im dialog

3/2025 – dialog.css.ch

Nutzwert
Wie die ergebnisorientierte Vergütung Qualität steuern kann.

Qualitätsstandards
Zwei Experten fordern mehr Tempo und konsequentes Handeln.

Spannungsfeld
Die Pflege zwischen Behandlungsqualität und Bedürfnissen.

Vermessene Versorgung?

Fehlende Transparenz, unklare Steuerung, unterschiedliche Perspektiven: Wie können wir Qualität in unserem Gesundheitssystem messen?

«Qualität muss sowohl von unten als auch von oben gelebt werden.»

Michael Jordi, Präsident der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK), auf Seite 16.

«Werden PROMs vergütungsrelevant, können Kosten und Komplikationen zugleich sinken.»

Moritz Neubauer, Geschäftsführer von Heartbeat Medical, auf Seite 12.

«Entscheidungen der Patientinnen und Patienten werden durch Qualitätsratings nicht unterstützt.»

Dr. med. Yvonne Gilli, FMH-Präsidentin, auf Seite 21.

Qualität als Kernelement

Andrea Berlinger Schwyter, Verwaltungsrätin CSS

Heute sind Gesundheitsdaten in der Schweiz fraktioniert und nicht standardisiert. Zudem werden wichtige Informationen wie ambulante Diagnosen, Therapieerfolg und Qualität oft gar nicht erfasst. Wir leisten uns zwar ein teures Gesundheitssystem, wissen aber erstaunlich wenig über dessen tatsächliche Leistungsfähigkeit. Wir können beispielsweise nicht mit Sicherheit sagen, ob und wie neue Technologien die Gesundheit verbessern oder die Kosten beeinflussen. Deshalb braucht es zwingend bessere und standardisierte Daten. Nur so können wir das Schweizer Gesundheitswesen evidenzbasiert weiterentwickeln und langfristig bezahlbar halten.

Die Sicherstellung und Messung von Qualität ist dabei von entscheidender Bedeutung und liegt primär in der Verantwortung der Leistungserbringer. Neben Prozess- und Strukturqualität ist auch die Messung von Indikations- und Ergebnisqualität zentral. Das schafft Transparenz und fördert den Wettbewerb. Die CSS setzt sich im Rahmen des neuen Qualitätsgesetzes (Art. 58 KVG) dafür ein, dass die Qualität der Leistungen im Schweizer Gesundheitssystem transparent ausgewiesen wird. Diese Transparenz soll es Prämienzahlenden erlauben, Angebote zu vergleichen, und den Tarifpartnern ermöglicht es einen echten Qualitätswettbewerb. Im Qualitätsverständnis der CSS braucht es eine konsequente Ausrichtung auf die Wirkungs- und Patientenzentrierung. Wir unterstützen deshalb aktiv das Prinzip der Qualitätsvergütung (Value Based Healthcare) anstelle der heutigen Mengenvergütung. Zudem setzt sich die CSS partnerschaftlich mit anderen Akteuren für Qualitätsmassnahmen ein, die das «Patient Empowerment» stärken – etwa mit dem Universitätsspital Basel und dem Kantonsspital Winterthur. Deren innovative Lösungsansätze fokussieren auf die Behandlungsqualität und den Patientennutzen.

In der vorliegenden «im dialog»-Ausgabe beleuchten wir die verschiedenen Facetten der Qualität. Wir zeigen Ihnen auf, ob wir das Richtige richtig machen und was es braucht, um die Qualität des Schweizer Gesundheitssystems nachhaltig zu messen.

linkedin.com/company/css_ch

Impressum

Erscheint 3x jährlich in deutscher und französischer Sprache.
Herausgeberin: CSS, Tribschenstrasse 21, CH-6002 Luzern; **E-Mail:** dialog@css.ch
Internet: dialog.css.ch
Chefredaktion: Zoë Haas
Produktion und Grafik: tnt-graphics
Fotos: Meinrad Schade, Herbert Zimmermann, Fabian Hugo, Erwin Auf der Maur (Cover), Getty Images für Unsplash
Illustrationen: tnt-graphics
Druck: Engelberger Druck AG, 6370 Stans

MIX Papier | Fördert gute Waldnutzung FSC® C009751

Druckprodukt mit finanziellem Klimabeitrag

04 / Infografik
Qualität im Gesundheitswesen hat viele Gesichter.

06 / Transparenz
Ein offener Dialog soll regionale Versorgungsunterschiede aufdecken.

09 / Standpunkt
Nutzen und Wirkung von Behandlungen sollten klar nachgewiesen werden.

10 / Persönlich
Yvana Zemp über Herausforderungen in der ambulanten Pflege.

12 / Wertorientiert
Die Vergütung hängt auch vom Behandlungsergebnis ab.

14 / Diskurs
Dominique Froidevaux und Michael Jordi fordern mehr Effizienz bei der Qualitätssteigerung.

19 / Onkologie
Sichtbare Behandlungsqualität dank Value-Index.

20 / Pro und Contra
Sind öffentliche Qualitätsrankings sinnvoll?

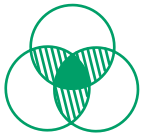
22 / Studie
Über PROMs im ärztlichen Alltag.

23 / Kolumne
Qualität braucht Konsens.

Erfasst, erlebt, bewertet

Qualität im Gesundheitswesen lässt sich aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten und nur schwer vollständig erfassen.

Begriffe



Qualitätsdimensionen: Im Donabedian Model umfasst Qualität drei Dimensionen:

- Struktur: Ausstattung, Personal, Organisation
- Prozess: Behandlungsabläufe, Betreuung
- Ergebnis: Gesundheitszustand nach der Behandlung (Outcome)

Definition von IOM und WHO: Das Institute of Medicine (IOM) und die World Health Organization (WHO) haben Qualität in sieben Dimensionen definiert:

1. patientenzentriert
2. sicher
3. chancengleich
4. zeitnah
5. koordiniert
6. effizient
7. wirksam

Qualitätsstrategie des Bundesrates: Ziel des Bundes ist eine systematische und strukturierte Verbesserung der Qualität der Leistungen einschliesslich der Patientensicherheit.[1]

Value-Based Healthcare: fokussiert auf den Nutzen für Patienten statt auf die Menge der Leistungen – mit Blick auf Qualität und Kosten.

CIRS (Critical Incident Reporting System): Meldung kritischer Ereignisse und Beinahe-Fehler. Freiwillige Teilnahme.

Messungen

Fallzahlen: Höhere Behandlungszahlen gelten als Qualitätsmerkmal. Eingriffe durch erfahrene Ärzte führen zu weniger Komplikationen und längerer Lebenszeit.

PROMs (Patient Reported Outcome Measures): von Patienten selbst berichtete Ergebnisse. Sie zeigen, wie Patienten den Nutzen einer Behandlung und deren Einfluss auf ihre Gesundheit einschätzen.

PREMs (Patient-Reported Experience Measures): von Patienten berichtete Erfahrungen. Sie zeigen, wie Behandlungsprozesse aus Patientensicht erlebt werden.

Indikatoren

Qualitätsindikatoren BAG: Fallzahlen, Eingriffsquoten, Mortalität, Aufenthaltsdauer, Verlegungsraten, Behandlungen mit Mindestfallzahlen.

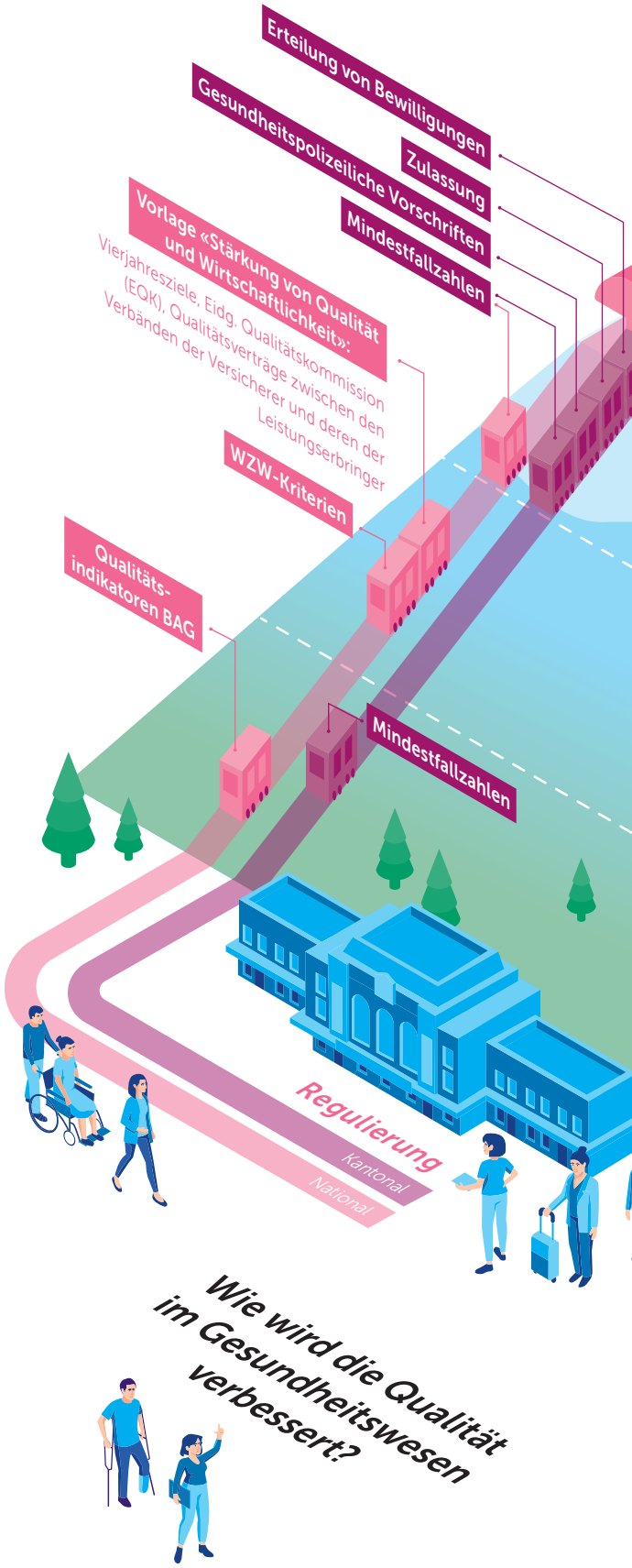
Entlassungsstatistiken: geben Auskunft über die Häufigkeit von potenziell vermeidbaren Rehospitalisierungen.

ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken): Im ANQ-Messplan sind die Qualitätsindikatoren (Messthemen) der einzelnen Fachbereiche festgelegt. Zudem koordiniert und realisiert der ANQ im Auftrag seiner Mitgliederorganisationen Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.

PaRIS-Resultate (Patient-Reported Indicator Surveys): Bessere Patientenerfahrungen gehen oft mit besseren Gesundheitsergebnissen einher. Für die Schweiz und USA gilt dies als bestätigt. Sie liegen im Vergleich über dem OECD-Durchschnitt.[2]

Herausforderungen und Spannungsfelder

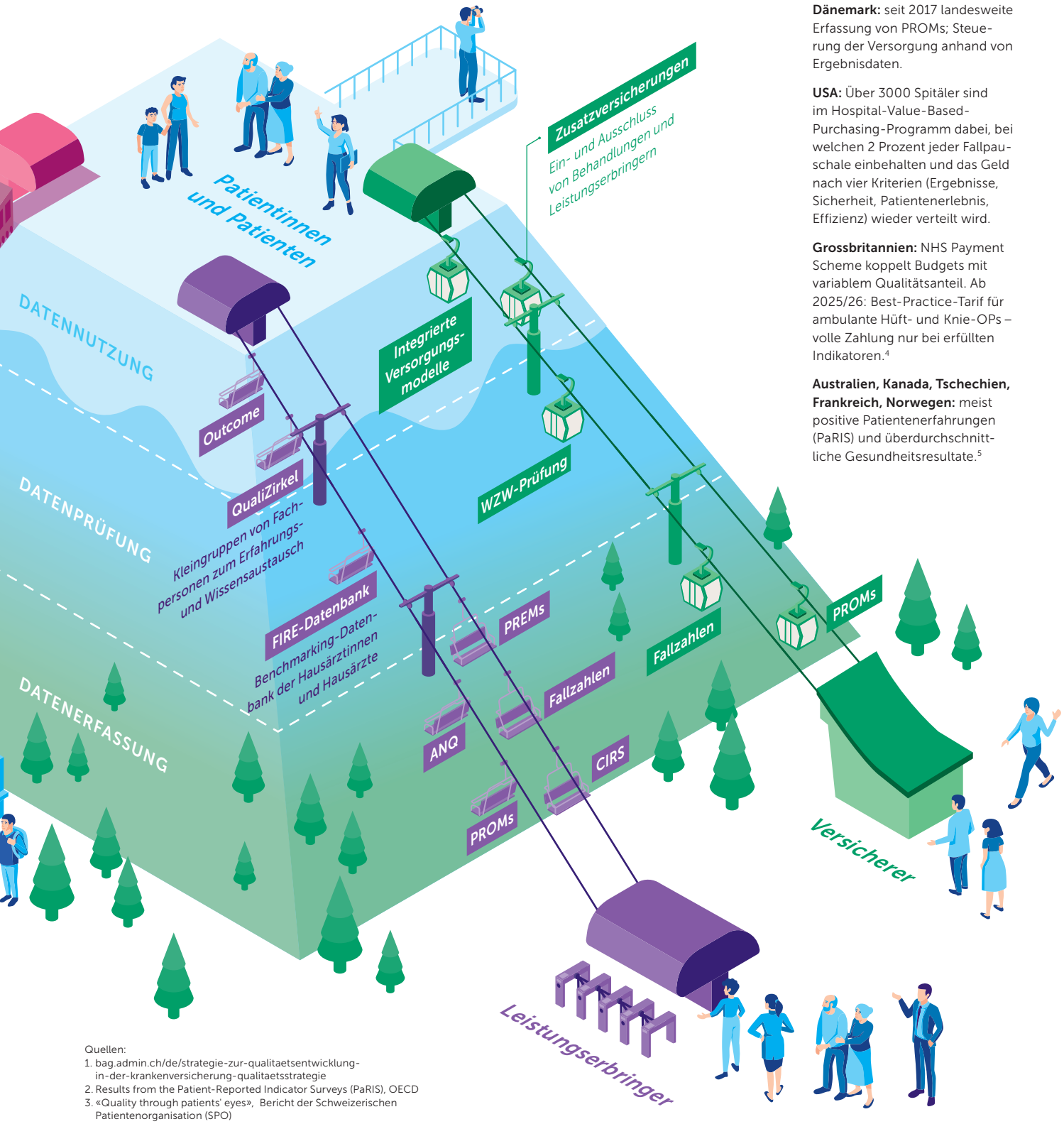
- → Unterschiedliche Interessen und Bedürfnisse an die Qualität
- → Unkoordinierte Datensammlung
- → Keine standardisierte Datenaufbereitung



Wie wird die Qualität im Gesundheitswesen verbessert?

Qualität für Patientinnen und Patienten[3]

- Wahrnehmung als ganze Menschen
- Kommunikation auf Augenhöhe
- Möglichkeit zur Mitwirkung
- Persönliches Engagement der Fachpersonen
- Gute Zusammenarbeit der Fachpersonen



Ausland

Dänemark: seit 2017 landesweite Erfassung von PROMs; Steuerung der Versorgung anhand von Ergebnisdaten.

USA: Über 3000 Spitäler sind im Hospital-Value-Based-Purchasing-Programm dabei, bei welchen 2 Prozent jeder Fallpauschale einbehalten und das Geld nach vier Kriterien (Ergebnisse, Sicherheit, Patientenerlebnis, Effizienz) wieder verteilt wird.

Grossbritannien: NHS Payment Scheme koppelt Budgets mit variablem Qualitätsanteil. Ab 2025/26: Best-Practice-Tarif für ambulante Hüft- und Knie-OPs – volle Zahlung nur bei erfüllten Indikatoren.[4]

Australien, Kanada, Tschechien, Frankreich, Norwegen: meist positive Patientenerfahrungen (PaRIS) und überdurchschnittliche Gesundheitsresultate.[5]

Quellen:
1. bag.admin.ch/de/strategie-zur-qualitaetsentwicklung-in-der-krankenversicherung-qualitaetsstrategie
2. Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS), OECD
3. «Quality through patients' eyes», Bericht der Schweizerischen Patientenorganisation (SPO)
4. «Value-Based Reimbursement: Bedeutung der Qualität in der Vergütung», Artikel Heartbeat Medical
5. Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS), OECD

REGIONALE VERSORGUNG

Unterschiede verstehen, Qualität sichern

In der Schweiz variiert die Gesundheitsversorgung je nach Region stark – die Ursachen dafür sind aber meist unklar. Ein offener Dialog soll für mehr Transparenz sorgen und zur Qualitätssteigerung beitragen.

Autoren: **Stefan Essig, Andreas Balthasar;** Foto: **Getty Images für Unsplash**

Der Versorgungsatlas des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan[1] hat das Potenzial, einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in der Schweiz zu leisten. Der Atlas dokumentiert und visualisiert regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, wie Hospitalisierungen, Medikamentenbezüge, chirurgische Eingriffe sowie diagnostische und bildgebende Verfahren. Ausserdem kann für jeden Kanton bzw. jede Versorgungsregion ein Verlauf der Werte über die letzten Jahre dargestellt werden.

Grosse regionale Versorgungsunterschiede

Der Versorgungsatlas weist auf teilweise grosse regionale Unterschiede bezüglich Häufigkeiten von Hospitalisierungen, Medikamentenbezügen, chirurgischen Eingriffen sowie diagnostischen und bildgebenden Verfahren hin.

Beispielsweise wurden im Jahr 2022 bei Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons mit der höchsten Rate ...

... Koronarangioplastien, Eingriffe zu Erweiterungen verengter Herzkranzgefässe mittels eines Ballons, zweimal so häufig eingesetzt ...

... transurethrale Prostatektomien, Teilentfernungen der Prostata über die Harnröhre, zweieinhalbmal so häufig durchgeführt ...

... Benzodiazepine, eine wichtige Gruppe von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, viermal so häufig eingesetzt ...

... Antibiotika zweieinhalbmal so häufig eingesetzt ...

wie bei Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons mit der tiefsten Rate.

Hinweise auf Verbesserungspotenzial

Solche regionalen Abweichungen können ein Indiz für Unterschiede in der Versorgungsqualität sein.[2] Das Wissen dazu ist in der Schweiz aber sehr lückenhaft. Die Webseite des Versorgungsatlas beinhaltet zwar eine Übersichtsdarstellung zu generellen Ursachenkategorien regionaler Unterschiede (siehe Grafik Folgeseite), detaillierte Studien zu einzelnen Versorgungsaspekten sind aber selten. So könnte die unterschiedliche Häufigkeit transurethraler Prostatektomien laut einer 2021 veröffentlichten Arbeit mit abweichenden Kommunikationsstilen zwischen Ärztinnen und Ärzten und ihren Patienten zusammenhängen.[3] Ein Bericht der Eidgenössischen Finanzkontrolle weist auf ein «liberales Umfeld» als Ursache der Unterschiede bei der Anwendung von Bildgebungsverfahren hin. Deren Einsatz sei im Krankenversicherungsgesetz praktisch nicht geregelt und unzureichend kontrolliert.[4] Die Qualität der Verschreibungen und die Rechtfertigung bildgebender Untersuchungen würden zwar teilweise in Audits überprüft, die Umsetzung der daraus resultierenden Empfehlungen wird aber nicht systematisch kontrolliert. In unseren eigenen Arbeiten fanden wir ebenfalls Hinweise auf viele Freiheitsgrade bei der Ausgestaltung des Versorgungsangebots und ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Ursachenkategorien. So geht die unterschiedliche Verschreibungsrate für gewisse Schlaf- und Beruhigungsmittel vermutlich auf Unterschiede der Kultur und der Dichte ambulanter Versorgungszugänge zwischen den Landesteilen zurück. Auch hier könnten also Qualitätsunterschiede in der Versorgung vorliegen.[5]

Neuer Dialog

Eine wichtige Erkenntnis aus unseren Abklärungen war, dass es selten einfache Erklärungen für die festgestellten regionalen Versorgungsunterschiede gibt. Pauschale Schuldzuweisungen, wie zum Beispiel jene, dass Ärztinnen und Ärzte aus finanziellen Überlegungen unnötige Eingriffe durchführen würden, führen nicht weiter. Wenn die Gesundheitsversorgung optimiert werden soll, indem Über- und Unterversorgung vermieden werden, braucht es in erster Linie den Dialog zwischen medizinischen Fachgesellschaften, Kantonen, Versicherern und der Bevölkerung, um den Ursachen für die Unterschiede gemeinsam nachzugehen.

Dieser Dialog fehlte bisher: Die grosse Mehrheit der von uns interviewten Vertretenden der medizinischen Fachgesellschaften und Kantone erwähnte, zu diesem Thema in keinem oder einem nur eingeschränkten Austausch mit der anderen ›

Dr. med. Dr. phil. Stefan Essig

ist seit 2020 Projektleiter bei Interface Politikstudien Forschung Beratung in Luzern/Lausanne und Senior Researcher an der Universität Luzern. Er promovierte in Epidemiologie und Versorgungsforschung und hält einen Medizinabschluss der Universität Basel.

Prof. Dr. Andreas Balthasar

ist Gründer, ehemaliger Geschäftsführer und Senior Consultant bei Interface Politikstudien Forschung Beratung in Luzern/Lausanne. Er forscht zu Gesundheitsversorgung, Evaluation und evidenzbasierter Politik. Zudem ist Andreas Balthasar Titularprofessor für Politikwissenschaft.

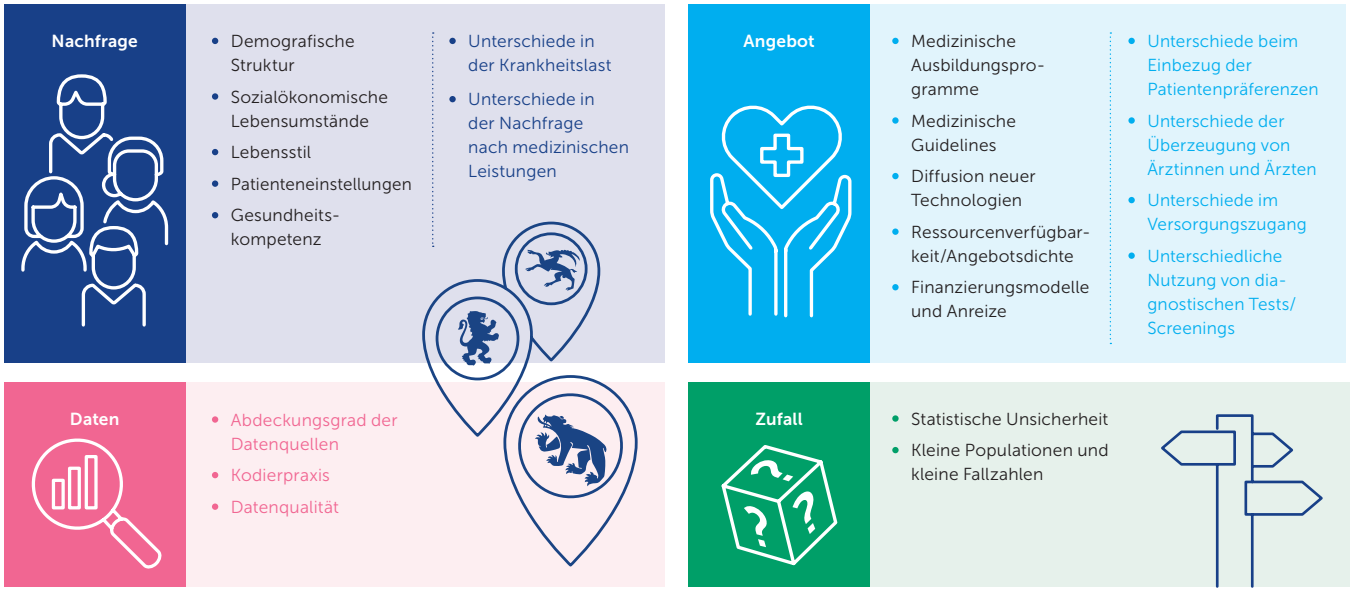
Ein Weg vom Versorgungsatlas zur Qualitätsverbesserung

Quelle: Interface, eigene Darstellung.

Ursachen regionaler Unterschiede

Faktoren in den Kategorien Nachfrage, Angebot, Daten und Zufall

Quellen: Obsan, versorgungsatlas.ch.



Gruppe zu stehen. Die Kontaktpunkte seien häufig fokussiert auf Auseinandersetzungen über Tarifstrukturen und Kosten, was vielmehr ein «Gegeneinander» als ein «Miteinander» sei und zu einer Stimmung des Misstrauens geführt habe.

Wir haben den Ball aufgenommen und haben einen Dialog lanciert. Mit Vertretenden der Ärzteschaft und der kantonalen Gesundheitsbehörden haben wir in Gesprächsrunden über die Bedeutung, den Handlungsbedarf und mögliche Massnahmen zur Reduktion regionaler Versorgungsunterschiede diskutiert. Zusätzlich haben wir die Bevölkerung involviert – in Gesprächsrunden mit Menschen aus allen Landes- und Bevölkerungsteilen haben wir über die Bedeutung und die Erwartungen an den Versorgungsatlas diskutiert.

Bisherige Ergebnisse und Ausblick

Das bisherige Engagement und die vorläufigen Ergebnisse des Dialogs sind vielversprechend. Die Bereitschaft ist in allen Gruppen gross, über die Relevanz regionaler Unterschiede, das Vorgehen zur Ursachensuche und mögliche Massnahmen zu sprechen. Ein Aspekt wurde in den Gesprächsrunden immer wieder hervorgehoben: Transparenz. Die Hintergründe der im Versorgungsatlas abgebildeten regionalen Unterschiede sollen aufgeklärt werden. Auch sollen Möglichkeiten geschaffen werden, überprüfen zu können, ob ein Zusammenhang zwischen der Quantität von Hospitalisierungen, Bezügen, Eingriffen oder Verfahren und deren Qualität besteht. Der Versorgungsatlas könnte so ein wichtiger Ausgangspunkt für die Entwicklung von Massnahmen werden, die zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führen. Im Herbst 2025 bringen wir Ärztinnen und Ärzte, Kantonsvertretende und Mitglieder der Bevölkerung – ergänzt mit Vertretenden von Krankenversicherungen und Forschung – in einer Veranstaltung zusammen. Ziel ist es, gemeinsam einen Aktionsplan zu erarbeiten, der aufzeigt, wer welche Schritte unternehmen soll, damit die Ursachen wichtiger regionaler Versorgungsunterschiede geklärt und Massnahmen zur Steigerung der Qualität und der Effizienz der Gesundheitsversorgung ergriffen werden.

Ob die Reduktion von unerwünschten Versorgungsunterschieden, wie sie der renommierte amerikanische Versorgungsforscher John Wennberg forderte, je zu einer «Priorität der Leistungserbringer» wird, wissen wir nicht.[6] Aber wir können sie und die weiteren Stakeholder unterstützen, den Weg dorthin einzuschlagen.

Offenlegung der Finanzierungsquellen

Interface Politikstudien Forschung Beratung kann die erwähnten Arbeiten dank finanzieller Unterstützung durch die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) und die Kantone Luzern, Schwyz und St. Gallen durchführen. ●

Mehr zum Projekt

Weiter Informationen und Forschungsergebnisse finden Sie online.

[1] www.versorgungsatlas.ch

[2] Wennberg J. (2011): Time to tackle unwarranted variations in practice. BMJ 342, d1513.

[3] Wertli M., Zumbrunn B., Weber P. et al. (2021): High regional variation in prostate surgery for benign prostatic hyperplasia in Switzerland. PloS One 16(7), e0254143.

[4] Eidgenössische Finanzkontrolle (2025): Evaluation der Mechanismen zur angemessenen Verwendung bildgebender Verfahren in der Medizin.

[5] Essig S., Rickenbacher J., Brun N., Balthasar A. (2025): Regionale Unterschiede im schweizerischen Versorgungsatlas – was nun? Eine Interpretationshilfe für ausgewählte Indikatoren. Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern.

[6] Wennberg J. (2011): Time to tackle unwarranted variations in practice. BMJ 342, d1513.

STANDPUNKT

Patientennutzen nachweisen

Neue Qualitätsverträge sollen das Gesundheitswesen stärken, doch die Umsetzung stockt. Die CSS fordert verbindliche Messungen – und handelt bereits selbst.

Autorin: **Cristine Furrer,** Ressortleiterin Qualität Leistungserbringung CSS; Foto: **Herbert Zimmermann**

Seit Inkrafttreten des geänderten Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit 2021 bemühen sich die beteiligten Akteure, die vom Gesetzgeber geforderte Qualitätsentwicklung anzugehen. Dafür müssten 20 neue Qualitätsverträge ausgehandelt werden. Müssten. Bisweilen wurde lediglich ein Vertrag über die Ziellinie gebracht. Zwei weitere Verträge werden dem Bundesrat bis Ende 2025 zur Genehmigung unterbreitet. Zusätzlich verfügt die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) über einen Gesamtkredit von 45,2 Millionen Franken, um Qualitätsentwicklungen in der obligatorischen Grundversicherung voranzutreiben. Die finanzielle Beitragsleistung wird zu je einem Drittel von Bund, Kantonen und Versicherern getragen. Erreichen wir so, in der bereits ausufernden Kostendebatte, das Ziel?

Die CSS erhebt Anspruch auf Qualität in der Leistungserbringung und fordert ein, dass dem Nutzen einer medizinischen Behandlung in der ökonomischen Debatte gleiches Gewicht wie den Kosten beigemessen wird. Dies bedingt, dass nebst Struktur- und Prozesskriterien auch Messergebnisse über die Indikations- und Ergebnisqualität verbindlich von allen Akteuren flächendeckend einheitlich erhoben und ausgewiesen werden. So können erfasste Resultate künftig miteinander verglichen werden, wodurch Therapie- und damit auch Kosteneffektivität tatsächlich belegt werden.

«Wir übernehmen Verantwortung, indem wir in unseren Angeboten konkrete Wirkungsziele setzen und messen.»

Cristine Furrer

Die bestehenden Partikularinteressen bedürfen eines Konsenses und dieser benötigt Zeit. Haben wir, hat unser Gesundheitswesen diese Zeit? Es gilt jetzt zu handeln und wir sind bestrebt, unseren Beitrag – zusätzlich zu bestehenden Regulatorien – zu leisten.

Bei der CSS übernehmen wir Verantwortung, indem wir in unseren Angeboten wie den Gesundheitsprogrammen oder der persönlichen Patientenbegleitung konkrete Wirkungsziele setzen und messen. So prüfen wir kritisch den tatsächlichen Nutzen für unsere Kundinnen und Kunden, etwa beim Gewinn an Lebensqualität oder der Veränderung des Gesundheitsverhaltens. Auch bei neuen Versorgungslösungen wie beispielsweise Gesundheitsnetzwerken prüfen wir, wie wir die Bedürfnisse spezifischer Patientengruppen ins Zentrum stellen und messen können, damit die Versorgungsqualität von Anfang an mitgedacht und laufend weiterentwickelt wird.

Dass das Schweizer Gesundheitswesen auch weiterhin eines der besten der Welt bleibt und (wieder) finanzier- und zahlbar ist, liegt in den Händen aller seiner Akteure – packen wir es an! ●

Folgen Sie uns auf LinkedIn:
linkedin.com/company/css_ch

Yvana Zemp
ist Pflegeexpertin MScN und Leiterin Expertise sowie Mitglied der Geschäftsleitung bei Spitex Nidwalden.

PERSÖNLICH

«Klientinnen und Klienten stehen im Zentrum»

Im Spannungsfeld von Fachlichkeit, Organisation, Kostenvorgaben und Menschlichkeit wird die Pflegequalität in der Spitex sichergestellt.

Autorin: **Yvana Zemp;** Foto: **Herbert Zimmermann**

Bei der Spitex hat Qualität für Pflegefachpersonen eine mehrdimensionale Bedeutung. Sie zeigt sich einerseits in strukturellen Rahmenbedingungen, wie etwa Handlungsanweisungen, aber auch durch eine unterstützende Fachexpertise, welche die Pflegefachpersonen mit reflektierenden Fallbesprechungen oder direktem Coaching begleitet. So entsteht ein sicherer Rahmen, durch welchen die Pflegefachpersonen ihre Massnahmen wirksam, wirtschaftlich und zweckmässig umsetzen können. Dies trägt wiederum dazu bei, dass sich Klientinnen und Klienten sicher, ernst genommen und gut betreut fühlen.

Andererseits erleben die Pflegefachpersonen Qualität auch in einem erfolgreichen Beziehungsaufbau und der Möglichkeit, die Pflege individuell auf die Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten auszurichten. Weiter sprechen ihrer Ansicht nach Kontinuität der Planung sowie ein adäquates Zeitmanagement für eine hohe Pflegequalität. Jedoch können gerade organisatorische Gegebenheiten Spannungen erzeugen. Unvorhersehbares und die koordinative Rolle der Pflege stellen hier besondere Herausforderungen dar. So etwa müssen Medikamente, die trotz Bestellung nicht durch die Klientinnen und Klienten abgeholt wurden, von der Spitex erst besorgt und vorbereitet werden – anders als im stationären Setting, wo sie direkt verfügbar sind.

Zwischen Pflegebedarf und Kostenvorgaben

Ein weiteres Spannungsfeld betrifft die Finanzierung: Spitex-Leistungen sind an die Vorgaben des Krankenversicherungsgesetzes und deren Verordnung sowie an die Tarife der Kantone oder Gemeinden gebunden. Daraus ergeben sich Konfliktlinien zwischen dem effektiven Pflegebedarf, dem Faktor Zeit und Versorgungslücken, die über den eigentlichen Pflegeauftrag hinausgehen. Diese Spannungen zeigen sich gerade in komplexen und anspruchsvollen Situationen, etwa in der End of Life Care (Palliativpflege) oder bei der Pflege von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Pflegefachpersonen müssen in diesen Fällen differenzieren können, welche Aufgaben tatsächlich pflegerisch notwendig sind und welche nicht mehr in den pflegerischen Bereich fallen. Besonders herausfordernd sind Pflegesituationen, in denen kognitive Veränderungen mehr Pflegezeit verlangen, für welche die Zeit jedoch nicht gutgesprochen wurde. Dies kann bei Mitarbeitenden zu Stress führen und potenziell die Pflegequalität beeinflussen oder Fehler begünstigen.

Das verdeutlicht die Schere, welche zwischen betriebswirtschaftlichen Anforderungen und pflegerischem Anspruch entstehen kann – was den leistungsprüfenden Krankenversicherern bewusst sein muss. Und doch sind die gesetzlichen und wirtschaftlichen Vorgaben essenziell, da sie den organisatorischen Rahmen für die Spitex bilden und so eine gesamtheitliche Umsetzung gegeben ist. Eine sorgfältige Betrachtung beider Perspektiven – der Finanzierung und der ausführenden ambulanten Pflege – ist daher unerlässlich. Das Wohl und die Sicherheit der Klientinnen und Klienten muss dabei immer im Vordergrund stehen.

Interne Fallbesprechungen und Supervisionen helfen den Pflegefachpersonen dabei, mit emotionalen Belastungen und moralischen Konflikten umzugehen, die aus den genannten Spannungsfeldern entstehen können.

«Pflegefachpersonen sind oft die einzigen sozialen Kontakte der Klientinnen und Klienten.»

Yvana Zemp

Menschliche Nähe als Qualitätsmerkmal

Neben der fachlich korrekt ausgeführten Pflege und Beratung stehen für die Klientinnen und Klienten weitere Aspekte von Qualität im Vordergrund: Pünktlichkeit, Empathie sowie eine respektvolle Kommunikation, die den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung fördern. Pflegefachpersonen stellen für sie oft die einzigen sozialen Kontakte dar. Dadurch können weitere Spannungsfelder entstehen, in denen der Wunsch nach Aufmerksamkeit oder Gesprächen besteht, welcher aber über die festgelegten pflegerischen Leistungen hinausgeht. Durch transparente Kommunikation zu den bestehenden Strukturen und Möglichkeiten kann das Verständnis aufseiten der Klientinnen und Klienten erhöht werden. Vor diesem Hintergrund ist der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung besonders entscheidend.

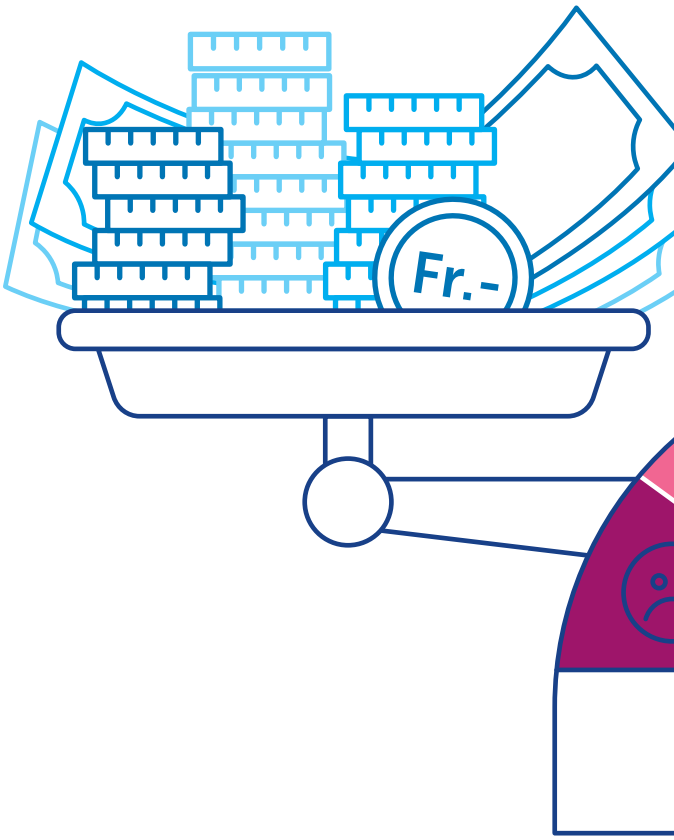
Zusammenfassend lässt sich sagen: Pflegequalität im ambulanten Setting ist ein Zusammenspiel von Fachkompetenz, Rahmenbedingungen und der Lebenswelt der Klientinnen und Klienten. Pflegefachpersonen müssen dabei eine Balance zwischen professionellen Ansprüchen, ökonomischen Realitäten und menschlicher Nähe wahren – eine Aufgabe, die Kompetenz, Empathie, Reflexion sowie die Anerkennung und Finanzierung unterstützender Leistungen erfordert. ●

WERT STATT VOLUMEN

Wenn sich Qualität auszahlt

Warum Vergütungsmodelle das Behandlungsergebnis mitentscheiden und was die Schweiz international und von ihren Nachbarn lernen kann.

Autor: **Moritz Neubauer**



Moritz Neubauer
ist Geschäftsführer des Berliner Value-Based-Care-Unternehmens Heartbeat Medical. Er studierte Entwicklungsökonomik in Bayreuth, Tel Aviv und Lund mit Schwerpunkt auf Transformation und öffentliche Güter.

Trotz einer im OECD-Vergleich erstklassigen Versorgung und Lebenserwartung steht das Schweizer Gesundheitssystem vor massiven Herausforderungen: Mit einer alternden Bevölkerung, wachsenden Behandlungsmöglichkeiten und hohem Qualitätsanspruch drohen die bereits hohen Kosten auszufern. Die Schweiz ist damit aber nicht allein; und es gibt bereits Lösungsansätze für hochqualitative Versorgung der Versicherten und langfristige Wirtschaftlichkeit.

Vom Mengenanreiz zum Mehrwert

Lange galt für Leistungserbringer das Motto «je mehr Behandlungen, desto mehr Geld» – mit Überversorgung, vermeidbaren Komplikationen und steigenden Prämien als Folge. Value-Based Reimbursement (VBR) kehrt das Prinzip um: Bezahlt wird in Abhängigkeit der erzielten Gesundheitsergebnisse. Damit richtet sich der Blick auf das, was für Patientinnen und Patienten zählt: Gesundheits- und Lebensqualität. «Value» bezeichnet dabei das Verhältnis zwischen gesundheitlichem Nutzen für Betroffene und den dafür eingesetzten Gesamtkosten.

Grundlage und Chancen von Value-Based Reimbursement

VBR verknüpft die Vergütung mit messbaren Gesundheitsergebnissen, den sogenannten Patient-Reported Outcomes (PROs) – etwa das Nachlassen von Schmerzen oder die Wiederherstellung der Beweglichkeit. Digitale Erhebungen mit Betroffenen schaffen dabei eine gemeinsame Datenbasis für Versorgung und Vergütung. Eine auf PROs und Value-basierte Vergütung belohnt eine Versorgung, die auf individuelle Ergebnisqualität und langfristige Wirtschaftlichkeit ausgerichtet ist.

Werden PROMs vergütungsrelevant, können Komplikationen und Kosten zugleich sinken. Ein Blick über die Grenzen zeigt, dass es bereits funktionierende Modelle gibt:

- **USA:** Das Hospital-Value-Based-Purchasing-Programm behält 2 Prozent jeder diagnosebezogenen Fallpauschale (Diagnosis Related Group, kurz DRG) ein und verteilt sie nach einem Vier-Domänen-Score (Outcomes, Sicherheit, Patientenerlebnis, Effizienz). Bei Kliniken, die anfänglich Abzüge hinnehmen mussten, sanken im Folgejahr Wiederaufnahmen und Mortalität deutlich.
- **Grossbritannien:** Das NHS Payment Scheme kombiniert fixe Budgets mit variablen Qualitätsanteilen. Ab 2025/26 erhalten Leistungserbringer für ambulante Hüft- und Knie-Operationen die volle Vergütung nur bei erfüllten Qualitätsindikatoren.

Die Value-Gleichung nach Michael Porter: Je höher die Ergebnisqualität im Verhältnis zu den Kosten, desto grösser ist der Wert.

- **Dänemark:** PROMs werden seit 2017 grossflächig erhoben. Ein neuer Fragebogen für kardiale Rehabilitation erreichte 2024 hohe Akzeptanz und wird nun mit nationalen Registern verknüpft, um Budgets künftig strikt ergebnisorientiert zu vergeben.
- **Deutschland:** Qualitätsverträge zwischen Krankenversicherungen mit Kliniken ermöglichen seit 2018 Zusatzvergütungen, sofern definierte Qualitätsziele erreicht sind. Ein Beispiel ist das PROvalue™-System, auf das über 55 Krankenversicherungen und Kliniken in den Bereichen Endoprothetik, Geburtshilfe und Mangelernährung setzen. PROMs erreichen Rücklaufquoten von bis zu 90 Prozent und zeigen eine messbar hohe Patientenzufriedenheit. Kritische Werte werden automatisch gemeldet, wodurch das Personal entlastet wird. Die PROM-Daten fliessen in Echtzeit ans Behandlungsteam und bilden eine ergebnisorientierte Vergütungsgrundlage für die Krankenversicherer.

Routine statt Piloten für die Schweiz

SwissDRG und TARMED belohnen aktuell primär die Menge und nicht das patientenrelevante Ergebnis. Das KVG bietet zwar Raum für qualitätsbasierte Vergütung, diese Möglichkeit wird jedoch kaum genutzt. Erste Praxisprojekte wie etwa eine Pilotierung von PROMs in der Arthrose-Begleitung durch die CSS zeigen aber, was möglich wäre. Positiv auch: In der Endoprothetik und Onkologie haben PROM-Messungen regional bereits Einzug in die schweizerische Versorgungslandschaft gehalten.

Eine wertebasierte Versorgung und ein Value-Based Reimbursement können nur gelingen, wenn sich auch die finanziellen Anreize im System für alle Akteure am Gesundheitsergebnis ausrichten. Ausserdem braucht es eine landesweit einheitliche und neutrale Dateninfrastruktur sowie obligatorische PROM-Messungen. Die daraus entstehende Transparenz bildet die Grundlage für ein «VBR made in Switzerland» – international inspiriert, aber regional optimiert. ●

PROs

Ein Patient-Reported Outcome (PRO) ist ein Gesundheitszustand oder Therapie-Ergebnis, das unmittelbar von der Patientin bzw. dem Patienten selbst berichtet wird – ohne jegliche Interpretation durch medizinisches Personal oder andere Dritte.

PROMs

Ein Patient-Reported Outcome Measure (PROM) ist ein standardisierter Fragebogen bzw. Messinstrument, das patientenberichtete Outcomes systematisch von den Betroffenen erfasst.

(v. l.) Michael Jordi, Dominique Froidevaux und Sonja Hasler diskutieren Hebel zur Qualitätssteigerung.

DISKURS

«Qualität ist noch nicht überall in der DNA verankert»

Spitzenmedizin, hohes Vertrauen: Die Qualität im Gesundheitswesen ist gut. Doch zwei Experten sehen Risiken: fehlende Standards, langsame Prozesse und Datenlücken gefährden das Erreichte. Sie fordern mehr Tempo und konsequentes Handeln.

Interview: **Sonja Hasler;** Fotos: **Fabian Hugo**

Wie beurteilen Sie die Qualität des Schweizer Gesundheitswesens im Moment?
Dominique Froidevaux: Wir stehen insgesamt sehr gut da. Die Lebenserwartung gehört zu den höchsten weltweit. Unser Sozialsystem stellt sicher, dass alle im Land Zugang zu einer hochwertigen medizinischen Versorgung haben. Unsere Fachpersonen sind hervorragend ausgebildet, die Wartezeiten sind kurz. Allerdings ist es unerlässlich, alles daranzusetzen, dieses hohe Niveau auch in Zukunft halten zu können. Denn: Qualität ist kein Selbstläufer.
Michael Jordi: Dem stimme ich zu. Wir bewegen uns auf einem sehr hohen Niveau, was auch Befragungen der Bevölkerung zeigen. Besonders geschätzt wird die medizinische und pflegerische Betreuung. Trotzdem dürfen wir uns nicht zurücklehnen. Verbesserungen sind fast in allen Bereichen nötig, von der standardisierten Qualitätsmessung bis zum Einbezug der Patientinnen und Patienten.

Auch die Geschäftsprüfungskommission (GPK) des Ständerats hat kürzlich ihre Sorge um die Qualität im Gesundheitswesen geäussert. Sie sprach von mehreren Hundert Patientinnen und Patienten, die jährlich Opfer von Qualitätsmängeln werden, und übte Kritik an der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK). Herr Jordi, wie ordnen Sie das ein?
Jordi: Die Kritik richtet sich vor allem auf drei Punkte: Erstens gibt es zahlreiche Aktivitäten zur Qualitätsförderung, die zu wenig koordiniert sind. Zweitens ist das Tempo von Verbesserungen und die Umsetzung gesetzlicher Vorgaben – Stichwort Qualitätsverträge – unbefriedigend. Drittens fehlt eine klare Übersicht über die relevanten Daten, die für eine wirksame Steuerung nötig wären. Diese Einschätzung deckt sich durchaus mit meinem Eindruck.
Froidevaux: Wir müssen mittelfristig ein Set an aussagekräftigen und international vergleichbaren Qualitätsindikatoren entwickeln. Nur so können wir das Verbesserungspotenzial erkennen und gezielt Massnahmen ergreifen. Mich interessiert beispielsweise: Wie schneidet die Schweiz bei der Überlebensrate von Brustkrebspatientinnen im Vergleich zu anderen OECD-Staaten ab? Solche Daten sind unverzichtbar. Wichtig ist allerdings, die Zahl der Indikatoren in einem vernünftigen Rahmen zu halten, damit wir uns nicht im Dickicht verlieren. ›

Der Gesetzgeber verpflichtet die Leistungserbringer gemäss Artikel 58 KVG, die Qualität systematisch zu verbessern. Herr Froidevaux, Sie kennen Arztpraxen und Spitäler aus nächster Nähe – wird Qualität im Alltag tatsächlich gelebt?
Froidevaux: Ich sage es bewusst pointiert: Qualität liegt in der DNA der Leistungserbringer. Ohne diese tief verankerte Qualitätsorientierung wären wir heute nicht dort, wo wir stehen. Niemand hat auf staatliche Vorgaben gewartet. Ein gewisser Rahmen ist allerdings sicher gut. Viele Innovationen entstehen direkt vor Ort. Ein Beispiel ist das von der Schweizerischen Gesellschaft für Medizinische Onkologie (SGMO) patronierte Zertifikat «Swiss Cancer Network», das ich mitentwickeln durfte. Es stellt sicher, dass Krebspatientinnen und Krebspatienten bestmöglich behandelt werden, indem unter anderem bei jeder neuen Krebsdiagnose ein interdisziplinäres Expertengremium die Therapieoptionen bespricht – ein gewaltiger Fortschritt im Vergleich zu früher.
Jordi: Hier muss ich widersprechen. Nach meiner Einschätzung ist Qualität noch nicht in allen Bereichen ausreichend verankert. Zwar gibt es in Spitälern Qualitätsbeauftragte, doch in den Leitungsgremien – die häufig nicht medizinisch besetzt sind – wird das Thema teils zu wenig ernst genommen. Qualität muss sowohl von unten als auch von oben gelebt werden.

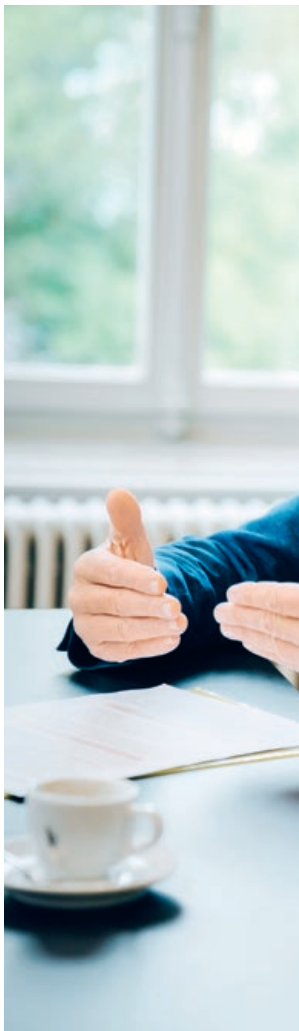
«Wir müssen ein Set an international vergleichbaren Qualitätsindikatoren entwickeln.»

Dominique Froidevaux

Immer wieder ist in der Öffentlichkeit von Spitalseite oder aus der Ärzteschaft von «Bürokratiemonstern», «Qualitätsfetischismus» oder gar «Kontrollwahn» des Gesetzgebers die Rede. Wie reagieren Sie auf diese Kritik?
Jordi: Ich finde es zynisch, wenn von Qualitätsfetischismus gesprochen wird. Studien zeigen, dass 12 Prozent der hospitalisierten Patientinnen und Patienten in akutsomatischen Spitälern ein unerwünschtes Ereignis erleben – fast die Hälfte davon wäre vermeidbar und würde viel Leid ersparen. Das zeigt, dass wir noch erheblichen Handlungsbedarf haben, und rechtfertigt auch, dass die Politik eine forschere Gangart verlangt. Gleichwohl sehen wir Fortschritte, etwa bei der Infektionsprävention, Checklisten im Operationssaal oder beim Sepsis-Programm der EQK.

Dominique Froidevaux
bringt über 30 Jahre Erfahrung im Gesundheitswesen mit. Er ist Gründer und CEO des Beratungsunternehmens Pro Medicus und neu auch CEO der Schweizerischen Vereinigung gegen Krebs, Oncosuisse.

Michael Jordi
ist seit Januar 2024 Präsident der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK). Bis Herbst 2023 war er Generalsekretär der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK).



Wenn wir von Bürokratie sprechen: Wie aufwendig ist die Erhebung und Auswertung von Qualitätsdaten in der Praxis?
Froidevaux: Entscheidend ist, dass der überwiegende Teil der Ressourcen – mindestens 95 Prozent – in die tatsächliche Verbesserung fliesst und nicht in die Administration. Wenn wir das nicht sicherstellen, machen wir etwas falsch. Investitionen in Qualität zahlen sich doppelt aus: Sie steigern die Versorgungssicherheit und senken die Kosten.
Jordi: Wir versuchen, Programme zu unterstützen, die auf bestehenden Daten aufbauen, damit das Gesundheitspersonal möglichst wenig zusätzlich belastet wird. Gleichwohl ist in einem System mit fast 100 Milliarden Franken Kosten pro Jahr eine Übersicht unabdingbar. Versicherte und Steuerzahlende haben ein Recht darauf. Einheitliche Erfassungssysteme würden vieles erleichtern, doch in einem derart fein ziselierten Gesundheitssystem mit 26 Kantonen und vielen Akteuren gehört es dazu, dass jeder am liebsten sein Ding macht. Die nötige Standardisierung kostet Zeit und braucht viel Überzeugungsarbeit.

Ein Instrument, um die Qualität voranzutreiben, sind die Qualitätsverträge zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und der Krankenversicherer. Halten sie das, was sie versprechen?

Jordi: Das können wir noch nicht beurteilen. Der EQK liegt erst der Vertrag zwischen den Spitälern und den Versicherern vor. Ich bin zuversichtlich, dass er Verbesserungen bringt und sich das Modell weiterentwickeln lässt. Wir werden den Vertragspartnern, gestützt auf ihren eingereichten ersten Bericht, bald konkrete Verbesserungsempfehlungen geben. Besorgniserregend ist für mich jedoch das Tempo: Von 17 Verträgen wurde bisher erst einer abgeschlossen, obwohl die Umsetzungsfrist schon vor zwei Jahren verstrichen ist. Der Prozess ist zu träge.
Froidevaux: Ich schaue ebenfalls mit einer gesunden Skepsis auf dieses Instrument. Der gesetzliche Rahmen ist sinnvoll, doch dürfen die Verträge keinesfalls zu Papiertigern werden. Angesichts des Fachkräftemangels müssen wir alles vermeiden, was das jetzt schon überlastete System zusätzlich belastet.

Wir haben also die Qualitätsverträge, welche den Rahmen setzen und in der Praxis mit konkreten Verbesserungsmassnahmen gefüllt werden müssen. Welche Tools bringen uns vorwärts?
Jordi: Dazu kann ich Ihnen keine News erzählen, die Handlungsfelder sind bekannt, man muss einfach handeln. Oft sind Arztpraxen und Spitäler das Thema, doch wir müssen auch über andere Sektoren sprechen. In der Physiotherapie zum Beispiel gibt es enorme Unterschiede, etwa bei der Behandlung eines Kreuzbandrisses. Hier brauchen wir klare Guidelines. Ähnliches gilt für die rund 1500 Pflegeheime: Dort bestehen grosse Unterschiede, beispielsweise bei der Medikation. Wie kann es sein, dass bei gleichem Krankheitsbild das eine Pflegeheim 14 und das andere acht Medikamente abgibt? Deshalb hat die EQK das Programm «Qualität in der stationären Langzeitpflege» gestartet.
Froidevaux: Meines Erachtens müssen die Massnahmen zwingend zwei Dinge erfüllen: Sie müssen einen positiven Impact auf Patientinnen und Patienten sowie Angehörige haben und sie müssen wissenschaftlich fundiert sein. Und im besten Fall sparen sie auch Kosten. ›

«Ich finde es zynisch, wenn von Qualitätsfetischismus gesprochen wird.»

Michael Jordi

Sie haben bei Pro Medicus mit mehreren Fachgesellschaften das Qualitätsprogramm «proQura» umgesetzt – erfüllt das diese Punkte?
Froidevaux: Ja, «proQura» erfüllt die gesetzlichen Vorgaben für den Umgang mit Arzneimittelrabatten, die Ärzte von Pharmafirmen erhalten, und umfasst rund 40 evidenzbasierte Massnahmen, von denen die Patientinnen und Patienten unmittelbar profitieren. Bereits 800 Ärztinnen und Ärzte sind dem Programm angeschlossen. Sie setzen den Rabattteil, den sie einbehalten dürfen, gezielt für evidenzbasierte Qualitätsmassnahmen ein, um die Behandlung und Betreuung der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Gleichzeitig führt das Programm zu tieferen Kosten: Mehr als die Hälfte der Arzneimittelrabatte fliessen zwingend an die Krankenversicherer, zur Senkung der Prämien. So konnten wir mit «proQura» seit 2020 schon fast 50 Millionen Franken für das Schweizer Gesundheitswesen einsparen. Dies zeigt eindrücklich, dass mehr Qualität und tiefere Kosten kein Widerspruch sind.
Jordi: Ein gutes Programm. Allerdings schreitet auch hier die Umsetzung zu langsam voran. Noch immer behalten manche Ärztinnen und Ärzte Rabatte widerrechtlich. Hier müssen die Behörden und Dachverbände der Tarifpartner genauer hinschauen.
Froidevaux: Sich nicht an die neuen gesetzlichen Bestimmungen zu Arzneimittelrabatten zu halten, ist alles andere als ein Kavaliersdelikt. Wir würden das niemandem empfehlen.

Ich will noch kurz die Politik ansprechen. Sie macht fleissig Vorstösse zum Thema Qualität. Ein aktuelles Beispiel ist die Lockerung des Vertragszwangs, damit Kassen Leistungserbringer mit schlechter Qualität ausschliessen dürfen. Ist das für Sie zielführend?
Jordi: Ich halte das für den falschen Weg. Qualität wird nicht primär mit Geldanreizen, sondern mit gemeinsamen Lernsystemen gefördert. Ein Streit über die Kriterien für die Anwendung dieser neuen Regeln wäre vorprogrammiert.
Froidevaux: Ein solcher Systembruch wäre fatal. Wir haben mit den KVG-Artikeln 56 und 58 gute Instrumente. Wir sollten nicht ständig nach neuen Regularien rufen, sondern den bestehenden Rahmen mit konkreten Qualitätsprogrammen füllen, die einen Beitrag leisten zur Qualitätssteigerung und Kostensenkung.

Herr Jordi, Sie haben jetzt verschiedentlich die Aktivitäten der EQK eingeflochten. Laut der GPK des Ständerats ist sie noch nicht genügend verankert. Haben Sie dafür Verständnis?
Jordi: Jein. Die Anfangsphase fiel mitten in die Pandemie, da war es schwierig, Fahrt aufzunehmen. Inzwischen haben wir aber eine ganze Reihe von wichtigen Programmen gestartet und sinnvolle Finanzhilfen gewährt. Wir sind heute auf dem richtigen Weg.

Zum Abschluss: Was wünschen Sie sich für die nächsten fünf Jahre?
Jordi: Ich habe eine lange Liste. Zwei Punkte herausgepickt: Qualitätsverträge sind etabliert und greifen. Auch wünsche ich mir grosse Fortschritte in den Pflegeheimen, sowohl in der Medikationssicherheit als auch bei der Qualität der Behandlungsbegründung, damit die jeweils beste Massnahme für jede Patientensituation gewählt wird.
Froidevaux: Ich wünsche mir ein klares Set von Indikatoren, mit dem wir uns international vergleichen können. Zudem eine Kultur, in der Qualität positiv besetzt und breit verankert ist und nicht als Bürde «von oben» empfunden wird. Qualitätsprogramme wie «proQura» sollen in allen Sektoren umgesetzt werden. Und am allerwichtigsten: Wir müssen die Basis konsequent einbeziehen – die Patientinnen und Patienten sowie die Leistungserbringer. Ohne sie werden wir scheitern. ●

dialog.css.ch/diskurs
Weitere Gespräche aus der Rubrik «Diskurs» finden Sie online.

Sonja Hasler
ist Journalistin bei Radio SRF. Bis 2015 war sie Moderatorin der «Rundschau» und der «Arena» beim Schweizer Fernsehen.

PRÄZISIONSMEDIZIN

Sichtbare Behandlungsqualität

Digitale Daten, klare Evidenz: Mit dem Value-Index des Swiss Sarcoma Network (SSN) wird der WZW-Grundsatz greif- und messbar.

Autorenschaft: **Prof. Dr. med. Beata Bode, Prof. Dr. med. Gabriela Studer, Prof. Dr. Dr. Bruno Fuchs,** Swiss Sarcoma Network (SSN)

Sarkome sind seltene Krebsarten (weniger als 1 Prozent aller Krebserkrankungen), doch sie fordern das Gesundheitssystem in allen Dimensionen: Wer sie wirksam behandeln will, braucht gute Kenntnis dieser Tumorentitäten, hochpräzise Diagnostik, chirurgische Exzellenz, Strahlen- und medikamentöse Therapien, Rehabilitationskompetenz und – vor allem – eine Kultur des Miteinanders.

Genau hier setzt das Swiss Sarcoma Network (SSN) an. Seit 2019 bringt es Expertinnen und Experten aus über sieben Kliniken in wöchentlichen telemedizinischen Tumorboards zusammen. Herzstück ist eine digitale Datenplattform, die sämtliche klinischen, bildgebenden und pathologischen Informationen strukturiert erfasst und so zur gemeinsamen Entscheidungsgrundlage macht.

Aus diesen Daten generiert das Netzwerk einen Value-Index – eine einzige Kennzahl, in der sich Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) widerspiegeln. 86 qualitativ geprüfte Indikatoren fliessen kontinuierlich in Echtzeit in diesen Index ein und werden automatisch den realen Behandlungskosten gegenübergestellt. Ärztliche Teams sehen damit sofort, wo ihr Handeln echten Nutzen schafft bzw. wo es ohne Mehrwert Ressourcen bindet.

Was heisst das für Patientinnen und Patienten?

Wer mit einer Verdachtsdiagnose «Sarkom» früh ins SSN überwiesen wird, profitiert von einer lückenlosen, fachübergreifenden Erstabklärung. Das erhöht die Prognose und die Chance auf korrekte Diagnosen, organerhaltende Verfahren, reduziert Folgeeingriffe und bewahrt Lebensqualität. Zugleich bleiben Patientinnen und Patienten aktiv

beteiligt: Fragebögen zu Symptomen und Alltagsfunktion fliessen in die Falldiskussion ein (PROMs); Therapieentscheidungen werden damit transparenter und persönlicher.

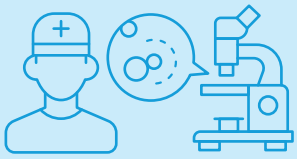
Und was gewinnt das System?

Für Versicherer entsteht ein Echtzeitblick auf den gesamten Versorgungspfad – inklusive Kosten. Behandlungsschritte, die keine zusätzliche Wirkung liefern, werden sichtbar und lassen sich streichen. Das SSN zeigt damit, wie «Smarter Medicine» praktisch funktioniert: Qualität steigt, während Über- und Fehlversorgung schrumpfen. Gleichzeitig liefert die laufende Datensammlung belastbare Evidenz, um künftige Tarifmodelle vom Volumen- zum Wertprinzip weiterzuentwickeln.

Fazit: Der Value-Index des SSN übersetzt komplexe Medizin in eine fassbare Grösse. Er macht die WZW-Kriterien des KVG greifbar, indem er zeigt, dass hohe Qualität und Kostenbewusstsein keine Gegensätze sind, sondern sich digital präzise austarieren lassen. Das Resultat ist eine Onkologie, die das Richtige tut – für die Patientin, den Patienten und das solidarisch finanzierte Gesundheitssystem. ●

Qualitätsindikatoren der Sarkom-Behandlung

Insgesamt 86 Messgrössen für eine qualitativ hochwertige und patientenzentrierte Behandlung. Die folgenden Oberkategorien sind vollständig. Die Unterkategorien jedoch nicht.

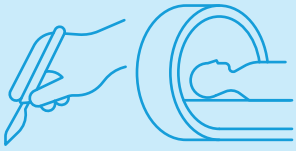


Sarkom-Abklärung

Bildgebung vor der Biopsie?
Zeit vom ersten Patientenkontakt bis zur Biopsie?

Multidisziplinäres/Sarkomboard Management

Anzahl vorgestellte Patienten pro Jahr?
Anzahl umgesetzte Board-Entscheidungen in der Praxis?



Therapie

Vollständige operative Entfernung des Tumors?
Postoperative Radiotherapie?

Komplexität der Therapie

Chirurgische Komplexität (Alter, vorherige Radiotherapie, Lokalisierung etc.); Komplexität der Strahlentherapie (Ziel, Technik, Toxizität etc.).

Klinisches Outcome (Arztsicht)

Lokalrezidiv innerhalb eines Jahres?
Auftauchen von Metastasen?

PROMS/PREMS (Patientensicht)

WHO-ECOG: Alltagsfähigkeit
EQ-5D: Lebensqualität
PREMS: Erfahrungssicht

Nachgefragt: Braucht es eine öffentliche Bewertung wie ein Qualitätsranking von Leistungserbringern?

Susanne Gedamke
ist Psychologin und Kommunikationswissenschaftlerin und seit 2020 Geschäftsführerin der Schweizerischen Patientenorganisation SPO.

Die Forderung nach mehr Qualitätstransparenz im Gesundheitssystem ist berechtigt. Patientinnen und Patienten möchten wissen, wo sie die für sie und ihre Lebenssituation passenden Angebote finden. Die Einführung eines öffentlichen «Qualitätsrankings» ist zu begrüssen. Damit ein solches Ranking jedoch sinnvoll und nachhaltig ist, müssen die relevanten Qualitätsinformationen qualitätsgeprüft, verständlich und lebensnah aufbereitet werden.

Zentral ist dabei die Perspektive der Nutzenden. Was für die Fachwelt als Qualität gilt, zum Beispiel Komplikationsraten oder Prozesskonformität, ist nicht automatisch das, was für Patientinnen und Patienten zählt. Aus ihrer Sicht sind häufig Aspekte wie Kommunikation, Empathie, Einbezug in Entscheidungen, Kontinuität oder der Einbezug des Umfelds entscheidend. Deshalb ist der erste Schritt zur sinnvollen Vergleichbarkeit nicht die Bewertung, sondern eine gemeinsame Definition dessen, was Qualität überhaupt bedeutet.

«Wir brauchen Qualitätsindikatoren, die medizinische Evidenz und gelebte Erfahrung verbinden.»

Susanne Gedamke

Das heisst: Wir brauchen Qualitätsindikatoren, die medizinische Evidenz und gelebte Erfahrung verbinden. Dies kann zum Beispiel durch die konsequente und flächendeckende Erhebung von PROMs und PREMs, aber auch durch die Mitwirkung von Betroffenen und Angehörigen bei der Entwicklung von Qualitätssystemen passieren. Denn nur so entsteht ein vollständiges Bild von Qualität.

Transparenz über Qualität ist richtig und notwendig, aber nur, wenn sie differenziert und für Patientinnen und Patienten relevant ist. Dabei zählt die Orientierung: Patientinnen und Patienten brauchen Informationen, die ihnen in ihrer konkreten Lebenssituation helfen, fundierte und selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen. Dazu gehören nicht nur Daten, sondern auch Kontext, Unterstützung und Vertrauen. ●

pro

Susanne Gedamke,
Geschäftsführerin der SPO

contra

Dr. med. Yvonne Gilli, Präsidentin der FMH

Eines ist klar: Patienten und Patientinnen müssen sich auf die Qualität ihrer Versorgung verlassen können und diese Qualität muss auch ständig weiterentwickelt werden. Strittig ist nur: Wie genau kann man das am besten leisten?

Qualitätssicherung und -entwicklung sind sehr wichtige und komplexe Aufgaben. Genau darum verdienen sie *echte* Lösungen – öffentliche Qualitätsrankings sind leider keine, wie wir aus vielen Studien zum Thema wissen.

Zum Beispiel zeigt die Evidenz, dass öffentliche Qualitätsvergleiche vor allem die Dokumentation der Versorgung verbessern – kaum aber die Versorgung selbst. Auch die Entscheidungen der Patientinnen und Patienten werden durch Qualitätsratings nicht unterstützt, denn diese vertrauen persönlichen Empfehlungen, wie etwa von ihrer Hausärztin oder von Angehörigen, mehr als abstrakten Qualitätsdaten.

«Tatsächlich geben Qualitätsrankings kaum Auskunft über die Qualität.»

Dr. med. Yvonne Gilli

Tatsächlich geben Qualitätsrankings kaum Auskunft über Qualität: Ein faires Ranking setzt vergleichbare Rahmenbedingungen und standardisierte Leistungen voraus – diese sind aber angesichts der Vielfalt individueller Versorgungssituationen nicht gegeben. So laufen Rankings immer Gefahr, nicht vergleichbare Daten zu vermischen – und somit ungerechtfertigt zu gute und zu schlechte Bewertungen zu publizieren.

Sie können aber noch schlimmere Folgen haben, wie Studien belegen. Etwa, dass Risikopatienten abgelehnt werden: Bei ihnen drohen schlechtere Behandlungsergebnisse – und damit ein Abstieg im Qualitätsranking.

Qualitätsrankings suggerieren also in ihrer Oberflächlichkeit Objektivität, wo real keine Vergleichbarkeit besteht. Sie gehen an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten vorbei und können ihnen sogar schaden. Zum Glück braucht es auch keine Rankings: Es gibt differenzierte Ansätze, die *wirklich* zur Verbesserung der Versorgung beitragen. Evidenzbasierte Methoden wie systematisiertes Peer-Feedback oder Qualitätszirkel fördern strukturierte Lernprozesse. Auch Versorgungsforschung und Registerdaten sind zentrale Instrumente.

Mit dem aktuell neu verhandelten Qualitätsvertrag schaffen die FMH und prio.swiss einen Rahmen für wirksame Methoden: Alle Fachgesellschaften definieren künftig den für sie relevanten Handlungsbedarf. Die Leistungserbringer führen evidenzbasierte Qualitätsverbesserungsmassnahmen ein – die auch von prio.swiss unterstützt werden. Zu jedem Leistungserbringer wird publiziert, ob er den Qualitätsvertrag erfüllt. Dies bringt den Patienten und Patientinnen echte Transparenz – ganz ohne schädliche Nebenwirkungen. ●

Dr. med. Yvonne Gilli
ist Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Präsidentin der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH.

STUDIE

Patientenberichte sinnvoll nutzen

PROMs können die Versorgung verbessern – stossen aber auch auf Skepsis. Ein Pilotprojekt testet ihre Machbarkeit im ärztlichen Alltag.

Autoren: **Florian Liberatore,** Privatdozent Dr. rer. pol. und Stv. Leiter Team Management im Gesundheitswesen am Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie ZHAW; **Joel Lehmann,** MA in Sozialwissenschaften und Geschäftsführer der EQUAM Stiftung

Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) sind standardisierte Fragebögen, mit denen Patientinnen und Patienten ihren Gesundheitszustand, Symptome und Lebensqualität selbst einschätzen. Kantone, Kostenträger und auch die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) wollen die PROM-Nutzung im Schweizer Gesundheitssystem etablieren, um eine nutzenorientierte Gesundheitsversorgung zu fördern.

In Spitälern werden PROMs bereits häufiger eingesetzt, wohingegen in der Grundversorgung PROM-Messungen noch wenig etabliert sind. Die Erfahrungen aus dem Arbeitspapier zur Auswertung von PROMs-Routinedaten der Hausarztpraxis[1] zeigen auf, dass PROM-Messungen in der Grundversorgung ermöglichen können, Beschwerden frühzeitig zu erkennen – auch zwischen Arztkontakten. Sie können helfen, Kontrolltermine bedarfsgerecht zu planen, Symptome zu überwachen und die Sprechstunde gezielt auf patientenrelevante Themen auszurichten. PROMs fördern den Fokus auf Lebensqualität statt auf Konsumorientierung und können die gemeinsame Entscheidungsfindung in der Sprechstunde stärken.

Treiber und Widerstände

Verschiedene Forschungsstudien[2,3] haben die folgenden förderlichen und hinderlichen Faktoren für die Implementierung von PROMs in der Grundversorgung identifiziert:

Förderlich für die Implementierung sind digitale, zentral organisierte Erhebungen, deren Ergebnisse idealerweise direkt in der Praxissoftware in der Sprechstunde ersichtlich sind. Auch die Kombination mit PREMs (Patient Reported Experience Measures) sowie die Unterstützung durch Opinion Leader in der Ärzteschaft steigern die Akzeptanz. Wenn PROMs bestehende Dokumentationspflichten gegenüber Kostenträgern reduzieren, kann das einen zusätzlichen Anreiz schaffen.

Hinderlich wirken hingegen Datenschutzbedenken und Misstrauen, dass PROM-Daten zu Steuerungs- oder Sanktionszwecken genutzt werden. Manche Ärztinnen und Ärzte sehen wenig Mehrwert, da sie glauben, ihre Patientinnen und Patienten bereits gut zu kennen. Weitere Hürden sind Sorgen vor unrealistischen Erwartungen durch das Abfragen, dadurch verlängerte Sprechstunden und potenzielle Haftungsrisiken bei unbearbeiteten Angaben in PROMs.

Ein Best-Practice-Beispiel ist das von der EQK unterstützte Projekt Primary PROMs unter der Leitung von EQUAM. Gemeinsam mit Ärztenetzen, Medgate und Kostenträgern wird der Einsatz von PROMs in der Grundversorgung praxisnah pilotiert. Das Projekt läuft von 2024–2026. Erste Zwischenergebnisse sind Anfang 2026 zu erwarten. ●

1. Stahl, J., et al. (2021). PROMs in der schweizerischen Grundversorgung: Arbeitspapier zur Auswertung von PROMs-Routinedaten der Hausarztpraxis.
2. Turner, G. M., et al. (2020). General practitioners' views on use of patient reported outcome measures in primary care: a cross-sectional survey and qualitative study. BMC family practice, 21, 1-10.
3. Fontaine, G., et al. (2024). Barriers and enablers to the implementation of patient-reported outcome and experience measures (PROMs/PREMs): protocol for an umbrella review. Systematic Reviews, 13(1), 96.

Zur Studie

Die komplette Studie finden Sie hier.

QUALITÄT MESSEN

Einfacher gesagt als getan

Wir alle wollen gute Qualität für unser Geld. Ob beim Kauf eines Autos oder der Hotelbuchung: Wir suchen das Internet nach Vergleichstests ab, ziehen Google-Ratings und Erfahrungsberichte von anderen Kunden bei.

Selbstverständlich wollen heutzutage auch Patientinnen und Patienten wissen, ob sie bei einer «guten» Ärztin, einem «guten» Arzt in Behandlung sind, möchten Staat und Krankenversicherungen erfahren, warum das eine oder andere Spital beim Übertragen von Spitalkeimen schlechter abschneidet als andere Einrichtungen im Land. Seit 2021 sieht ein neuer Artikel im Schweizer Krankenversicherungsgesetz deshalb vor, die Qualität medizinischer Leistungen systematisch zu erfassen und zu verbessern.

Doch seit der Einführung des Artikels tun sich Ärztegesellschaften und Krankenversicherungen schwer, eine gemeinsame Basis zu finden. Der Begriff «Qualität» ist im Kontext medizinischer Behandlungen höchst schwierig zu definieren. Fachleute sprechen von einem Sammelbegriff, der sechs bis sieben «Dimensionen» umfassen kann, die jeweils diverse Unterkategorien beinhalten. Die Akteure müssen sich auf aussagekräftige Messgrössen einigen, die Ärzteschaft muss Daten aufwendig erfassen und auch dann bleibt bei der Deutung einiges im Ungefähren. Einen Pudding kann man schlecht an die Wand nageln.

Trotzdem ist vieles im Aufbau, auch die Ärzteschaft engagiert sich aktiv. So hat die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin kürzlich ein Weissbuch zum Thema mit praxisnahen Leitfäden veröffentlicht. Einige Parlamentarier fordern aber schon, den jungen Qualitätsartikel weiter zu verschärfen und mit einem Kostensenkungselement zu kombinieren. Im zackigen Regulierungsfuror der Parlamentarier schimmern Kontroll-Ansprüche durch, die dem Ansinnen der Qualitätsverbesserung nicht helfen.

Eine Philosophie der steten Selbstüberprüfung kann nämlich nicht gegen den Widerstand der Ärzteschaft etabliert werden. Hinter der Idee der Qualitätsverbesserung steht ein kultureller Wandel – und der braucht Zeit sowie eine positive Atmosphäre des allseitig guten Willens. Neben Standards, Richtlinien und Daten ist auch eine gute Portion Vertrauen vonnöten. Daran fehlt es bei den wichtigsten Akteuren im Schweizer Gesundheitswesen leider seit Jahren. ●

Birgit Voigt
ist eine erfahrene Wirtschaftsjournalistin mit vertieften Kenntnissen über die Pharmaindustrie und das Schweizer Gesundheitswesen. Mehr als 20 Jahre schrieb sie für die Wochenzeitung «NZZ am Sonntag».

«‹Qualität› ist im Kontext medizinischer Behandlungen schwierig zu definieren.»

Mehr als nur Beigemüse

PROMs eröffnen neue Möglichkeiten zur patientenzentrierten Versorgung – sofern sie von Ärzten, Patienten und Kostenträgern akzeptiert werden.

Mehr zum Thema auf Seite 22.