrierten Versorgung wahr. Dabei kann die Integration zunächst intern (Abteilung, Fachbereiche über Interprofessionalität) und danach extern (über gemeinsame Versorgungspläne, Zusammenschlüsse, Initiativen, voll integrierte Behandlungspfade) stattfinden, aber auch bis hin zu völlig neuen Versorgungsmodellen reichen. Dies erfordert Zeit und eine gute Gesprächsbasis mit den involvierten Stakeholdern.

- **Governance/Organisation:**

Die Vision und Strategie ist für alle Beteiligten klar und wird zentral (Leistungserbringer oder Systemebene) gesteuert. Die Governance lässt gleichzeitig genügend Spielraum, um die anstehenden Veränderungen umzusetzen und das Personal ist befähigt, innerhalb dieser Strukturen selbstständig Entscheidungen zu treffen. Das heisst, das Personal erhält Eigenverantwortung und kann selbstständig Verbesserungen entlang des Behandlungspfades durchführen.

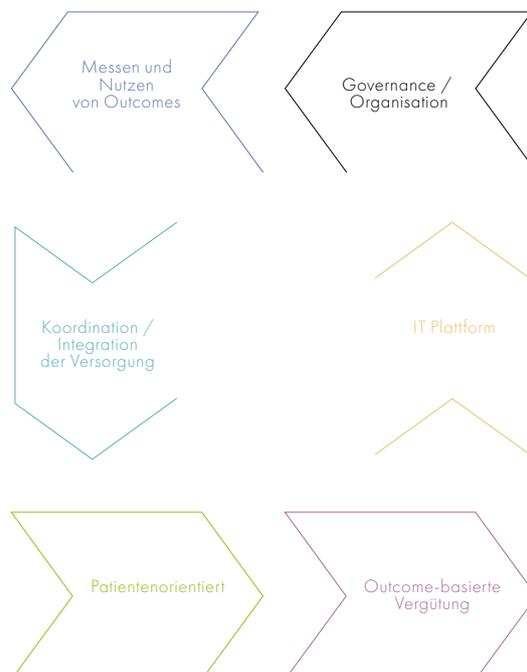


Abbildung 1- eigene Darstellung

- **Outcome basierte Vergütung:**

Neue Vergütungsverträge können ein Katalysator für patienten- und outcome basierte Versorgung sein. Zudem helfen sie diese zu stabilisieren, indem die angepasste Versorgung auf Ebene Behandlungspfad auch finanziell gespiegelt wird und sich diese beiden Welten somit verzahnen. Es empfiehlt sich frühzeitig Gespräche mit den Tarifpartnern zu suchen, um eine gemeinsame Basis zu schaffen. Bei den Vertragsverhandlungen ist eine gewisse Flexibilität empfehlenswert. Ergebnisorientierte Vergütung wird stufenweise eingeführt, beispielsweise beginnend mit einer Schattenrechnung für die Baseline, dann mit Fee for Service mit Qualitätsboni bis hin zu Pauschalen oder Bundled Payment Modellen [\[1\]](#).

- **IT-Plattform:**

Für die neu zu erfassenden und zu analysierenden Indikatoren benötigen Sie eine Plattform. Integrierte Lösungen, bei denen Patient:innen auf dem SmartPhone oder Tablets ihre Fragebögen direkt beantworten können, erhöhen die Akzeptanz der Patient:innen, sowie der Versorgungsteams. Letztere profitieren auch davon, dass die Ergebnisse direkt und sinnvoll aufbereitet auf dem Desktop der behandelnden Teams in Echtzeit zur Verfügung stehen.

💡 Wenn Ihre Organisation in Richtung VBHC denkt, beginnen Sie immer mit einer klaren Vision eines ganzheitlichen Behandlungspfades sowie einem gemeinsamen Verständnis dafür, was Wert (Patientennutzen) in diesem Zusammenhang bedeutet.

Da diese Elemente zusammenhängen ist es wichtig, dass Sie abgestimmte Massnahmen über alle Bereiche ergreifen. M. Porter geht mit seiner «Strategic Value Agenda» noch einen Schritt weiter und schlägt eine Abfolge von Schritten vor. Ausgehend von der Bildung von Integrierten Versorgungseinheiten, ist bei Porter die Einführung einer IT-Plattform der letzte Schritt. Spricht man mit Expert:innen zur Einführung von VBHC, ist sich der Grossteil einig, dass dieser genaue Ablauf nicht zwingend eingehalten werden muss. Sie weisen aber alle darauf hin, dass die Bildung von interprofessionellen Versorgungsteams (im Gegensatz zur Organisation nach einzelnen Fachbereichen), das Erheben und Messen der relevanten Daten und eine zugehörige IT-Lösung für die ersten Schritte unabdingbar sind.

Schauen Sie mehr dazu in den Case Studies des Webinars an [🔗](#) oder lassen Sie sich von Porters Value Agenda inspirieren [🔗](#).

2.1.5 Voraussetzungen für die Umsetzung

VBHC ist ein Konzept, das wir in der Umsetzung unterschiedlich angehen können. Daher steht uns kein vorgefertigter Bauplan für die Umsetzung zur Verfügung. Es gibt jedoch einen Baukasten, bestehend aus den oben beschriebenen Elementen sowie ein grosser Schatz an Erfahrung, aus dem Sie sich bedienen können. Das besondere an VBHC ist, dass Sie sich nicht in ein für andere Voraussetzungen oder Systeme entworfenes Korsett zwingen müssen. Vielmehr können Sie mitgestalten und die Elemente so anordnen, dass Sie Ihren Herausforderungen gerecht werden und gleichzeitig ein für Ihre Realität stimmiges Gesamtkonzept haben.



Abbildung 2- Porters Strategic Value Agenda (Quelle: NEJM Catalyst)

💡 Aufbauend auf den bisherigen Erfahrungen einer immer grösser werdenden VBHC Community haben wir gelernt, dass die klare Ausrichtung von gewissen Faktoren auf Patientennutzen (= value) die Umsetzung von VBHC begünstigt.

Befragt man Expert:innen und Praktiker:innen nach ihren Empfehlungen an jene, die sich gerne auf die VBHC Reise machen möchten, nennen sie folgende Punkte:

- **Medical Leads:**
VBHC ist mehr als das nächste Management Zauber-Tool. VBHC muss an der Basis gelebt werden wollen und dürfen. Deswegen sollen auch die Versorgungsteams die Umsetzung vorantreiben.
- **IT-Lösung:**
Natürlich können Sie patientenberichtete Indikatoren auch mit Papier und Bleistift erheben, allerdings empfehlen Expert:innen die rasche Einführung einer IT Lösung, welche Patient:innen das Ausfüllen per Smart Phone oder Tablet erlaubt, Versorgungsteams in Echtzeit leicht zu erfassende Analysen zuspiziert und auf Versorger- und Systemebene Benchmarks usw. erlaubt.
- **Teamarbeit:**
VBHC ist keine kurzfristige Aktion, sondern eine nachhaltige Veränderung die ihre Zeit und ein hochmotiviertes Team mit Durchhaltevermögen braucht. Dafür ist auch ein Mindestmass an personellen Ressourcen und/oder Unterstützung aus den administrativen Abteilungen notwendig.

Reflexionsfragen zu Kapitel 1:

- 🔍 Nun kennen Sie das VBHC Konzept besser: Welchen Nutzen könnte VBHC für Ihre Klinik/Abteilung/Organisation mit sich bringen? Welche Überlegungen müssten dazu gemacht werden?
- 🔍 Inwiefern ist Ihre Praxis/Klinik darauf ausgerichtet, möglichst viele Leistungen zu erbringen (z.B. Anzahl erbrachter OPs, Anzahl verwendeter Diagnostik etc.) Zu welcher Behandlung/Untersuchung würden Sie ja/nein sagen, wenn nicht der Volumenaspekt eine Rolle spielen würde?
- 🔍 Welche Herausforderungen sehen Sie für das VBHC Konzept, bzw. deren Umsetzung im Kontext Ihrer Organisation?

Wenn Sie mehr zu den Erfahrungswerten der Expert:innen und Praktiker:innen lesen möchten, können Sie dies hier tun [🔗](#).

2.2.1 Perspektive wechseln und priorisieren

Patient:innen Perspektive einnehmen

Das Nutzen von «Customer insights» gehört in anderen Industrien zum Standard, wenn es um die Entwicklung oder Verbesserung eines Produkts/Services geht. Dafür nimmt ein Team oft die Perspektive der Kund:innen – in unserem Fall Patient:innen - ein.

📄 The Voice of the Patient (VoP):

Dieses einfache Hilfsmittel hilft Ihnen und Ihrem Team die Stimme der Patient:innen bewusster zu hören und stellt dazu verschiedenste Möglichkeiten zur Verfügung.

📄 Patient:innen Zufriedenheit/Wünsche:

Das Kano Model hilft festzuhalten, was aus Sicht der Patient:innen notwendig, wichtig oder ein «nice-to-have» ist.

Priorisieren

Bei Innovation und dem Umsetzen von Projekten geht es ebenso sehr darum, zu entscheiden, was man nicht tun will, wie darum zu entscheiden, was man tun will („We can do anything, but we can't do everything,“).

📄 Ideen sammeln mit Crazy Eight:

Eine einfache Übung zur Sammlung aller Ideen und Auswahl der erfolgversprechendsten Ideen.

📄 Effort (Aufwand)/Impact (Effektivität/Wirkung) Matrix:

Ein simples Tool, mit grosser Wirkung. Verorten Sie Ihre Ideen in der Matrix und bekommen Sie einen klaren Blick auf das Verhältnis von Aufwand und Wirkung.

📄 Matrix zur Lösungsfindung:

Ein simples Tool, welches Ideen anhand von gemeinsam definierten Kriterien gewichtet und eine informierte, im Konsens getroffene Entscheidung für den nächsten Schritt ermöglicht.

2.2 Von der Theorie in die Praxis - Hilfsinstrumente und Arbeitsblätter

Hier finden Sie eine Reihe von Hilfsinstrumenten und Arbeitsblättern, welche Sie gemeinsam mit Ihrem Team bearbeiten können.

2.2.2 Improvement

Ein Grundprinzip von VBHC ist das Streben nach kontinuierlicher Verbesserung. Jeder Prozess kann einer kritischen Prüfung unterzogen werden und Verbesserungen eingeführt werden.

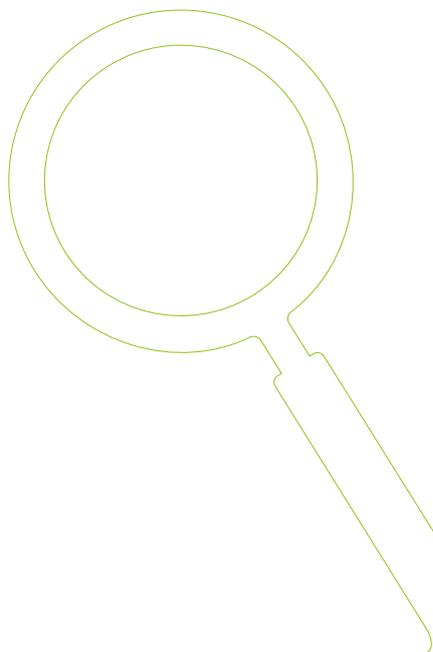
Team Reflektion:

Oft bleibt im Klinikalltag kaum Zeit zur gemeinsamen Reflexion der eigenen Qualitätsverbesserungsbemühungen. Dieses einfache Tool gibt Ihnen einen Rahmen für dieses Gespräch.

Verbesserungszyklen (Plan-do-study-act):

Ein Verbesserungszyklus ist ein hilfreiches Instrument, um messbare Ziele zu setzen, zu planen und zu messen sowie Änderungen oder Anpassungen zu dokumentieren, zu testen und zu verfeinern.

Weitere Hilfsmittel und Inspiration finden Sie u.a. hier [🔗](#).



2.2.3 Ein paar Worte zum Projektmanagement

Kaum ein anderes System oder eine andere Industrie ist so komplex und hat so viele unterschiedliche Stakeholder, Abhängigkeiten, Absichten, Interessen usw. wie das Gesundheitswesen. Dies führt oft dazu, dass innovative Projekte starken Gegenwind erfahren. Lassen Sie sich davon nicht entmutigen.

Ob Sie mit Ihrem Team auf eine erfolgreiche Umsetzung anstossen oder ob Ihre Bemühungen im Sand verlaufen, können Sie beeinflussen. Studien zu Projektmanagement in Gesundheitseinrichtungen zeigen, dass «fehlende Ressourcen beim Projektstart» und «unklare Definition der Ziele und der Anforderungen» die häufigsten Gründe für Abbrüche von Projekten sind. Das lässt sich vermeiden, indem Sie genügend Zeit in die saubere Planung eines Projektes investieren und sich Unterstützung holen, wenn Sie wenig Zeit haben.

Ein anderer zeitintensiver Aspekt, den wir häufig unterschätzen, wird unter dem Begriff change management (= wie bewältigen wir die Änderungen, die ein Projekt mit sich ziehen kann) zusammengefasst. Denken Sie an ein Beispiel aus Ihrem Leben, in dem Sie jemand vor veränderte und vollendete Tatsachen gestellt hat, ohne Sie einzubinden, zu informieren oder zu konsultieren. Wie haben Sie sich dabei gefühlt?

Neue Konzepte wie VBHC verlangen unseren Organisationen und Teams einiges ab. Es ist beispielsweise nicht damit getan, eine IT-Plattform für die Erhebung von PRO Daten einzuführen. Damit ein Projekt fliegen kann, sollen alle Beteiligten die Chance haben, in ihrem Tempo auf die Reise mitzukommen, Ängste und Sorgen platzieren zu dürfen und immer umfassend informiert zu sein. Dabei helfen beispielsweise Tools wie regelmässige Check-ins (= zu Beginn der Besprechung, spricht jede/r Einzelne ohne Bewertung darüber, was ihn/sie gerade beschäftigt/wahrnimmt/Aufmerksamkeit einnimmt) mit den Teams, in denen offen Sorgen und Ängste abgeholt werden und gegebenenfalls Anpassungen getroffen werden.

2.3 Fallbeispiele – Inspiration

Weltweit haben Länder, Regionen und Leistungserbringer begonnen, VBHC oder Elemente aus VBHC in die Praxis umzusetzen. Dabei wenden die Stakeholder verschiedene Ansätze an. Einige der Initiativen entstanden direkt an der Basis (bottom-up), andere auf betriebsstrategischer oder gesundheitspolitischer/regulatorischer Ebene (top-down) und wieder andere wurden durch die Industrie angestoßen. Andere Initiativen entstanden aus der Weiterentwicklung von vorangegangenen Managementkonzepten, wie der Kostendämpfung oder Qualitätsverbesserung. Wenig erfolgreich waren bis jetzt Projekte, welche rein top-down getrieben waren. Idealerweise besteht ein Zusammenspiel zwischen top-down und bottom-up, welches sich gegenseitig ergänzt. Sie sehen, es gibt weder richtig noch falsch. Das Schöne am VBHC Konzept ist, dass Sie es auf Ihr individuelles Umfeld anpassen können.

2.3.1 Fallbeispiele fmc Webinar

Im fmc Webinar vom 29.09.21 wurden zwei Fallbeispiele im Detail vorgestellt und diskutiert. Beide Fallbeispiele können Sie online unter folgendem Link [🔗](#) nachschauen (Martini Klinik Hamburg ab Minute 34:32 und Universitätsspital Basel ab Minute 1:08:36). Nachfolgend sind die Fallbeispiele unter den sechs VBHC Elementen zusammengefasst.

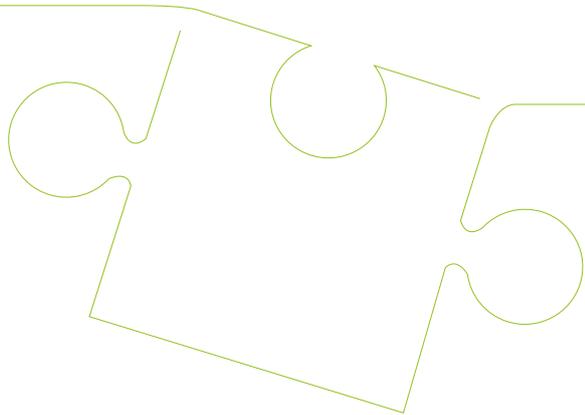
Martini-Klinik (Deutschland), spezialisiert auf die Diagnostik und Behandlung von Prostatakrebs

- **Orientierung an Patient:innen:**
Die MK-Prozesse sind vollumfassend patientenorientiert. Kern der Prozessgestaltung ist hier die Frage «Wie würde man es als Patient gerne haben?» Dies beginnt mit der ersten Kontaktaufnahme mit dem Patienten und wird über den gesamten ambulanten und stationären Bereich weitergeführt. Auch versteht sich die Martini-Klinik als Partnerin für die Patient:innen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Durch die parallele Messung der Outcomes ergibt sich eine win-win Situation durch einen kontinuierlichen Informationsgewinn für die Klinik und eine optimale Versorgung für den Patienten nach den aktuellen Erkenntnissen der Wissenschaft.
- **Messung von Outcomes:**
In Hamburg werden neben den herkömmlichen klinischen Indikatoren folgende Outcomes in die Messung aufgenommen: PROMs (Lebensqualität, Kontinenz, erektile Funktion, onkologische Folgetherapien) sowie CROMs

(Clinician-Reported Outcome Measures). Die MK hat eine eigene Datenbank entwickelt und ein Team unterstützt sie bei der Datenerhebung und -aufbereitung (bestehend aus zwei Datenbanktechnikern, drei Dokumentationsassistenten, einem Statistiker und einem Mediziner).

- **Koordination/Integration der Versorgung:**
Innerhalb der MK arbeitet ein multidisziplinäres Teams auf Augenhöhe in der Versorgung der Patient:innen. Zu den Partnern gehören neben dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf auch verschiedene medizinische Einrichtungen und Krankenkassen im In- und Ausland.
- **Governance/Organisation:**
In der Kultur des MK-Teams ist das Gebot verankert, sich ständig zu verbessern - die Überzeugung, dass man nie ausgelernt hat. Die MK hat nach dem sogenannten «Martini-Prinzip» eine einzigartige Organisationsstruktur der Integrierten Praxiseinheit (IPU) entwickelt. Das Prinzip beinhaltet eine Strategie, die sich auf Ergebnismessung, Teamzusammenarbeit und kontinuierliche Verbesserung fokussiert. Alle sechs Monate werden im Behandlungsteam die Ergebnisse der Behandlungen besprochen und darüber diskutiert. Eine Diskussion auf Augenhöhe ermöglicht dabei auch den offenen Umgang mit den eigenen Ergebnissen und denen der anderen Behandler.
- **Outcome basierte Vergütung:**
Ja – innerhalb der Organisation. Die MK wendet ein einzigartiges Vergütungssystem an, das Anreize für die Verbesserung der Ergebnisse und Teamzusammenhalt setzt.
- **IT Plattform:**
Die MK arbeitet mit der IT-Lösung VitalHealth QuestLink [🔗](#) von Philips, um vom Patienten berichtete Ergebnisqualitätsdaten zu erheben.
- **Top-Tipp, der nicht im Textbuch steht:**
Outcome Messung ist eine Investition in die Zukunft. Die Ergebnisse gewinnen Jahr für Jahr mehr an Bedeutung. Daher ist es sinnvoll früh zu Starten und sich nicht in Perfektionismus zu verlieren. Nachjustieren, wenn Dinge nicht so wie erhofft funktionieren, kann man immer noch.

(Das Fallbeispiel wurde mit der Unterstützung von Dr. Burkhard Beyer erfasst.)



Universitätsspital Basel am Beispiel von Brustkrebs

- **Orientierung an Patient:innen:**

Mit der Idee von VBHC als zukunftsweisendes Konzept machte das Universitätsspital Basel (USB) Ende 2017 mit der Einführung der ersten PROM-Befragung bei Brustkrebs-Patientinnen den ersten Schritt hin zu einer wertbasierten, an den Vorstellungen und Präferenzen der Patient:innen orientierten Medizin. Stand Januar 2022 erhebt das USB für über 20 Krankheitsbildern bei über 6.000 Patient:innen PROMs.

- **Messung und Nutzen von Outcomes:**

Spezialisierte Breast Care Nurses besprechen die digital erfassten PROMs mit den Patient:innen. So wird rasch erkenntlich, wo Handlungsbedarf besteht und wo der Behandlungspfad angepasst werden muss. Tabuisierte und intime Bereiche, die Rollenfunktion in der Familie und andere die Lebensqualität beeinflussende Aspekte werden umfassend abgebildet. Als Basis dient das standardisierte ICHOM-Set «Breast Cancer», das neben klinischen Verlaufsdaten die alltägliche Lebensqualität der Patientinnen berücksichtigt.

- **Koordination/Integration der Versorgung:**

Am USB sind die involvierten Fachbereiche entlang des individuellen Behandlungspfades integriert. Am Beispiel von Brustkrebs sind sämtliche Prozesse aller integrierten Fachrichtungen* sowie die standardisierte Outcome Messung um die Patientinnen herumorganisiert, sodass der gewünschte Mehrwert gemeinsam erreicht werden kann. (*Brustchirurgie, Diagnostische Radiologie, Gynäkologie, Onkologie, Pathologie, Plastische Chirurgie, Psychoonkologie, Radioonkologie, Senologie, Spezialisierte Pflege).

- **Governance/Organisation:**

Auf Basis der Erfahrungen und «Learnings» der verschiedenen Kliniken und Zentren ist am USB ein «VBHC-Ökosystem» entstanden. Im Rahmen von jährlichen Reportings werden die Analysen aus aggregierten PROM-Daten mit dem ärztlichen Fachpersonal und Pflegefachpersonen diskutiert. Daraus können notwendige Anpassungen für die

Behandlung abgeleitet werden. Quartalsweise versendete Updates mit aktualisierten Einschlusszahlen, halbjährliche Diskussionsforen für Interessierte und ein zuletzt 2021 organisiertes internationales Symposium festigen den Anspruch eines spitalübergreifend verankerten VBHC-Gedankens. VBHC-Elemente finden sich in der 2021 umgesetzten Spitaltransformation «USB Plus» mit der Bildung von sechs an Organsystemen orientierten Medizinischen Departementen. Durch diese Neuorganisation können Kliniken und Zentren gezielter auf die Bedürfnisse der Patient:innen eingehen und sind nicht mehr der statisch strukturellen Aufteilung in Chirurgie, Medizin und Querschnittsfunktionen unterworfen.

- **Outcome basierte Vergütung:**

Für die Krankheitsbilder Hüftgelenksarthrose, Lungen- und Prostatakarzinom werden in verschiedenen Projekten die Abbildung der «Value equation» Modelle für eine outcome basierte Vergütung im Schweizerischen Gesundheitssystem evaluiert. Zentral sind dabei Kooperationen mit weiteren Stakeholdern aus dem Bereich Pharma/Medtech und Krankenversicherern, in denen explorativ Finanz- und PROM-Kennzahlen, die Incentivierung der Leistungserbringer durch PROM-basierte Qualitätsdaten und innovative, VBHC-basierte Vergütungsmodelle evaluiert werden.

- **IT Plattform:**

Das USB arbeitet mit dem Berliner Digitalunternehmen Heartbeat Medical [🔗](#) in einer Entwicklungspartnerschaft zusammen.

- **Top-Tipp der nicht im Textbuch steht:**

Einbezug aller direkt oder indirekt an der Behandlung beteiligter Berufsgruppen (Pflegefachpersonen, ärztliches Personal, Administration) in die Umsetzung von VBHC-Aspekten sind ein Schlüssel zum Erfolg. Zusätzlich sollte der «Change» durch ständige Information auf allen Ebenen verständlich und erlebbar gemacht werden.

(Dieses Fallbeispiel wurde mit der Unterstützung von Dr. med Florian Rüter erfasst.)

2.3.2 Weitere Fallbeispiele

Die nachfolgenden Fallbeispiele und Projekte entlang des Versorgungspfades zeigen auf, wie vielfältig VBHC in der Praxis umgesetzt werden kann.

Oak Street Health (US)

Leistungsbereich:

Grundversorgung

Mehrwert für Patient:innen:

Fokus auf Prävention und Einbezug von social care

Besonderheit:

Die sozialen Faktoren spielen eine wichtige Rolle für die betreute Bevölkerungsgruppe und sind hier Teil des Versorgungsplans.

Oak Street Health ist ein Grundversorger mit etwa 25 Zentren für Erwachsene, die Medicare-Leistungen (= Krankenversicherung speziell für ältere Menschen) in Anspruch nehmen. Oak Street agiert vorwiegend in Gemeinden, in denen es wenig, bis keine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung gibt. Die Versorgung von Oak Street basiert auf einem neuen Organisations-Modell, welches Porters VBHC Prinzip verfolgt: weg vom Volumen der Leistungen hin zum Nutzen für die Patient:innen. Das innovative Modell nimmt den Versicherungsträgern das volle Risiko für die Patient:innen ab, d.h., bei einem vermeidbaren Eintritt ins Spital, wird Oak Street Health finanziell zur Verantwortung gezogen. Der Fokus liegt hier auf Prävention. Patient:innen sollen möglichst lange gesund bleiben. Um dieses Ziel zu erreichen, bietet Oak Street Health neben den klassischen Leistungen der Grundversorgung u.a. psychotherapeutische Massnahmen oder Transport zu und von Terminen an. Zudem organisiert Oak Street Veranstaltungen für die älteren Menschen, um nicht nur den gesundheitlichen Bedürfnissen, sondern auch dem Bedürfnis nach sozialen Kontakten gerecht zu werden (Zusammenspiel von health und social care). Mit diesem Versorgungsmodell hat Oak Street Health die Zahl der Krankenhausaufenthalte seit 2013 um 44 Prozent senken können.



Santeon Kliniken (Niederlande)

Leistungsbereich:

Spital

Mehrwert für Patient:innen:

gestalten aktiv mit

Besonderheit:

Patient:innen sind Teil der Verbesserungsteams

Die Privatklinikkette Santeon deckt mit ihren 7 Spitälern etwa 11% der Versorgung in den Niederlanden ab. 2016 hat die Kette begonnen, für fünf Patientengruppen Outcomes, Kosten und relevante Prozessindikatoren zu messen und innerhalb der Kette zu vergleichen. Inzwischen ist daraus das «Samen Beter» (Gemeinsam besser) Programm entstanden. Das Versorgungsprogramm umfasst mittlerweile 15 Krankheitsbilder. Das Programm sieht vor, dass je ein Verbesserungsteam für eine Krankheit zusammenarbeitet. Das Verbesserungsteam besteht aus einer medizinischen Fachkraft, einer Projektleitung, einem Datenanalysten und einer von der Krankheit betroffenen Person. Gemeinsam bestimmen sie die Merkmale der Patientengruppe, die Behandlungsoptionen und die Scorecard. Auf der Grundlage der Scorecard werden die Ergebnisse gemessen, analysiert und mit den Spitälern aus der Kette besprochen. Dies ist ein kontinuierlicher Lern- und Verbesserungsprozess, der alle sechs Monate wiederholt wird. Durch den Vergleich der Ergebnisse und Arbeitsmethoden zwischen den Santeon-Krankenhäusern konnte beispielsweise bei Frauen mit Brustkrebs die Zahl der Reoperationen aufgrund von Nachblutungen oder Wundinfektionen reduziert werden.



Swiss Medical Network und Spitalzentrum Biel (Schweiz)

Leistungsbereich:

Spital

Mehrwert für Patient:innen:

kürzere Aufenthaltsdauer

Besonderheit:

Fokus auf Patientenpfad wirkt sich positiv auf Patientenzufriedenheit, Kosten und Qualität aus

Johnson & Johnson hat zusammen mit der Privatklinikgruppe Swiss Medical Network (SMN)  und dem Spitalzentrum Biel  in Projekten zur Optimierung des Patientenpfades erste Erfahrungen in Richtung VBHC im Fachbereich Orthopädie gesammelt. Ziel des Programmes ist, im Rahmen des Triple Aim-Ansatzes  die Ergebnisse medizinischer Behandlungen zu optimieren, das Erlebnis der Patient:innen zu verbessern und gleichzeitig die Kosten zu senken. Die beteiligten Schweizer Spitäler machen mit den Programmen gute Erfahrungen und es wurde um die Erfassung von PROMs erweitert. Die SMN-Klinik La Providence in Neuenburg konnte bei Hüft- und Knieoperationen durch schnellere Mobilisierung der Patient:innen und der dadurch geförderten rascheren Genesung, die Dauer eines Spitalaufenthalts um bis zu 40% reduzieren. Richtig umgesetzt, führt dies zu Kosteneinsparungen, während gleichzeitig die Patientenzufriedenheit gesteigert wird. Es sind weitere Pilotprojekte zur Erfassung von PROMs in anderen Fachgebieten geplant.



Hôpital de La Tour (Schweiz)

Leistungsbereich:

Spital

Mehrwert für Patient:innen:

Fokus auf den konkreten und messbaren Mehrwert für die Patient:innen in Bezug auf ihre Lebensqualität und Gesundheitsergebnisse

Besonderheit:

La Tour setzte von Anfang an auf die horizontale Integration der Teams und viel Eigenverantwortung

Patient:innen haben individuelle Bedürfnisse und unterschiedliche Gesundheitsziele. Mit dem Ansatz von VBHC verknüpft das Hôpital de La Tour die medizinische Exzellenz von ultraspezialisierten Gesundheitsteams mit personalisierten Behandlungspfaden. Für die Ärzt:innen, Pflegefachpersonen und Therapeut:innen bedeutet VBHC eine verstärkte und integrierte Zusammenarbeit in «Centres d'excellence» mit einem Fokus auf die Gestaltung und Verbesserung von spezifischen Behandlungspfaden. Die Patient:innen können so sicher sein, dass sie genau die Behandlung erhalten, welche ihrem Gesundheitszustand wirklich nützt und ihren Gesundheitszielen näher bringt. Dieser Ansatz bedarf einer konsequenten Messung der Gesundheitsergebnisse. Die Messungen bestehen aus von Patient:innen berichteten Indikatoren sowie klinischen Werten des Gesundheitszustands und berücksichtigen die entstandenen Leistungskosten. Dank der Messungen können die Gesundheitsteams im Hôpital de La Tour die Behandlungspfade kontinuierlich verbessern und auf die individuellen Gesundheitsziele der Patient:innen ausrichten. In einer kürzlich publizierten Studie  konnte aufgezeigt werden, wie der zu erwartende Mehrwert in Bezug auf die Lebensqualität und Gesundheitsergebnisse der Patient:innen realisiert wird.



Living Lab in Aging and Long-Term Care (Niederlande)

Leistungsbereich:

Alters- und Pflegeheime

Mehrwert für Bewohner:innen:

Bewohner:innen und ihre Angehörigen gestalten ihren Alltag mit

Besonderheit:

Ein Living Lab ist ein Reallabor, eine neue Form der Kooperation zwischen Wissenschaft und Gesellschaft, bei der das gegenseitige Lernen in einem experimentellen Umfeld im Vordergrund steht. Hier werden Studien in Echtzeit durchgeführt und Erkenntnisse sofort in die Praxis umgesetzt.

Als 2017 in den Niederlanden ein neuer Qualitätsrahmen zur Aufrechterhaltung und Verbesserung der Qualität in der Pflege in Pflegeheimen eingeführt wurde, entstand die Idee die Methodologie des Living Lab einzusetzen. «Gute Qualität» ist bewohner-zentriert und wird in einem Netzwerk aus Bewohner:innen, Familienmitgliedern und Personal erbracht. Das «Living Lab in Aging und Long-Term Care» hat es sich zum Ziel gesetzt, diesen Prozess zu unterstützen. Dabei spielt der Grundgedanke, dass Pflegeheime «lernende Organisationen» sein dürfen eine Schlüsselrolle. So kann sich die Organisation rascher an ein sich ständig veränderndes Umfeld anpassen und dennoch die Komplexität der Pflegeleistungen berücksichtigen. Ziel dieser Initiative ist es, ein offenes Lern- und Verbesserungsklima in Pflegeheimen zu schaffen. Um dieses Ziel zu erreichen, arbeiten Bewohner:innen und Familienangehörige, Personal und Geschäftsführende von Pflegeeinrichtungen sowie Forscher:innen und Dozent:innen (die an einer Universität, einer Fachhochschule oder einem Berufsbildungsinstitut tätig sind) des Living Lab in Ageing & Long-Term Care zusammen.



ParkinsonNet (Niederlande)

Leistungsbereich:

ambulante Versorgung und home care

Mehrwert für Patient:innen:

keine Versorgungsunterbrüche und ein stabiles Betreuungsnetzwerk

Besonderheit:

Einbezug von Expert:innen deckt ganz Niederlande ab

ParkinsonNet wurde 2004 von Physiotherapeuten als Netzwerk gegründet und wird von immer mehr Ländern als Modell übernommen. Ziel dieses Netzwerkes ist es, eine patientenzentrierte und institutionsübergreifende Versorgung für an Parkinson erkrankte Personen anzubieten, also eine Versorgung entlang des Patientenpfads der Patient:innen. Mittlerweile zählen allein in den Niederlanden über 3'400 Dienstleister zum Netzwerk. Durch die Verbesserung der Zusammenarbeit innerhalb der verschiedenen Fachbereiche sowie spezifischen Schulungen zur Erweiterung des Fachwissens der Angehörigen, ermöglicht ParkinsonNet ein optimales Netz von Parkinson-Spezialisten und trägt zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung bei. Die Ergebnisse von Studien zeigen, dass aufgrund einer geringeren Anzahl von Komplikationen, einer niedrigeren Sterblichkeitsrate und weniger physiotherapeutischen Behandlungen, Einsparungen in Höhe von 530 € pro Patient:in erzielt werden. Das bedeutet, dass im Jahr 2019 bei 23'000 Patienten insgesamt mehr als 12.000.000 € eingespart wurden.



National Health Service (NHS) Wales – Value in Health (Vereinigtes Königreich)

Leistungsbereich:

Gesundheitssystem

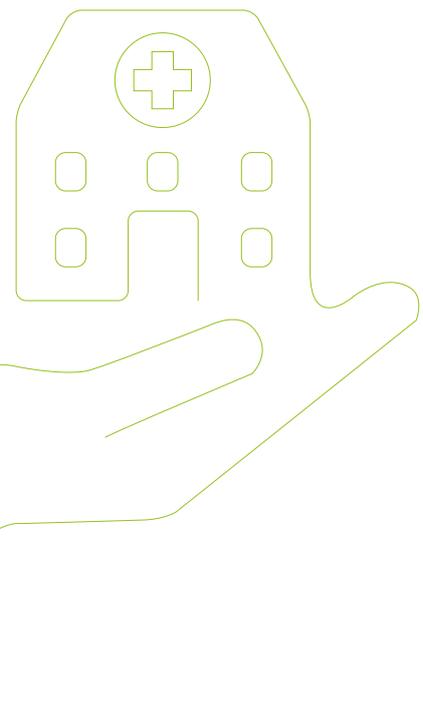
Mehrwert für Patient:innen:

langfristig die richtige Versorgung, am richtigen Ort, zur richtigen Zeit

Besonderheit:

eine staatlich angeordnete Reform, die landesweit mitgetragen wird

Der NHS Wales (= nationales Gesundheitssystem von Wales) hat 2019 mit Value in Health ein nationales Programm lanciert, das darauf abzielt, den wertorientierten Ansatz in Wales umzusetzen. Die Vision ist es, Rahmenbedingungen zu schaffen, die es allen Organisationen des Gesundheitswesens erlaubt, zusammenzuarbeiten, um die Gesundheitsergebnisse der Bevölkerung von Wales zu verbessern. Welche Gesundheitsergebnisse dabei als besonders wichtig erachtet werden, soll gemeinsam mit Patient:innen erarbeitet werden. Die Daten werden in einem zentralen System erfasst, welches Bürger:innen, klinischen Teams und Organisationen zeitnahe und relevante Informationen liefert. Dies sollte eine patientenorientierte Entscheidungsfindung ermöglichen und die Ergebnisse für die Patient:innen auf eine Weise verbessern, die finanziell tragfähig ist. Kosten werden anhand der time-driven activity-based costing (TDABC) [Method](#) Methode gemessen. Zudem hat der NHS Wales den ersten outcome-based Vergütungsvertrag mit Medtronic zu Darmkrebs vereinbart.



Reflexionsfragen zu Kapitel 2:

🔍 Wo sehen Sie Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Ansätzen der aufgeführten Fallbeispiele zu Ihrer Situation.

🔍 Von welchem Beispiel können Sie am meisten lernen?

🔍 Wenn Sie heute über die fünf VBHC Elemente [🔗](#) eine Prüfung ablegen würden, wo stehen Sie aktuell in Punkto (1) Patientenzentriertheit (2) Outcome Messung (3) Governance (4) Integration/Koordination (5) Vergütung?

Weitere im Detail beschriebenen Fallbeispiele finden Sie u.a. im EIT Paper «A handbook for Pioneers» ab Seite 32 [🔗](#).

«Lessons learned»

2.3.3 aus bestehenden Initiativen

Nachfolgend haben wir einige der Learnings der VBHC Pioniere zusammengetragen. Sie sollen Ihnen helfen, die Risiken Ihres Vorhabens proaktiv zu managen.

Mindset (Kultur der Organisation)

- Der Schritt in Richtung VBHC ist immer mit einem Paradigmenwechsel verbunden und fordert ein neues Mindset mit Fokus auf den Patientennutzen und den Anspruch der «Ständigen Qualitätsverbesserung» (Continuous Improvement). Dies stellt jede Organisation und jede Person vor Herausforderungen. Viele heute allgemeingültige Strukturen und Prozesse werden einer kritischen Prüfung unterzogen. Zudem wird der Wechsel von einer volumen- zu einer ergebnisorientierten Versorgung Zeit beanspruchen. Lassen Sie sich nicht von diesen Herausforderungen abschrecken, sondern ermöglichen Sie die Entstehung einer Kultur des Lernens und gehen Sie kritischen Diskussionen nicht aus dem Weg. «Consistency is the key to success». Kleine, aber konstante Schritte führen zum Ziel. Jeden Tag wird auf die Vision hingearbeitet.

- Bei VBHC streben wir danach, uns laufend zu verbessern und zu lernen. Durch das Messen der Outcomes wird dies möglich und wir können unsere eigenen Prozesse und Handlungsweisen hinterfragen und anpassen. Dabei geht es nicht darum, jemanden an den Pranger zu stellen. Outcome-Messungen dienen niemals dazu, einzelne Personen oder ihre Arbeit zu bewerten. Vielmehr unterstützen sie den Lernprozess, der dem allgemeinen Ziel – Verbesserung der Versorgung - dient.
- Veränderung fühlt sich für viele von uns unangenehm an und kann Ängste auslösen. Das regelmässige Abholen von Bedenken und Sorgen in den Teams sowie eine offene und transparente Kommunikation sind deshalb zentral.

Patientenorientierung

- Definieren und identifizieren Sie zu priorisierende Patient:innen-/Personengruppen (mögliche Kriterien: hohe Kosten, häufige Erkrankungen wie z.B. Diabetes, unzufriedenstellende Outcomes wie z.B. schlechtes Patientenfeedback etc.), für die Sie die erste Anlaufstelle im System sind. Hier sind Sie im Lead für den Patientenpfad.
- Laden Sie Patient:innen aktiv dazu ein, den VBHC Prozess mitzugestalten in dem Sie z.B. einen Patient:innenrat einrichten.

Indikatoren Definition und Messung

- Nutzen Sie vorhandene, validierte Standards (z.B. Standardsets vom ICHOM) und erfinden Sie das Rad nicht neu [🔗](#).
- Definieren Sie frühzeitig eine Systematik und Indikationen für die Erhebung der Daten (keine Datenerhebung so lange nicht klar ist, welchem Mehrwert/Zweck diese dienen soll).
- Versuchen Sie maximal 5 Performance Indikatoren pro Team zu definieren und haben Sie ein Auge auf die sogenannten unexpected effects (Hawthorne Effekt [🔗](#)).

- Die Erfassung von Outcomes ist ein grundlegendes Element von VBHC, bedeutet aber auch zusätzlichen Arbeitsaufwand. Automatisieren Sie was möglich ist, damit Ergebnisdaten leicht erfasst, analysiert und gemeinsam genutzt werden können.
- Benchmarking schafft einen positiven Wettbewerb und einen Mehrwert für die Organisation. Anhand dieser Daten kann Spital A mit Spital B sich zu best practice austauschen, gegenseitig voneinander lernen und sich kontinuierlich verbessern. Ausserdem können die Ergebnisdaten für die klinische Forschung genutzt werden.

Governance

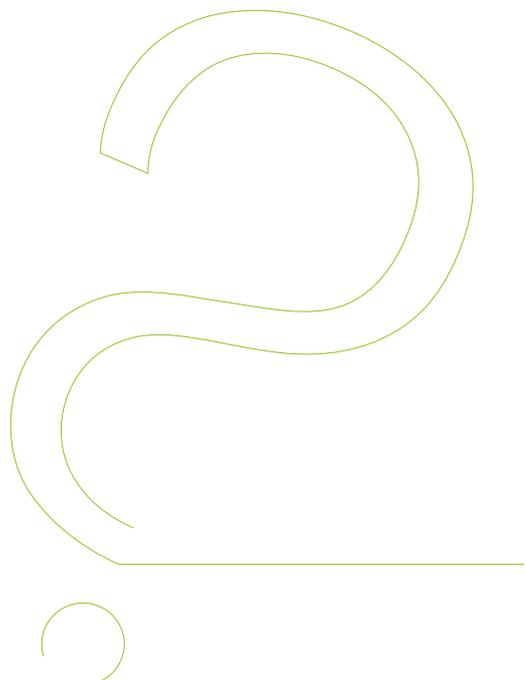
- Schaffen Sie eine Kultur des Lernens und Verbesserns, in dem Sie schrittweise die notwendigen Prozesse zur Qualitätssicherung und -verbesserung einarbeiten (in kleinen Iterationsschritten mit eingebauten PDSA-Zyklen ).
- Stellen Sie sicher, dass alle Stakeholder eine gemeinsame Vision sowie Definition von Value haben. Richtungsweisende Entscheide werden zentral getroffen, in der Umsetzung sind die Verbesserungsteams frei.
- Definieren Sie einen Ansatz zur Standardisierung von Daten, klinischen Protokollen, Arbeitswesen etc.
- Definieren Sie, wie Entscheidungen getroffen werden.
- Definieren Sie wer die Datenhoheit besitzt.

Koordination/Integration

- Analysieren Sie Lücken, Unterbrüche im Behandlungspfad und beginnen Sie, den Fokus auf das Versorgungskontinuum zu legen.
- Koordinieren und harmonisieren Sie Ihre Bemühungen mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern, indem Sie runde Tische und Gespräche führen und dadurch die Beziehungen pflegen.

Vergütung

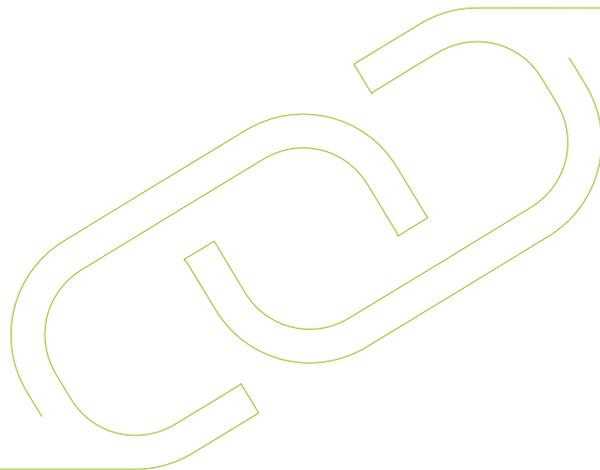
- Definieren Sie Anreizstrukturen (Verteilung Risiken und Belohnungen), Rahmenbedingungen für das Leistungsmanagement, etc.
- Holen Sie die Versorgungsteams mit an den Tisch, wenn es um die Ausarbeitung der value-based Verträge geht, um von Anfang an sicherzustellen, dass die vertraglichen Anforderungen in der Praxis auch umsetzbar sind und best practice entsprechen.
- Vergütung ist das letzte einzuführende Element; machen Sie einen Stufenplan, zunächst ohne finanzielle Abschläge oder «Strafen».



3 Weiterführende Informationen und nützliche Links

Für alle, die mehr wissen wollen:

Titel	Schlagworte	Form	Zugriff	Link
Handbook for Pioneers	Value-based Healthcare, Europa, Fallbeispiele, Implementierung	Digitaler Bericht	frei	🔗
What is value in health care?	Value, Value-based Healthcare	Digitaler Bericht	kostenpflichtig	🔗
What is best for ESTHER	Patienteneinbindung, ältere Menschen, chronisch Kranke Menschen, Patientenpfad	Digitale Broschüre	frei	🔗
Defining and Implementing Value-based Healthcare: A Strategic Framework	Value, Value-based Healthcare	Digitaler Bericht	frei	🔗
Race to Value – Oak Street Health	Oak Street Health, Grundversorgung, VBHC	Podcast	frei	🔗
Value-based Healthcare - Wales leading the way	NHS Wales, VBHC	Podcast	frei	🔗
Health at a Glance OECD Indicators	OECD, PROMs, PREMs, Brustkrebs	Digitaler Bericht	frei	🔗
Defining value in "Value-based Healthcare" Opinion by the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH)	European Commission, definition, expert opinion	Digitaler Bericht	frei	🔗
Integrated Practice Units: A Playbook for Health Care Leaders	M. Porter, VBHC, Implementierung	Digitaler Bericht	kostenpflichtig	🔗



Titel	Schlagworte	Form	Zugriff	Link
The third health care revolution: a new paradigm for better value health care	Muir Gray, Value, VBHC	Digitale Präsentation	frei	🔗
Public Health & QI Toolbox	Hilfsmittel, Verbesserungsinstrumente, Toolbox	Webseite & Downloads	frei	🔗
Redefining Healthcare	M. Porter, E. Teisberg, VBHC	Buch oder eBook	Kostenpflichtig	🔗
About the living lab	Altersversorgung, Pflegeheim, Qualität	Video	frei	🔗
The Dutch outcome-based payment model of ParkinsonNet: A case study	Parkinson, Fallstudie, VBHC	Digitale Fallstudie	frei	🔗
Swiss Association for VBHC	Schweiz, Verein, VBHC	Webseite	frei	🔗
Patient-Reported Outcome Measures (PRMs): ein internationaler Vergleich	PROMs, Vergleich, Länder, Bertelsmann Stiftung	Digitaler Bericht	frei	🔗
Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen	Value, Value-based Healthcare, Teisberg, Schweiz	Digitaler Bericht	frei	🔗
Measuring Patient Value after Total Shoulder Arthroplasty	Schulter-Totalendoprothese, PROMs, VBHC, Wertorientierte Gesundheitsversorgung, Patientennutzen; Qualität; Kosten	Studie	frei	🔗

Beispiele für Fragebögen
und nützliche Links

Titel	Info	Sprache	Link
International Consortium for Health Outcomes Measurement	über 30 krankheitsspezifische Standardsets	Englisch	🔗
Oxford Knee Score	12 Fragen, krankheitsspezifisch	Englisch	🔗
Oxford Hip Score	12 Fragen, krankheitsspezifisch	Englisch	🔗
QISA – Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung	13 Themenbände mit Indikatoren, krankheitsspezifisch	Deutsch	🔗
SF-12	12 Fragen, Lebensqualität	Deutsch	🔗
SF-36	36 Fragen, Lebensqualität	Deutsch	🔗
Oswestry Disability Index (ODI)	10 Sektion, Lebensqualität zu lower back pain	Englisch	🔗
EuroQol Group Instruments	verschiedene Instrumente	mehrsprachig	🔗
PROMIS Germany	Übersetzte und validierte Fragebogen	Deutsch	🔗
Heartbeat Medical	Beschrieb der gängigsten Fragebogen	Deutsch	🔗
Adjumed Scores	Verfügbare Fragebogen Schweiz	Deutsch	🔗
NHS Digital	Patient Reported Outcome Measures (PROMs)	Englisch	🔗

4 Danksagung

Herzlichen Dank an alle, die an diesem Leitfaden als Interviewpartner, Testperson für die Hilfsmittel, Co-Autor der Case Studies und/oder spezifischer Textabschnitte oder als Sparring Partner mitgewirkt und einen Beitrag geleistet haben.

Anthony Staines

Patient Safety Program Director - Chargé du programme „Sécurité des patients“ at Fédération des hôpitaux vaudois

Arnaud Chioléro

MD PhD, public health physician and epidemiologist, director of the Population Health Laboratory (#PopHealthLab), University of Fribourg

Burkhard Beyer

Dr., Oberarzt in der Martini-Klinik am UKE (Hamburg)

Christian Baum

Verantwortlicher Prozesse und Qualität im Spitalzentrum Biel

Christoph Meier

Prof. Dr. med., Klinikdirektor im Universitätsspital Zürich

Dino Cauzza

CEO von Swiss Medical Network

Florian Rüter

Dr. med., Leiter Qualitätsmanagement und Value Based Healthcare am Universitätsspital Basel

Florian Rossiaud-Fischer

Director for Innovation & Strategic Partnerships am Hôpital de La Tour

Kristian Schneider

CEO des Spitalzentrum Biel/Centre Hospitalier de Bienne

Pascal Briot

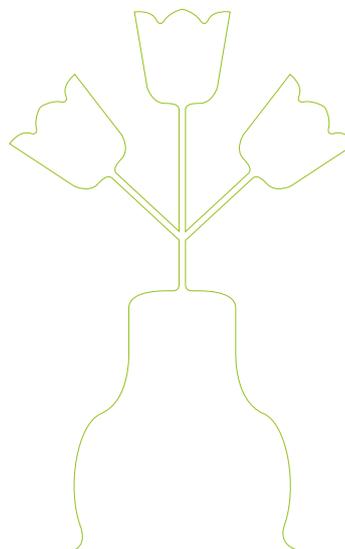
Chargé de mission Direction médicale et qualité/Direction des finances am Universitätsspital Genf

Sophie-Christin Ernst

Assistenzärztin Augenklinik Stadtspital Zürich Triemli und Research Assistant Werner H. Spross Stiftung zur Förderung der Augenheilkunde

Susana Sanchez

Leiterin Qualitätsmanagement bei Solothurner Spitäler AG





**Damit Sie alle Verlinkungen im Dokument nutzen können,
bringt dieser QR-Code Sie zur online-Version des Leitfadens.**

Impressum

Herausgeber:

fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung
Zugerstrasse 193, 6314 Neuägeri, www.fmc.ch

Konzept & Texte:

Elvira Häusler (Autorin), Oliver Strehle, Ursula Koch

Grafik & Layout:

Franchi design.identity, Neuägeri
www.franchi-design.ch

© fmc, März 2022

Die PDF-Version steht für den Download auf der Website
www.fmc.ch zur Verfügung.

Wir danken den Expert:innen für Ihre Unterstützung,
die mit Ihrer Expertise zur praxisorientierten Realisierung
des Leitfadens beigetragen haben. Anthony Staines,
Arnaud Chioléro, Burkhard Beyer, Christian Baum,
Christoph Meier, Dino Cauzza, Florian Rüter, Florian
Rossiaud-Fischer, Kristian Schneider, Pascal Briot,
Sophie-Christin Ernst und Susana Sanchez.

Der Leitfaden wurde im Auftrag von All.can
Schweiz erstellt.