

Qualitätssteigerung durch Mengenreduktion

Ein konkreter Diskussionsvorschlag



1	Einleitung	3
2	Unser Ansatz – vom Warum bis hin zur wirkungsvollen Umsetzung	4
3	Implikation für das Schweizer Gesundheitswesen und deren Akteure – vom Konzept zur Umsetzung	12
4	Fazit – Drei Thesen für das Schweizer Gesundheitswesen	14



1 Einleitung

Qualitätssteigerung durch Mengenreduktion – konkrete Ansätze zur Steigerung des Patientennutzens, Qualitätsverbesserung, Reduktion von Überkapazitäten und Kostensenkung im Schweizer Gesundheitswesen

«Kosteneinsparungen sind **die** grosse Herausforderung unserer Zeit» – Diese Aussage hören wir häufig im Gesundheitswesen. Es wird nach Ansätzen gesucht, dieser Herausforderung zu begegnen. Kosten und Qualität werden dabei oft als Kompromisse angesehen, aber hohe Qualität und niedrige Kosten können Hand in Hand gehen – dies zeigen wir im Folgenden auf. Der Patient fordert zudem zu Recht, im Zentrum eines leistungsstarken Gesundheitssystems zu stehen.

Die **Ziele** des vorliegenden Diskussionsvorschlags sind somit:

- Den **Patientennutzen zu erhöhen**
- Die **Qualität** der Versorgung zu **verbessern**
- **Überversorgung** und infrastrukturelle Überkapazitäten zu **reduzieren**
- Die **Gesundheitskosten zu senken**

Hierfür schauen wir auf ein Konzept, welches in den Niederlanden umgesetzt werden konnte. Dort hatten unsere Kollegen von PwC Netherlands und Strategy& die Möglichkeit, die Zusammenarbeit eines grossen Krankenversicherers und eines Zentrumsspitals zu begleiten. Die Idee und das Ziel dieses zukunftsweisenden Projekts scheinen einfach und dennoch wirksam.

Wir leiten ausgehend von diesem Beispiel spezifische Implikationen für Patienten, Leistungserbringer, Versicherungen und Regulatoren des Schweizer Gesundheitswesens ab.

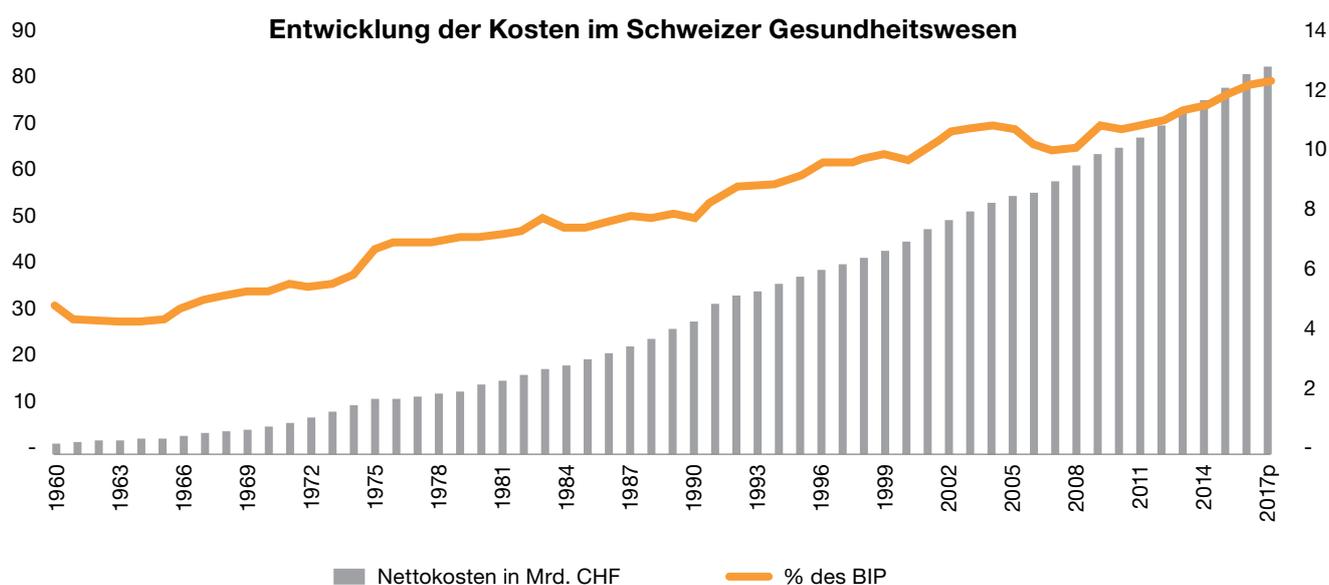


2 Unser Ansatz

Vom Warum bis hin zur wirkungsvollen Umsetzung

Es leuchtet ein, dass die Erreichung von Kosteneffizienz in einem mengenbasierten Vergütungssystem herausfordernd ist

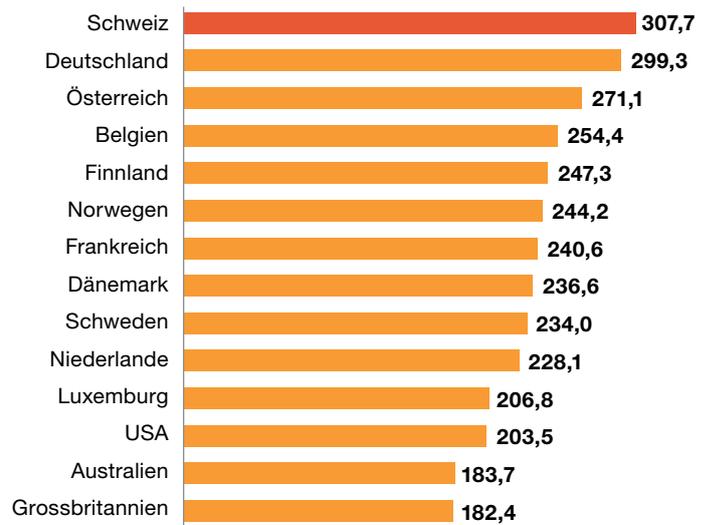
Die mit der aktuellen Leistungserbringung verbundenen Kosten sind für ein nachhaltiges Gesundheitswesen zunehmend nicht mehr tragbar. So steigen die Gesundheitsausgaben in der Schweiz regelmässig stärker als das BIP.



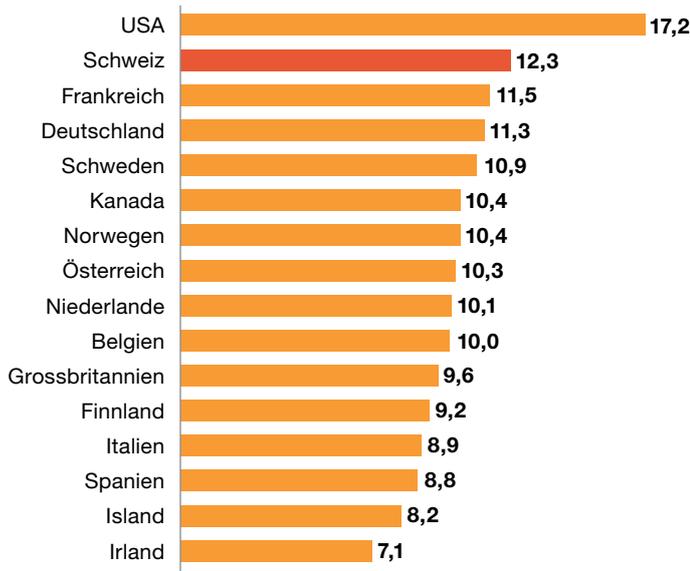
Quelle: BFS

Es liegen zahlreiche Indizien für Überkapazitäten und damit verbunden einer **Übersorgung** vor. So belegt das Schweizer Gesundheitswesen häufig die vorderen Plätze bei internationalen Vergleichen bzgl. der Anzahl Konsultationen, Behandlungen und den Kosten. Ob sich dies positiv auf den Patientennutzen auswirkt, ist kritisch zu hinterfragen.

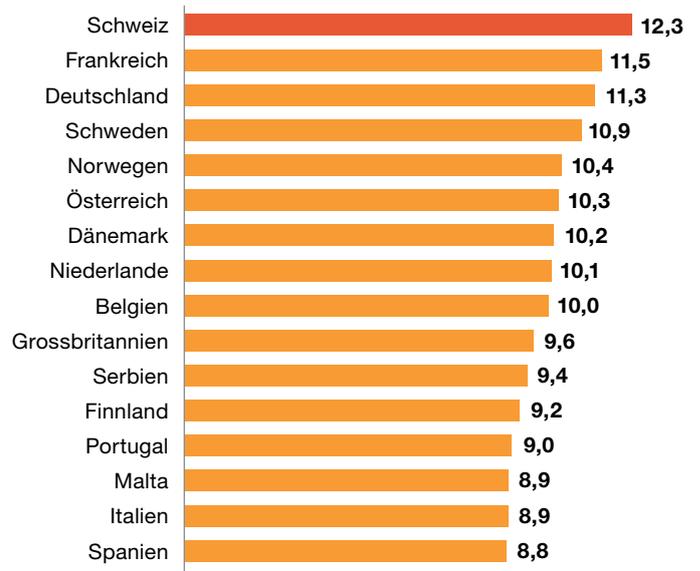
Anzahl der Implantationen künstlicher Hüftgelenke in ausgewählten OECD-Ländern je 100'000 Einwohner (2015)



Gesundheitskosten in ausgewählten OECD-Ländern, 2017
Verhältnis der Gesundheitsausgaben zum Bruttoinlandprodukt

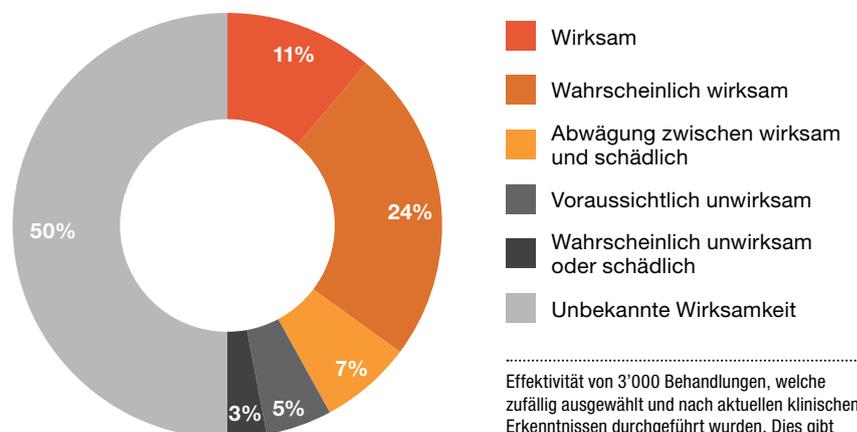


Anzahl der Arztbesuche pro Kopf in ausgewählten Ländern Europas (2016)



Quelle: OECD

Es herrscht Einigkeit, dass der Fokus auf die Behandlungsqualität, -wirksamkeit und den Patientennutzen zu legen ist. Insgesamt ist eine Übersorgung im System zu erkennen, bei welcher die Effektivität der Behandlung teilweise unbekannt oder sogar schädlich ist. Rechts sind die Ergebnisse einer Studie aus Grossbritannien dargestellt, welche die Evidenz der heutigen Leistungserstellung untersucht hat.



Effektivität von 3'000 Behandlungen, welche zufällig ausgewählt und nach aktuellen klinischen Erkenntnissen durchgeführt wurden. Dies gibt keinen Hinweis darauf, wie oft Behandlungen im Gesundheitswesen eingesetzt werden oder wie effektiv sie bei einzelnen Patienten sind.

Quelle: Medical Care Research and Review MCRR, 2013

Die Anreizstrukturen sind stärker in Richtung einer qualitätsbasierten und weniger einer mengenbasierten Vergütung zu entwickeln – dafür sind neue Vergütungsansätze notwendig

Leistungserbringer und Kostenträger sollten gemeinsam Vertragsinnovationen anstreben, welche zur **Abkehr von einer mengenbasierten Vergütung** hin zu einer qualitäts- und nutzenbasierten Vergütung führen. Heute wird eine solche Entwicklung dadurch gebremst, dass sich durch eine Reduktion der Behandlungsmengen negative finanzielle Auswirkungen ergeben und zur existentiellen Bedrohung werden können. Daher sind bei Vertragsinnovationen insbesondere Leistungs-

vereinbarungen ausserhalb der heutigen Tarifstrukturen zu verfolgen.

Eine mögliche Vertragsinnovation liegt in für das Spital resp. Versorgungsnetzwerk garantierten und stabilen Deckungsbeiträgen, unabhängig von den Behandlungsvolumina.¹ Dies wird im Folgenden dargestellt.

Zwei mögliche zukünftige Vergütungsszenarien

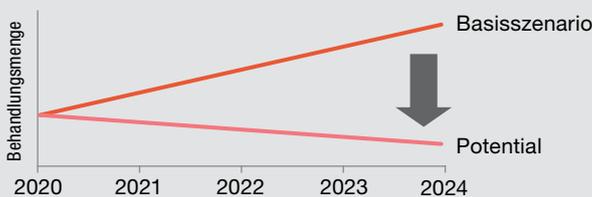


Abbildung 1: Potentialanalyse für Reduktion der Behandlungsvolumina (Quelle: Dutch Institute for Clinical Auditing)

Ausgehend vom prognostizierten Nachfragewachstum wird ein Basisszenario entwickelt. Dieses wird einem theoretisch möglichen Potenzial an Behandlungsreduktion gegenübergestellt.

1. Vergütungsmodell basierend auf linearer Nutzenaufteilung

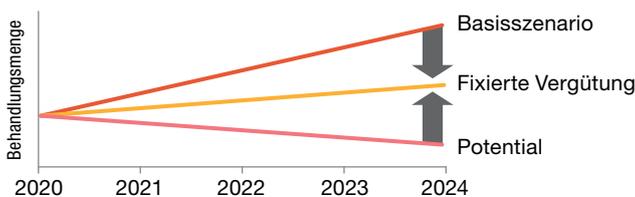


Abbildung 2: Das «Shared-Benefit-Anreizmodell» legt fixe Deckungsbeiträge für Leistungserbringer unabhängig der Behandlungsvolumina fest (Quelle: Dutch Institute for Clinical Auditing)

2. Vergütungsmodell basierend auf individueller Nutzenaufteilung

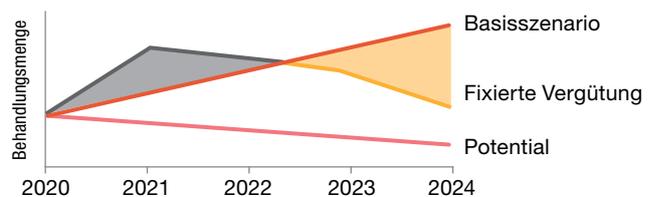


Abbildung 3: Abweichende fixierte Deckungsbeiträge durch Einführungsperiode (Quelle: Dutch Institute for Clinical Auditing)

Um Anreize sowohl für Leistungserbringer als auch Kostenträger zu schaffen, ist die Verteilung der Kosteneinsparungen im Sinne des «Shared-Benefit-Modell» angebracht. In der theoretischen Umsetzung würde die Nutzenverteilung der Behandlungsreduktion linear erfolgen. Die Aufteilung des «Benefits» ist vertraglich festzuhalten.

Durch Umstellungsinvestitionen und die Einführung neuer Prozesse kann es in den ersten Jahren zu grossen Veränderungen kommen. Eine darauf abgestimmte Nutzenaufteilung ist individuell und über die Zeit vertraglich zu regeln. Erfolgsentscheidend für eine individuelle Nutzenaufteilung sind, dass der erste Nutzen möglichst schnell eintritt und das Projekt gesamthaft möglichst rasch «break-even» erreicht. (gelbe Fläche > graue Fläche).

¹ Der Ansatz kann nur unter gewissen Grundvoraussetzungen verfolgt werden, wie Verpflichtung der konstanten Nachfrage bei umliegenden Leistungserbringungen, konstante Wartezeiten für Patienten etc.

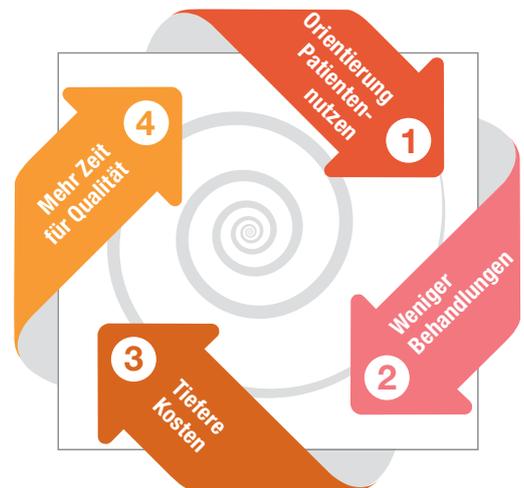
Lediglich der Anreiz zur Überversorgung wäre durch dieses neue Vergütungssystem eliminiert. Somit verfügen Spitäler über einen Anreiz, weniger Behandlungen durchzuführen. Durch die «frei-realisierten» Deckungsbeiträge können sie eine patientenzentriertere Versorgung gewährleisten und dabei nachhaltig bestehen.

Anschaulich ist dies in der folgenden Grafik² zu erkennen, vorausgesetzt die Deckungsbeiträge sind auch bei Nichterbringung von Behandlungen garantiert.

Mengenorientierte Vergütung



Qualitätsorientierte Vergütung



²Angelehnt an unsere vergangene PwC-Studie «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2017»

Zur qualitativen Realisierung der neuen Vergütungsansätze ist ein Kulturwandel hin zu einer wirklichen Patientenzentrierung notwendig

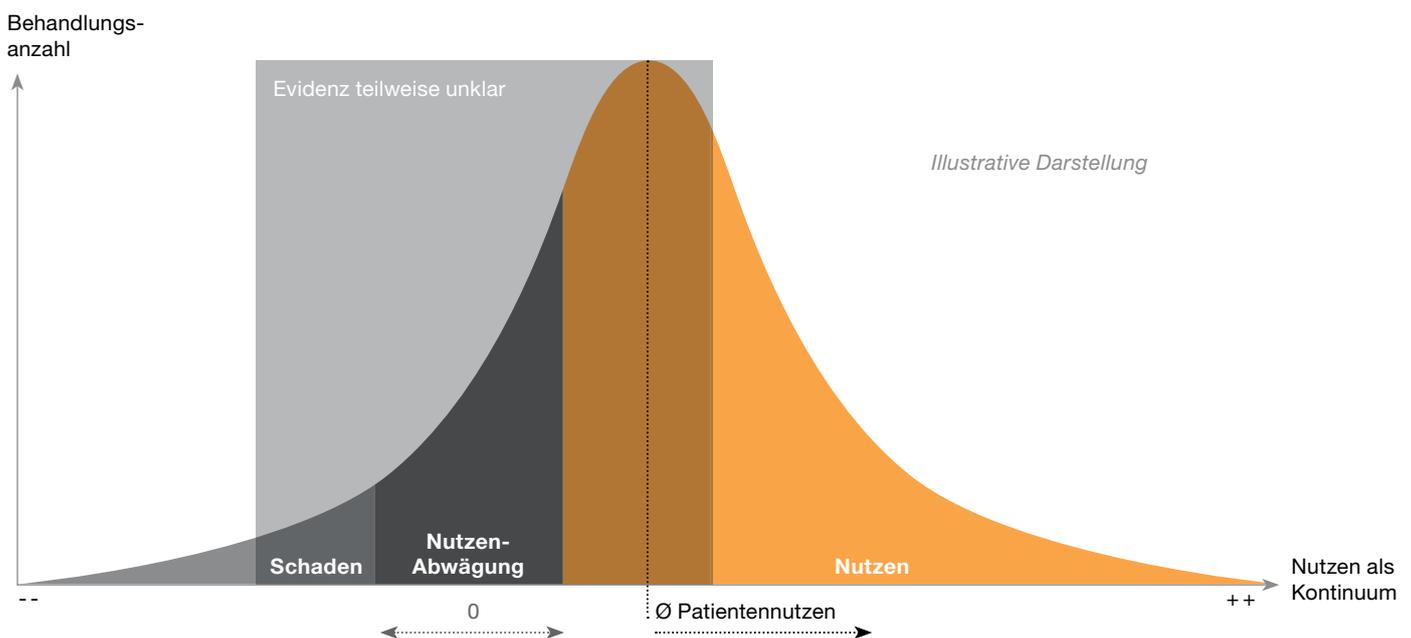
Innerhalb der Leistungserbringer ist ein **Kulturwandel** in Bezug auf den Behandlungsentscheid hin zum **patienten- und nutzentrierten Entscheidungsprozess** notwendig. Dieser bildet die Grundlage für einen Paradigmenwechsel von einer Volumen- hin zu einer Qualitätsorientierung in der Leistungserbringung. Die Umsetzung in der täglichen Praxis ist hierbei eine grosse Herausforderung, da Rollenbilder teilweise in Frage gestellt werden.

Wichtigste Kriterien für eine neuartige Spitalkultur:

- **Einbindung des Patienten** und seines Nutzens in Behandlungsentscheide unter dem Konzept des «Shared-Decision-Making»
- **Bestmögliche erste Anamnese und Diagnostik** durch integrierte Behandlungsteams – «first-time-right»
- **Integrierte Versorgungsnetzwerke** mit dem Spital als Drehpunkt – im Sinne unseres «Hub-and-Spoke-Modells»³
 - Intersektorielle Zusammenarbeit, beispielsweise mit Apotheken, Spitex etc.
 - Einbindung möglichst niedriger Versorgungsstufen wo möglich – niedergelassene Hausärzte und Spezialisten, weitere ambulante spezialisierte Leistungserbringer, bspw. auch private Anbieter
 - Optimierung der Schnittstellen zu vorgelagerten und Nachsorgeinstitutionen

- Aufbrechen des bisher in zahlreichen Spitälern vorherrschenden Silodenkens – Angepasste **prozessorientierte Spitalorganisation**
- Anpassungen hin zu einer **qualitätsorientierten flexiblen Vergütung der einzelnen Mitarbeitenden**

Die Qualität einzelner Behandlungen ist schwer zu messen, daher überlassen wir es in unserem Fall dem Regulator, eine erste allgemein verbindliche Aussage zu treffen. In unserem Beispiel wird ein systemischer Ansatz von Qualität verfolgt, sozusagen ein statistisch zu erwartender Patientennutzen bei Eintritt in die Gesundheitsversorgung. Ausgehend von der Kreis-Grafik zu Beginn des Kapitels stellen wir die Wirksamkeit bzw. den Nutzen von Behandlungen illustrativ mittels einer Normalverteilung dar.



³Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2016 (PwC)

Die Qualität der Versorgung bemisst sich nicht an der einzelnen Behandlung, sondern an der Leistung des Gesamtsystems. Durch die verstärkte Ausrichtung auf den Patientennutzen werden die erbrachten Behandlungen gesamthaft nutzenstiftender, die Versorgung statistisch qualitativer



Durch die neuen Anreizstrukturen werden vermehrt Behandlungen reduziert, wo die Indikation und Evidenz unklar sowie hieraus folgend der Nutzen für den Patienten nicht gegeben scheinen (bspw. unklarer Nutzen bei schwer polymorbiden älteren Patienten für eine Totalendoprothese des Hüftgelenks). Durch integrierte Anamnese- und Diagnostikteams sowie einen höheren Zeitaufwand innerhalb des Behandlungspfads soll sichergestellt werden, dass die in der Grafik links einzuordnenden Behandlungen nicht

mehr erbracht werden. Das klare Aufzeigen von Risiken und Nutzen gegenüber dem Patienten führt durch den Ansatz des «Shared-Decision-Making» zu einer geringeren Behandlungsquote und einem höheren Patientennutzen des Einzelnen.

Auf das Gesamtsystem gesehen **verbessert sich der durchschnittliche Nutzen pro Behandlung – die Qualität steigt.**

Als Resultat ergeben sich neben einer qualitativen patientenzentrierten Versorgung eine Mengen- und damit Kostenreduktion im Gesamtsystem

Die letzte Schlussfolgerung führt uns zur Kostenreduktion im Gesamtsystem. Durch die dargestellten Vergütungsanreize, den Kulturwandel, die patientenzentrierte Behandlungsentscheidung und somit die Mengenreduktion ergibt sich schliesslich eine Aufwandreduktion im Gesamtsystem. Da der grösste Teil der Vergütung von Leistungen im Gesundheitswesen eine Aufwandsentschädigung darstellt, ist die tatsächliche Reduktion der Aufwandpositionen die einzig wirksame Kostenbremse.

Die Deckungsbeiträge für die Leistungserbringer spielen aus dieser Betrachtung eine geringere Rolle bei der Entwicklung der Gesamtkosten im Schweizer Gesundheitswesen. Sollten die Leistungserbringer es schaffen, das Gesamtvolumen und somit einen hohen Anteil der Kostenreduktion zu ermöglichen, sind höhere Deckungsbeiträge ein hervorragender Anreiz – möglicherweise ist das dauerhafte Erreichen einer EBITDAR-Marge von 10% oder mehr in Zukunft doch möglich.

Exkurs: Fallstudie Bernhoven

From Volume to Value – ein Umsetzungsbeispiel aus den Niederlanden

Das im Jahr 2014 lancierte Projekt «DREAM» zwischen dem Spital Bernhoven (Niederlande) und der Rivas Krankenversicherung setzte sich das ambitionierte Ziel, unnötige Behandlungen zu reduzieren, indem es das grundlegende Geschäftsmodell und die Unternehmenskultur eines Spitals von der Volumenorientierung zur Qualitätsorientierung verlagert und somit einen fundamentalen Wandel einläutet. Dazu wurde die zuvor aufgezeigte Logik verwendet.

Die messbaren Ergebnisse des Projekts sprechen für sich und geben Hinweise für grundlegende Gesundheitsreformen in den Niederlanden und möglicherweise auch in der Schweiz:

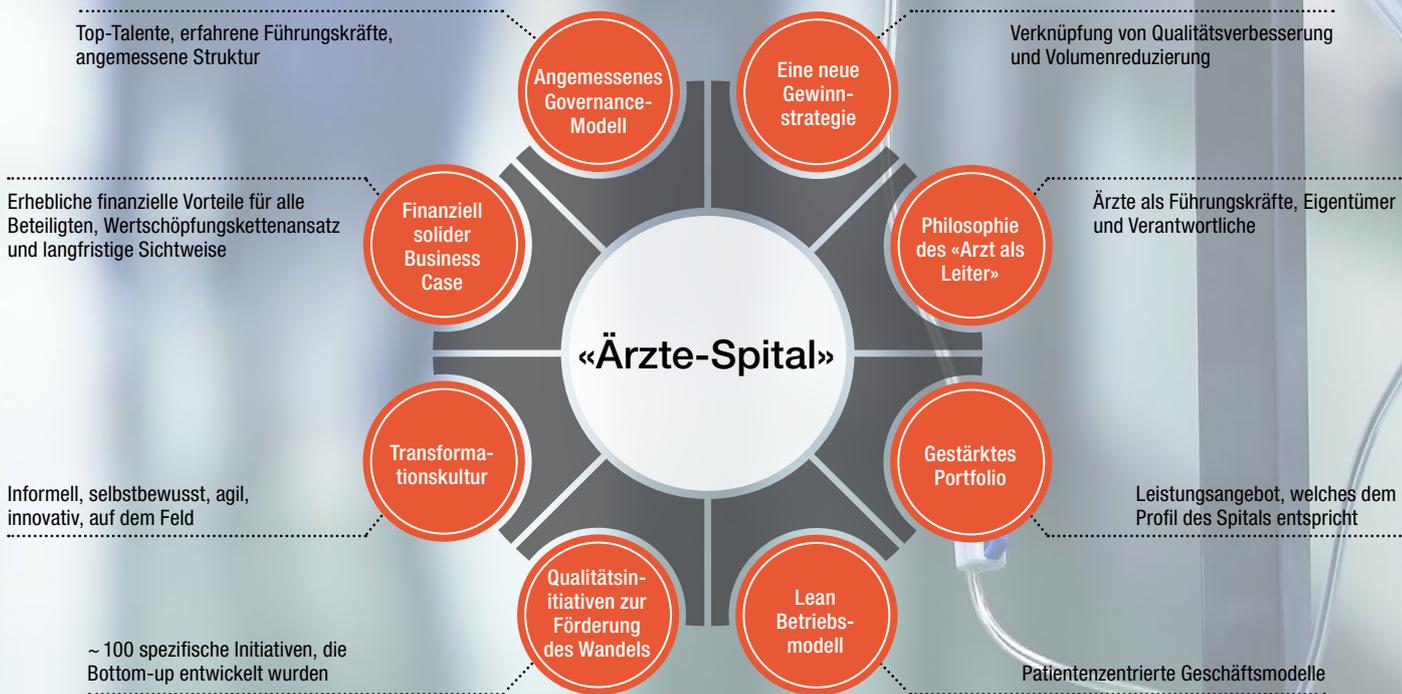
- **Bessere Versorgung, welche durch die Patienten erlebt wurde, festgestellt durch standardisierte Patientenbefragungen.**
- **Signifikant geringere Behandlungsvolumina (16% weniger DRG-Leistungen nach 3 Jahren [1. Jahr: -7%; 2. Jahr: -12%]), welche die Erwartungen sogar übertroffen haben.**

Zur Umsetzung des Erfolgs wurden neben einem wie oben aufgezeigten angepassten Leistungsvergütungssystem zahlreiche Bottom-up-Initiativen durch Mitarbeiter umgesetzt. Dies weist auf einen langfristigen und nachhaltigen Kulturwandel in der Leistungserbringung hin. Im Nachfolgenden werden beispielhaft spezifische Initiativen dargestellt.

Beispielinitiative	Beschreibung	Resultat
Spezialisten im Notfall	<ul style="list-style-type: none"> • Einsatz von Spezialisten im Notfall durch Investitionen in die Qualität und das Erfahrungsniveau des medizinischen Personals • Resultat: Reduktion der Hospitalisationen aus dem Notfall 	Hospitalisationen aus dem Notfall 
Shared-Decision-Making	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsame Entscheidungsfindung und Informationsversorgung des Patienten über Risiken führt zu konservativeren Behandlungen • Resultat: Anzahl der Eingriffe und Pflage tage nimmt ab 	Leistenbruch-Operationen (Bsp.) 
Mehrfach Review	<ul style="list-style-type: none"> • Aktive Rücküberweisung von Patienten an Hausärzte und weitere Spezialisten • Resultat: Verlagerung von Nachversorgungsgesprächen vom Spital auf kostengünstigere Versorgungsstufen 	Mehrfachkonsultationen Kardiologie 
«Arbeit ist die beste Heilung» (Pilotinitiative)	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung der Kunden bei der Arbeitssuche anstelle einer psychiatrischen Behandlung («Tagesaktivitäten») • Resultat: Verkürzte benötigte Behandlungsminuten (und erhöhte Beschäftigungsquote – nicht in der Grafik) 	Behandlungsdauer pro Patient (Minuten) 



Die Erfolgskriterien für die Umsetzung der neuartigen Leistungserbringung und den Kulturwandel hin zu einem «Ärzte-Spital» waren in den Niederlanden wie folgt:



3 Implikation für das Schweizer Gesundheitswesen und deren Akteure

Vom Konzept zur Umsetzung



Ein gemeinsames Kommitment und die Kooperationsbereitschaft aller Beteiligten inkl. des Regulators sind notwendig, um innovative Ansätze auch in der Schweiz zu realisieren

Eine Win-Win-Win-Situation für Patienten, Versicherer und die Leistungserbringer – dies ist der Anspruch an neue Konzepte im Schweizer Gesundheitswesen. Ein gemeinsames Kommitment und die Kooperationsbereitschaft aller Beteiligten inkl. des Regulators sind notwendig, um innovative Ansätze auch in der Schweiz zu realisieren. Im Folgenden zeigen wir auf, welche Implikationen die neue Vergütungslogik auf die unterschiedlichen Akteure hat und welche Voraussetzungen zur Umsetzung geschaffen werden müssen.

Der **Patient** steht mit seinem Nutzensgewinn einer Behandlung im Zentrum. Andererseits trägt er als gemeinsamer Teilhaber des Behandlungsentscheids eine hohe Eigenverantwortung im Sinne des «Shared-Decision-Making».

Auf Seiten der **Spitäler** bedarf es des grössten Willens zum Wandel sowie einer hohen Motivation der Mitarbeitenden. Ihnen wird hierdurch ermöglicht, sich stärker auf ihr Kerngeschäft und eine qualitätsorientiertere Leistungserbringung zu konzentrieren. Zur Umsetzung müssen partnerschaftliche Kooperationen mit Versicherern eingegangen werden, welche gemeinsam das Ziel der «Qualitätssteigerung durch Mengenreduktion» verfolgen, ausgehend von der Erarbeitung neuer Vergütungsansätze.

Den **Niedergelassenen**, sowohl den Hausärzten als auch den Spezialisten, fällt eine entscheidende Triage-Verantwortung im Gesamtsystem zu. Auch sie benötigen bei der Erstdiagnose im Sinne des «first time right» mehr Zeit am Patienten. Im Sinne der integrierten Versorgungsnetzwerke und dem «Hub-and-Spoke-Ansatz» ist eine möglichst schnittstellenfreie Gestaltung des Behandlungspfads wichtig. Dieser sollte wo möglich auf niedrigen Versorgungsstufen, beispielsweise in spezialisierten ambulanten Einrichtungen, wenn nötig in spezialisierten Spitalambulatorien, erfolgen. Hierbei sind alle Leistungserbringer, ob Rehabilitationskliniken, Psychiatrien, Heime, Apotheken oder ambulante Einrichtungen, trägerschaftsübergreifend mit einzubeziehen.

Die **Versicherungen** sind als wichtiger Kostenträger im System gemeinsam mit den Spitälern die treibende Kraft einer möglichen Einführung neuer Anreizstrukturen. Durch den stark fragmentierten Krankenversicherungsmarkt in der Schweiz sind auch Kooperationen zwischen den einzelnen Versicherern notwendig, um die kritische Grösse für ganzheitliche Projekte für Spitäler und Versicherer zu erreichen. Wir schätzen, dass Versicherer kombiniert rund 50% Marktanteil in einer Region auf sich vereinen müssten, damit unser qualitäts- und nutzenorientierter Vergütungsansatz funktioniert.

Der **Regulator** sollte gezielt Netzwerkstrukturen und Kooperationen fördern und fordern. Hierbei ist es neben den aktuellen Regulationen des stationären Markts (Mindestfallzahlen etc.) wichtig, den Leistungserbringern gemeinsam mit den Kostenträgern Innovationen auf Vergütungsseite zu ermöglichen.



4 Fazit

Drei Thesen für das Schweizer Gesundheitswesen

1. Kooperationen und der Wille, an einem Strang zu ziehen, sind Grundlage für den zukünftigen Erfolg des Schweizer Gesundheitswesens

Der Ansatz von integrierten Versorgungsnetzwerken ist weitreichend bekannt. Kooperationen über Sektorgrenzen hinaus und entlang des Patientenpfads werden allgemein als sehr erfolgversprechend eingeschätzt. Im Markt nehmen derartige Kooperationen an Bedeutung zu. Wir haben diese Idee bereits in unserer vergangenen Studie «Schweizer Spitäler: So gesund waren ihre Finanzen 2017» erörtert.

Neuartige qualitätsbasierte Vergütungsmodelle, wie sie in zahlreichen Ländern in Europa zu erkennen sind, kommen aktuell in der Schweiz noch nicht oder nur vereinzelt zur Anwendung, bieten aber auch für unser Gesundheitswesen enormes Potenzial. Die direkte Verknüpfung und Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und Kostenträger ist aus unterschiedlichen Gründen bisher noch nicht gegeben. Dies geht über die heutige reine Leistungsabrechnung hinaus. Die gemeinsame Entwicklung neuer Vergütungsmodelle bietet enormes Potenzial zur Abkehr vom volumenbasierten hin zu einem qualitätsbasierten Vergütungssystem. Alle Beteiligten sind gemeinsam für den Erfolg des Schweizer Gesundheitswesens verantwortlich, da sie es nur gemeinsam ändern können.

2. Rechtliche Rahmenbedingungen sind Voraussetzung und sollten geschaffen werden

Als Grundlage für die Einführung derartiger neuartiger Kooperations- und Vergütungsmodelle sind die entsprechenden rechtlichen und gesetzgeberischen Rahmenbedingungen notwendig. Potenziell kann der geplante Experimentierartikel im KVG eine Lösung dafür bieten, den vorliegenden Ansatz ein-

zuführen und bei Erfolg eine permanente Lösung zu schaffen.

Weitere Beispiele sind auch in anderen europäischen Ländern wie in unserer Fallstudie in den Niederlanden oder wie in Deutschland mit Selektivverträgen zwischen Spitälern und Krankenhäusern zu beobachten.

3. (Gesundheits-)Kosten-(Patienten-)Nutzen-Analysen müssen nachvollziehbar über Qualitätskennzahlen und Business-Pläne gestaltet werden, um Akzeptanz bei allen Beteiligten, vor allem bei den Patienten und damit der Bevölkerung, zu schaffen

Die Qualität steht im Fokus einer jeden Behandlung. Allerdings ist neben der Wirksamkeit und der Zweckmässigkeit auch die Wirtschaftlichkeit nicht ausser Acht zu lassen. In einem System, welches dauerhaft stärker steigt als das BIP, ist eine nachhaltige Situation nicht gegeben.

Die Anzahl an Initiativen, welche durch den Bund, die Kantone und jeden Leistungserbringer lanciert werden, muss auch für den einzelnen Patienten einen Mehrwert stiften. Hierfür ist ein Diskurs über die Qualität des heutigen und möglicher zukünftiger Systeme unerlässlich.

Die Idee «providing better care at lower costs» ist so einfach und dennoch so schwer zu erreichen. Lassen Sie uns gemeinsam die Zukunft des Schweizer Gesundheitswesens gestalten.

Für Anregungen und Diskussionen stehen Ihnen unsere erfahrenen Berater von PwC sehr gerne zu Verfügung. Vielen Dank für Ihr Interesse!



Philip Sommer
Partner
Leiter Beratung Gesundheitswesen
+41 58 792 75 28
philip.sommer@ch.pwc.com



Patrick Schwendener, CFA
Director
Leiter Deals Gesundheitswesen
+41 58 792 15 08
patrick.schwendener@ch.pwc.com



Frederik Haubitz
Consultant
Beratung Gesundheitswesen
+41 58 792 75 11
frederik.haubitz@ch.pwc.com



Paul Sailer
Manager
Beratung Gesundheitswesen
+41 58 792 78 46
paul.sailer@ch.pwc.com

www.pwc.ch/gesundheitswesen

