

## Konzepte und Trends von "Value-based Healthcare" in Deutschland

Wolfgang Hoffmann, Neeltje van den Berg

Institut für Community Medicine,  
Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health  
Universitätsmedizin Greifswald

Value based healthcare for regions, Petersburger Dialog, Hamburg, 1.6.2017

## Value based healthcare – Ziele und Prioritäten



### Wert(e)orientierte Planung, Steuerung, Monitoring, Anpassung und Bewertung des Gesundheitswesens

- Strategie: Ausrichtung des Systems am Wert und an den Nutzen für den Patienten / für Patientengruppen / für die Bevölkerung
- Gerechte Verteilung von Ressourcen
- Optimierung des Ressourceneinsatzes
- Priorität Patient: Berücksichtigung von Präferenzen, Patient Reported Outcomes
- Priorität Population: aussagekräftige Gesundheitsberichterstattung
- Real Life!

→ **Zentrale Rolle der Versorgungsforschung / -epidemiologie**

### I Erfassung der Versorgungsbedarfe

- Population
- Patient

### II Angebot / Bereitstellung der benötigten Versorgungsleistungen in der Region

### III Messbarkeit, Monitoring, Bewertung

## Bedarfe von Kindern und Jugendlichen



„Gesunde“ Kinder:

- Vorsorge-/U-Untersuchungen
- Impfungen
- Akutversorgung „alltäglicher“ Erkrankungen
- Beratung, Schutz, Prävention

Aber auch:

- Diagnostik und Therapie, Monitoring, Coaching bei chronischen Erkrankungen
- Transition zur Erwachsenenmedizin

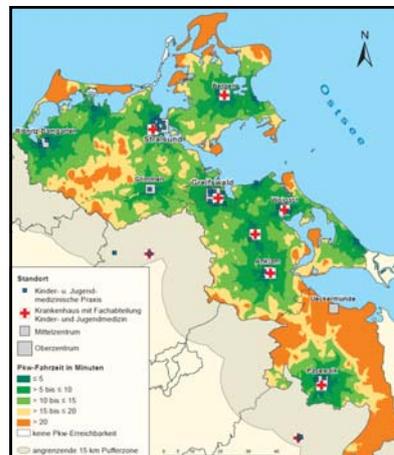


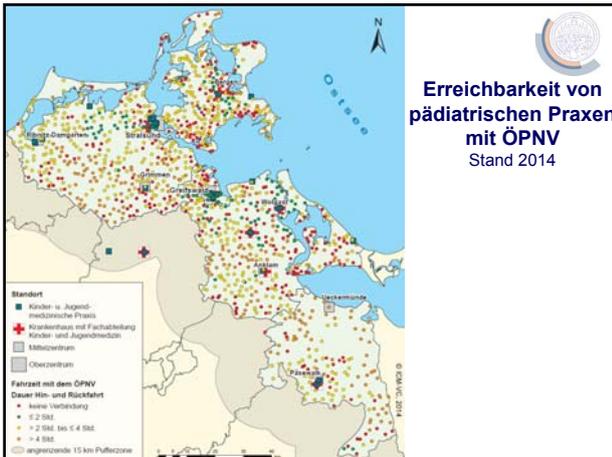
Quelle: Fotolia

## Standorte von Leistungserbringern in der Pädiatrie in der Region Vorpommern Stand 2014



## Erreichbarkeit von pädiatrischen Praxen mit Pkw Stand 2014





**Chronisch kranke Kinder in einer Region mit geringer Bevölkerungsdichte**

Am Beispiel Landkreis  
Vorpommern-Greifswald:

- Anzahl Einwohner insgesamt 238.358\*
- Davon Kinder\*\*: 34.025 → 14,3%
- Bevölkerungsdichte: 61 Einw./km<sup>2</sup>
- → 8,66 Kinder/km<sup>2</sup>
- Prävalenzrate atopische Erkrankungen\*\*\*:
- 15,6% → 5.307 Kinder in Vorpommern-Greifswald
- → 1,35 Kinder/km<sup>2</sup> mit einer atopischen Erkrankung

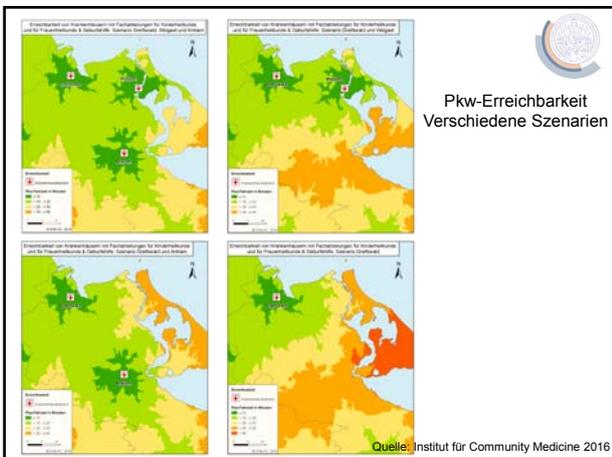
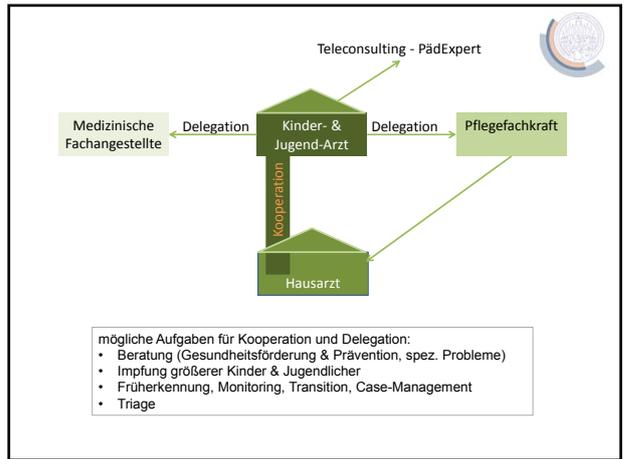


\* Stat. Landesamt M-V, 31.12.2015  
 \*\* 0 bis unter 18-Jährige  
 \*\*\* Atopische Erkrankungen (Heuschnupfen, Neurodermitis, Asthma Bronchiale), nach Elternauskünften basierend auf ärztlicher Diagnose aus KIGGS-Welle 1 (Quelle: Klauer, J., et al., Versorgungsreport 2015/2016)

**Delegationsmöglichkeiten in der Pädiatrie**

	Was?	An wen?	Wo?
Prävention	Beratung (GF & Prävention)	MFA	KJA-Praxis
	Impfung (7-18-Jährige)	PFK	HA-Praxis
	Früherkennung	FGKIKP	Außerhalb
Chronisch kranke Patienten	Monitoring	MFA	KJA-Praxis
	Beratung (spez. Probleme)	PFK	HA-Praxis
	Transition	FGKIKP	Außerhalb
	Case-Management	FGKIKP	Außerhalb
Akut erkr. Patienten	Triage	PFK FGKIKP	alle Praxen, Außerhalb

GF = Gesundheitsförderung MFA = Medizinische Fachangestellte, mit Erfahrung und Zusatzqualifikation,  
 PFK = Pflegefachkräfte, mit Erfahrung und Zusatzqualifikation,  
 FGKIKP = Familien-Gesundheits- & Kinderkrankenpflege, mit Zusatzqualifikation



**Ab Juni 2017: Forschungsprojekt Telemedizin im Kreiskrankenhaus Wolgast**

ideologische Graben am Donnerstagabend. Glawe setzt darauf, mit der Unimedizin Greifswald und dem Kreiskrankenhaus mit Mitteln wie der Telemedizin sowie einer verstärkten Lufttretzung weiter unkonventionelle Wege zu

Minister Glawe w

Wolgast: Die weitestläufige Debatte um die Finanzierung des Kreiskrankenhauses Wolgast in den Jahren 2015 und 2016 ist laut Minister Henry Glawe (CDU) dazu geeignet, das Stigma der Klinik weiter aufzupeitschen. Eine vollständige Neuaufstellung der Klinik würde ein enormes finanzielles Risiko darstellen, sagte er am Donnerstagabend in Wolgast. Glawe ist Minister für Gesundheit und Soziales im Landesparlament Mecklenburg-Vorpommern. Er ist auch Mitglied im Bundestag. In der Debatte über die Finanzierung des Kreiskrankenhauses Wolgast, das im August 2016 geschlossen wurde, setzte sich Glawe für die Erhaltung der Klinik ein. Er sagte, dass die Klinik ein wichtiges Zentrum für die Versorgung der Bevölkerung in der Region sei. Er forderte die Landesregierung auf, die Klinik zu unterstützen und die Finanzierung zu sichern. Er sagte, dass die Klinik ein wichtiges Zentrum für die Versorgung der Bevölkerung in der Region sei. Er forderte die Landesregierung auf, die Klinik zu unterstützen und die Finanzierung zu sichern.

## Telemedizinische Triage

**Ziel:** Sicherstellung der regionalen pädiatrischen durch ein telemedizinisches Triage-Verfahren zwischen der Notfallambulanz im KH Wolgast und der Universitätsmedizin Greifswald

Triage: Canadian Triage and Acuity Scale – Paediatric Guidelines (PaedCTAS)

### Forschungsfrage:

Schätzt der diensthabende Arzt im KH Wolgast die Dringlichkeit gleich ein wie der Telemediziner?

### Methodik:

Bei Patienten <18 Jahre, die die pädiatrische Notaufnahme besuchen, wird zuerst die Triage durch den diensthabenden Arzt vor Ort durchgeführt, danach durch einen „Telemediziner“ (mit Unterstützung einer Pflegekraft vor Ort).

- Bidirektionales Videokonferenzsystem
- hochauflösende mobile Kamera steuerbar von beiden Standorten

## Telemedizinische Triage → Facharztstandard vor Ort



Quelle: Institut für Community Medicine, 2016

**Triagefragebogen**

Wie ist Ihr erster Eindruck beim ersten Kontakt mit dem Kind?

Alter des Kindes

Abstrakte Fragen

Abstrakte Fragen (1-3 Jahre)

Sauerstoffzufuhr

Sauerstoffzufuhr

Version: 1.0.2 | Copyright: 2002 | Ihre Kinder: Tobi

Quelle: Institut für Community Medicine, 2016



Quelle: Institut für Community Medicine, 2016

## Telemedizinische Triage



Quelle: Institut für Community Medicine, 2016

**PädExpert®**  
Telemedizinisches Konsil für die ambulante Pädiatrie

**bvkJ . Service GmbH**

Projekt „PädExpert“ stellt sich vor

**PädExpert**

- Mehr Behandlungssicherheit bei chronischen und seltenern Erkrankungen
- Verkürzung des Zeitraums der Diagnosestellung
- Verbesserte Behandlungsqualität vor Ort
- Kompetenzgruppen für alle teilnehmenden Pädiater
- Verbesserte Patientenbindung durch Vernetzung mit Spezialisten
- Verminderung langer Wartezeiten und Anfahrtswege für Patienten

[mehr Informationen](#) [Download](#)

## Umsetzung/Erfüllung von Bedarfen in der Region

### Grundversorgung:

Wohnortnahe Versorgung, Ergänzung durch arbeitsteilige Konzepte und Telemedizin / eHealth

### Versorgung durch Spezialisten:

Fachärztliche Spezialisten in den größeren Zentren

Facharztstandard in ländlichen Regionen: Teleconsulting, Videokonferenzen, Telemonitoring

## Telemedizin in der Psychiatrie



Regelmäßige telefonische Kontakte und individualisierte SMS-Nachrichten

Ziel: Verbesserung der Endpunkte Angst, Depressivität und/oder Somatisierung ✓



Bilder: Institut für Community Medicine, 2016

## Telemedizin in der Suchtmedizin

Alcohol and Alcoholism Vol. 50, No. 2, 188–194, 2015

### A Pilot Study on the Feasibility and Acceptability of a Text Message-Based Aftercare Treatment Programme Among Alcohol Outpatients

Severin Haug<sup>1,\*</sup>, Michael J. Lucht<sup>2</sup>, Ulrich John<sup>3,4</sup>, Christian Meyer<sup>3,4</sup> and Michael P. Schaub<sup>1</sup>

Alcohol Clin Exp Res. 2014 Jun;38(6):1728-36.

### A Surveillance Tool Using Mobile Phone Short Message Service to Reduce Alcohol Consumption Among Alcohol-Dependent Patients

Michael J. Lucht, Luise Hoffmann, Severin Haug, Christian Meyer, Dörthe Puseeh, Anne Quallmeitz, Thomas Klaus, Hans J. Grabbe, Harald J. Freyberger, Ulrich John, and Georg Schramm

## Ärztliche Priorisierung von Einsatzgebieten telemedizinischer Patientenversorgung

Erarbeitet von der AG-Telemedizin und beschlossen vom Vorstand der Bundesärztekammer am 20.03.2015 und vom 118. Deutschen Ärztetag am 15.05.2015

- IT in der medizinischen Versorgung
  - Telemedizin
  - Ärzte in sozialen Medien, Apps in der Medizin
- IT in organisatorischen Prozessen des Gesundheitswesens
  - Telematikinfrastruktur und eGK
  - Notfalldatenmanagement
  - eMedikationsplan/AMTS
  - Elektronischer Arztweis; Datenschutz/-sicherheit und Interoperabilität
- Internationale E-Health-Entwicklungen
  - Beeinflussung von Vorgaben auf europäischer Ebene (z.B. Europäischer Berufsordnung)

1. Qualitätssteigerung durch Verbesserung der innerärztlichen Kommunikation und Steigerung der Versorgungsgerechtigkeit, z.B.

- Teletumorkonferenzen
- Elektronische Patientenakte, eArztbrief
- Telekonsil in der Notfallversorgung (zeitnahe Spezialexpertise)
- Telemedizin in der Palliativmedizin

2. Vorbeugen von Versorgungslücken, z.B.

- Telemonitoring bei chronischen Erkrankungen
- Überbrückung von Behandlungspausen zwischen Krankenhausentlassung und ambulante Weiterbehandlung
- Telecasemanagement



## E-Health Gesetz

### Schwerpunkte:

- **Stammdatenmanagement:** Online Prüfung und Aktualisierung von Versichertenstammdaten → Flächendeckend ab Mitte 2018
- Speicherung von **medizinischen Notfalldaten** auf der elektronischen Gesundheitskarte auf Wunsch des Patienten → ab 2018
- **Medikationsplan** für Patienten mit > 3 Medikamenten → ab 2016, ab 2018 auf der elektronischen Gesundheitskarte
- **Elektronische Arztbriefe** → ab 2017
- **Elektronische Patientenakte** → ab Mitte 2018
- **Patientenfach** → Speicherung Daten Gesundheitskarte, Messwerte, ... → ab Ende 2018
- Aufnahme **Online-Videosprechstunde** und **telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen** in die vertragsärztliche Versorgung → ab Mitte 2017
- **Interoperabilitätsverzeichnis** (Transparenz von Formaten, Schnittstellen, Standards) → Mitte 2017

## Veränderung der Bevölkerung der Altersgruppen der ab 60-Jährigen und ab 80-Jährigen von 2020 zu 2008, Landkreise

Veränderung in %

- ≤ 15
- 16 - 40
- 41 - 70
- 71 - 100
- > 100



Insgesamt +1.050.000 Einw. (+83%)

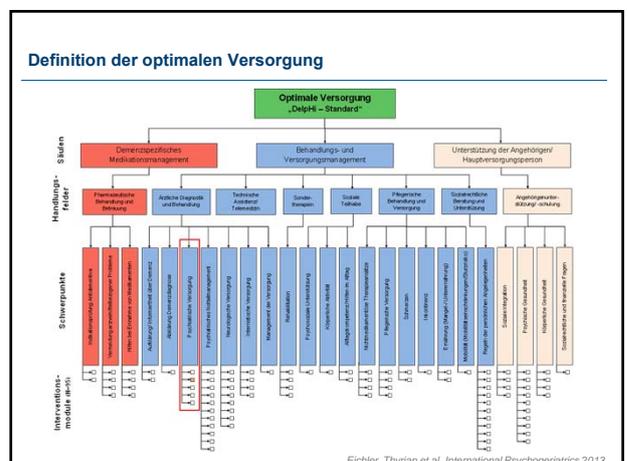
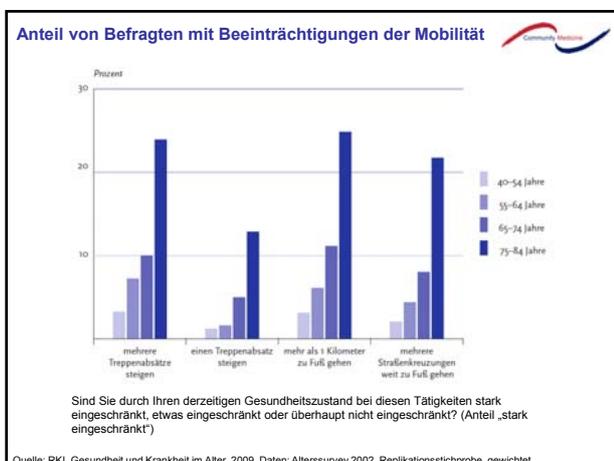
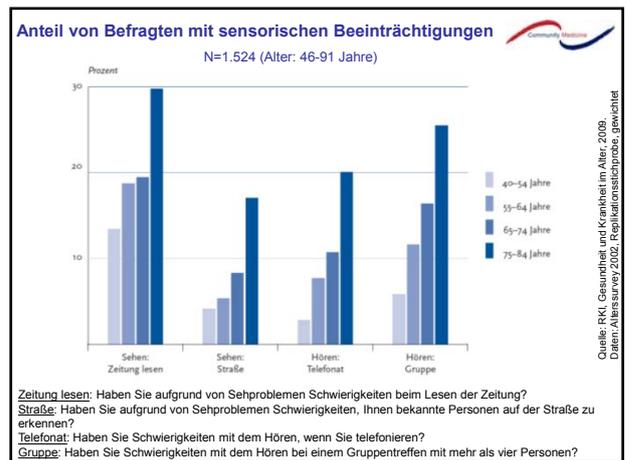
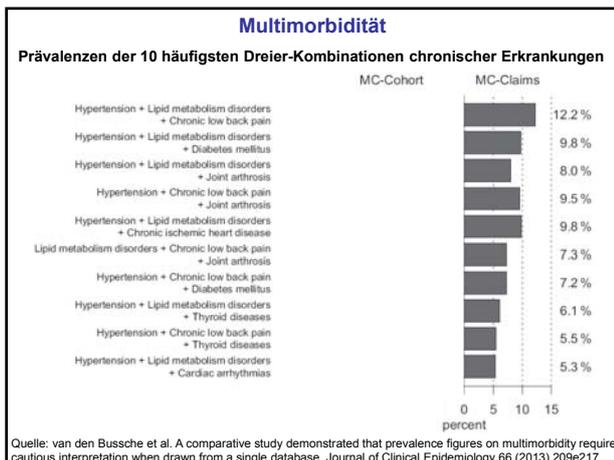
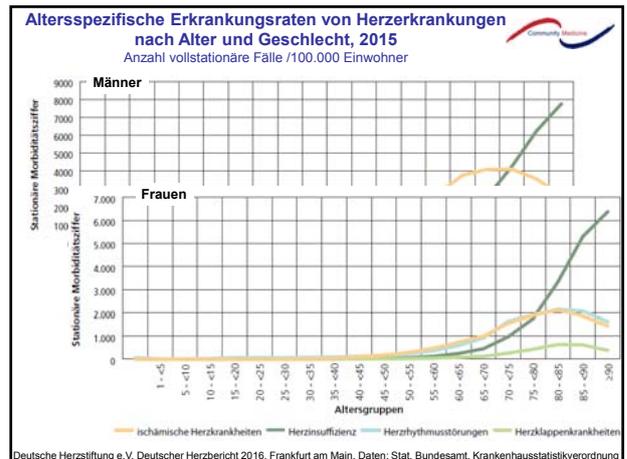
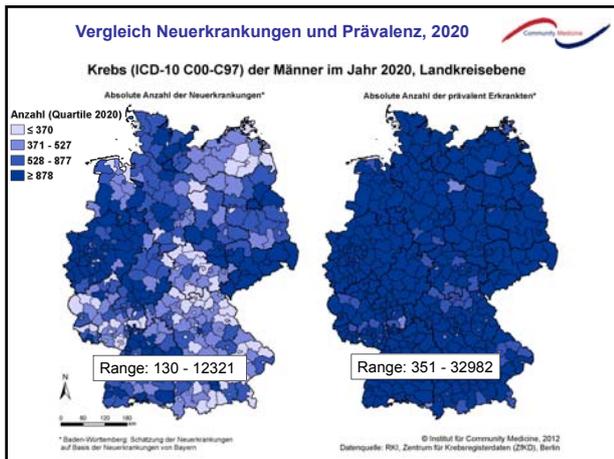
Veränderung in %

- ≤ 0
- 1 - 20
- 21 - 40
- 41 - 60
- > 60



Insgesamt +860.097 Einw. (+31%)

© Institut für Community Medicine, 2012. Datenquelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder



**DZNE**  
German Center for Neurodegenerative Diseases  
within the Helmholtz Association

**Universitätsmedizin**

### Zieldimensionen

- Lebensqualität (*QoL-AD; Logsdon et al. 2002*)
- Angehörigenbelastung (*BIZA-D; Zank et al. 2006*)
- Behaviorale, psychologische Symptome der Demenz (*NPI; Cummings 1997*)
- Medizinische Behandlung mit Antidementiva und Reduktion von "potential inappropriate medication (PIM)"
- Aktivitäten des täglichen Lebens (*Bayer ADL; Erzigkeit et al. 2001*)
- Kognitiver Status (*SIDAM, Mini Mental, SISCO, Zaudig & Hiller, 1995*)
- Soziale Unterstützung (*F-SozU; Fydrich et al. 2007*)
- Gesundheitsstatus (*HA-Patientenakte, selbst entwickelte Fragebögen*)
- Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (*RuD, Wimo et al. 2005*)
- Medikamenteneinnahme (*IT-unterstützter home medication review; Fiss et al., 2010*)

DZNE e. V. – Standort Rostock / Greifswald Seite 31

**Interventionsmodule**  
Beispiel 1: psychiatrische Versorgung – Major Depression

**DelpHi-MV**

**Interventionsmodule**  
Beispiel 2: pflegerische Versorgung

**DelpHi-MV**

**Computergestütztes Interventions-Management-System (IMS)**

zur Unterstützung des Dementia Care Managements im Rahmen der DelpHi-Studie entwickelt und in laufende Studie implementiert

- **regelbasiertes Expertensystem**, gleicht individuelle Patientencharakteristiken mit programmierten Regeln des **DelpHi-Standards** der optimalen Versorgung ab
- ermöglicht **systematische, standardisierte** Identifikation **individueller Bedarfe** der Patienten; IMS schlägt von insgesamt 43 möglichen Interventionsempfehlungen **28 automatisch** für HA-Brief vor, wenn **Triggerbedingungen erfüllt** sind
- **DCM entscheidet** für jede IMS-generierte Interventionsempfehlung, ob diese in HA-Brief aufgenommen werden soll
- DCM kann **zusätzliche** Interventionsempfehlungen geben

**The benefits of implementing a computerized Intervention-Management-System (IMS) on delivering integrated dementia care in the primary care setting**

Tilly Eichler,<sup>1</sup> Jochen René Thyrian,<sup>1</sup> Daniel Friedrich,<sup>2</sup> Leonore Köhler,<sup>1</sup> Diana Wucherer,<sup>3</sup> Bernhard Michalowsky,<sup>1</sup> Adina Dreier<sup>4</sup> and Wolfgang Hoffmann<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>German Center for Neurodegenerative Diseases (DZNE), Braunschweig; <sup>2</sup>Altenheimklinik, Albersheim; <sup>3</sup>U. Greifswald; <sup>4</sup>IT-PM, Greifswald

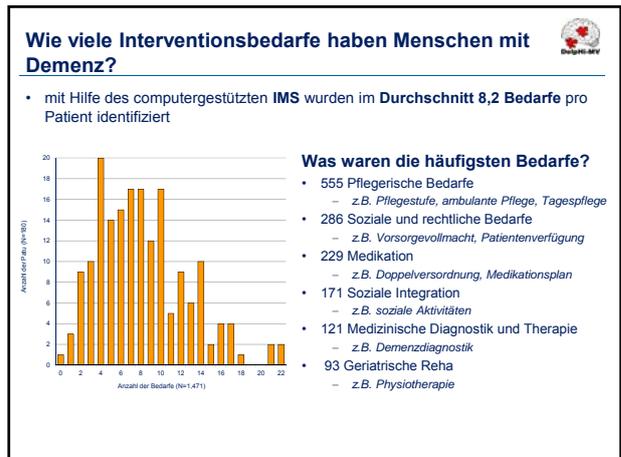
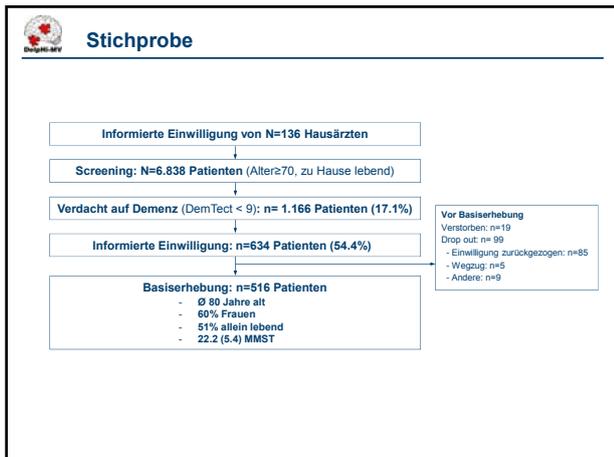
<sup>1</sup>Department of Geriatrics, Institute of Gerontology of Health Care and Learning, University Medicine Greifswald, Greifswald, Germany; <sup>2</sup>Department of Geriatrics, University Medicine Greifswald, Greifswald, Germany

**Computergestütztes Interventions-Management-System (IMS)**

- **regelbasiertes Unterstützungssystem**
- ermöglicht **systematische, standardisierte** Identifikation **individueller Bedarfe**

Eichler et al. *Int Psychogeriatr* 2014

**Dementia Care Management der DelpHi-MV Studie**



### Offene Bedarfe

Unmet needs of primary care patients screened positive for dementia (n=227)

	Number of unmet needs	mean (SD) per PW
Total	1991	8.77 (9.86)
Need for treatment and care	763	3.36 (3.81)
Mildly limited/lost of self <sup>1</sup>	134	
Needing care (i.e. day care, residential care) <sup>2</sup>	124	
Needing care insurance (appropriate care level)	112	
Need for support <sup>3</sup>	111	
Pain	107	
Incontinence	69	
Neurological disorder	36	
Non-pharmacological therapy <sup>4</sup>	18	
Risk treatment	8	
Social networking and legal support	198	1.82 (1.44)
Fear of attorney/legal representative <sup>5</sup>	171	
Patient decision	165	
Emergency card for hospital	42	
Emergency card for the disabled	42	
Pharmaceutical treatment and care	263	1.29 (1.58)
Treatment with anticholinergics drugs	109	
Storage of drugs / drug dispenser <sup>6</sup>	98	
Issue of up-to-date medication plan	50	
Assistance with preparation/administration medication	46	
Substitution checklist/ check for adherence <sup>7</sup>	38	
Social integration	382	1.82 (1.82)
Physical activity	142	
Social support/social activities	131	
Care job <sup>8</sup>	96	
Medical diagnosis and treatment	460	0.70 (0.86)
Referral to specialist (geriatric/psychiatric) <sup>9</sup>	39	
In-depth information about dementia	42	
Diagnosis of dementia	26	
Special diagnosis	117	0.51 (0.74)
Outpatient geriatric rehabilitation <sup>10</sup>	196	
Systemic geriatric rehabilitation	9	
Others	51	0.13 (0.41)

1. Durchschnittlich 9 offene Bedarfe  
 2. Pflegerische Versorgung am häufigsten (38%)  
 3. Soziale, rechtliche Bedarfe 20%  
 4. Pharmazeutische Beratung und Versorgung in 15% (und hier häufig „Anwendungsfehler“)

Unmet Needs of Community-Dwelling Primary Care Patients with Dementia in Germany: Prevalence and Correlates

Eichler et al. (in press)

### Der Hausarztinformativbrief: Interventionsempfehlungen der DCM für den Hausarzt

EMPFEBLUNGEN DER DCM FÜR DEN HAUSARZT

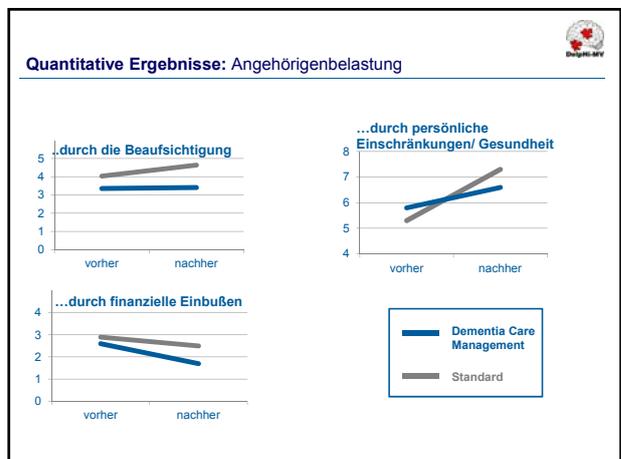
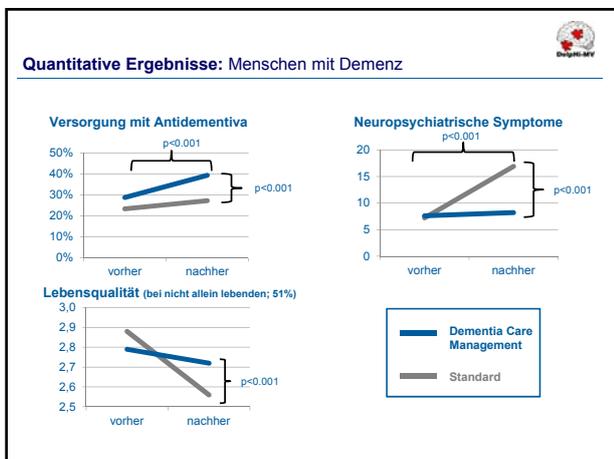
Name der DCM (Studienschwerer): [redacted] Name des Probanden: [redacted]

Bitte füllen Sie untenstehende Tabelle aus und lassen Sie das Dokument an folgende Nummer:  
 Dementia-My Studienzentrum GDNF, Großhans 10304-887144

Empfehlungen der DCM	Bewertung des A
ALLGEMEINE UND SOZIALRECHTLICHE EMPFEBLUNGEN	
EMPFEBLUNGEN ZUR PFLEGERISCHEN BETREUUNG	
Betreuung Pflegestufe 1/ zusätzliche Betreuungseinstellungen	DCCM o. HA: o nicht erwünscht Bemerkung:
EMPFEBLUNGEN ZUM WEITEREN VORGEHEN	
Induktionsprüfung Antidementivum (z.Z. keine Einnahme von Antidementivum)	DCCM, o nicht erwünscht Bemerkung:
Unterstützung bei Vorbereitung/ Veranschaulichung der Medikamente	DCCM: W/ign, o nicht erwünscht Bemerkung:

**Umsetzung des Behandlungs- und Versorgungsplans in enger Kooperation mit HA**

- **Hohe Akzeptanz** der Interventionsempfehlungen durch Hausärzte  
→ 86% aller Interventionsempfehlungen werden beauftragt
- **Hohe Bereitschaft** der Hausärzte, Interventionsaufgaben an DCM zu delegieren  
→ 61% der delegierbare Interventionen wurden an DCM delegiert



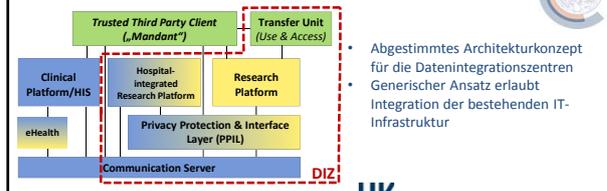
**Regionale Versorgung braucht IT:  
BMBF Förderkonzept Medizininformatik 30.10.2015**

**Ziele**

- „... Verbesserung von Forschungsmöglichkeiten und Patientenversorgung ...“
- „Datenaustausch und gemeinsame Datennutzung zwischen Forschung und Versorgung“
- „... Austausch und die Nutzung von Daten ... über die Grenzen von Institutionen und Standorten hinweg ...“
- „Medizininformatik in Forschung, Lehre und Weiterbildung zukunftsgerichtet aufstellen“



**Kern: Datenintegrationszentren**



- Abgestimmtes Architekturkonzept für die Datenintegrationszentren
- Generischer Ansatz erlaubt Integration der bestehenden IT-Infrastruktur

- Lokale DIZ durch übergeordnete föderierte Architektur miteinander verknüpft



120. Deutscher Ärztetag

Ärzte Zeitung online, 24.05.2017

**Sascha Lobo: "Digitalisierung lässt sich nicht klein hoffen"**

Mit eindringlichen Worten forderte Blogger Sascha Lobo beim Deutschen Ärztetag die Mediziner auf, die Digitalisierung im Gesundheitswesen aktiv mit zu gestalten – gerade auch zum Schutz der Patienten.

Von Rebekka Höhl



„Sie sind verpflichtet, hier aktiv mitzugestalten“ – deutliche Worte von Blogger Sascha Lobo an die Ärzte.

© Köpfe

**Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)**

Vom 22. Dezember 2011

- Keine Nachteile für Versicherte bei Kassenschließung
- Mehr Wettbewerb für die Krankenkassen; z.B. Vorsorge- und Reha-Maßnahmen, zahnärztliche Behandlung, nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe
- Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung:
  - flexiblere Ausgestaltung der Bedarfsplanung, mehr Einfluss der Länder
  - Ärzte in unterversorgten Gebieten werden von Maßnahmen der Mengenbegrenzung ausgenommen
  - Förderung mobiler Versorgungskonzepte:
- Verbesserung der Rechtsgrundlagen für den Betrieb von Eigeneinrichtungen durch KVen und Kommunen.
  - Ausbau der Möglichkeiten der Delegation ärztlicher Leistungen und der Telemedizin.
- Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

**Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)**

Vom 16. Juli 2015

- Einrichtung eines Strukturfonds zur Förderung der Niederlassung
- Erweiterung der Gründungsmöglichkeiten für MVZs (z.B. Kommunen)
- Erschwerung Praxisnachbesetzung in übersorgten Regionen
- Erhöhung der Zahl der Weiterbildungsstellen, gleiche Vergütung für Weiterzubildende in der ambulanten Versorgung
- Einrichtung von Terminservicestellen
- Verbesserung des Krankenhaus-Entlassmanagements (Feststellung von Arbeitsunfähigkeit, Medikamente für 7 Tage)
- Anspruch auf Zweitmeinung bei mengenanfälligen planbaren Eingriffen
- Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz: Anspruch auf zusätzliche Leistungen zahmed. Prävention
- Verzicht auf Regressforderungen gegenüber freiberuflichen Hebammen
- Syst. Verfahren zur Methodenbewertung bei Medizinprodukten durch den G-BA
- Einrichtung eines Innovationsfonds zur Förderung von Innovationen in der Versorgung und von Versorgungsforschung

**Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG)**

Vom 17. Juli 2015

- zielgerichtete Zusammenarbeit der Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung
- Prävention für Menschen in stationären Einrichtungen
- Förderung der Impfprävention.
- Weiterentwicklung der Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, individuelle Belastungen und Risikofaktoren. Ausstellung von Präventionsempfehlungen durch Ärzte
- Krankenkassen und Pflegekassen: 500 Mio. Euro für Gesundheitsförderung und Prävention. Schwerpunkt: Gesundheitsförderung in den Lebenswelten (z.B. Kita, Schule, Kommunen, Betrieben und Pflegeeinrichtungen) mit mindestens 300 Mio. Euro jährlich.

**Gesetz  
zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung  
(Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)**

Vom 10. Dezember 2015

- Pflegestellen-Förderprogramm zur Schaffung von neuen Stellen in der Pflege 2016 – 2018: insgesamt bis zu 660 Mio €; Ab 2019: bis zu 330 Mio €/Jahr
- Pflegezuschlag:  
Zuschlag, kalkuliert auf der Basis der Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser  
→ Anreiz für eine angemessene Pflegeausstattung
- Qualität der Krankenhausversorgung:
  - Einführung von Qualitätszu- und -abschlägen in der KH-Finanzierung
  - Rechtssichere Ausgestaltung der Mindestmengenregelung: Abrechnung von Krankenhausleistungen ist in bestimmten Bereichen an eine Mindestzahl entsprechender Behandlungen gebunden
  - Präzisierung der Rahmenbedingungen für Sicherstellungszuschläge
- Einführung der mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz beschlossenen Regelungen zu Zweitmeinungen bei mengenanfälligen planbaren Eingriffen
- Einrichtung vertragsärztlicher Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern oder Einbindung von KH-Notfallambulanzen in den Notdienst
- Anspruch auf Kurzzeitpflege

**Gesetz  
zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung  
(Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)**

Vom 10. Dezember 2015

Einrichtung Strukturfonds zur Förderung von Vorhaben der Länder

Krankenhausfinanzierungsgesetz §12 (1):

... Zweck  
des Strukturfonds ist insbesondere der Abbau von  
Überkapazitäten, die Konzentration von stationären  
Versorgungsangeboten und Standorten sowie die  
Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre  
örtliche Versorgungseinrichtungen

**Ein bedarfsorientiertes Gesundheitssystem beginnt bei einer am (Patienten!)bedarf orientierte Planung**

§101 Absatz 1 Satz 7 SGB V (GKV – Versorgungsstärkungsgesetz):  
... Der Gemeinsame Bundesausschuss trifft mit Wirkung zum 1. Januar 2017 die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Prüfung der Verhältniszahlen gemäß Absatz 2 Nummer 3 und unter Berücksichtigung der Möglichkeit zu einer kleinräumigen Planung, ...

„Großgutachten Bedarfsplanung“ (in Arbeit), Prüfung der Möglichkeiten für:

- Eine sektorenübergreifende Planung
- Planung von Leistungsbereichen
- Einbeziehung von Telemedizin in der Bedarfsplanung
- Einbeziehung von Arbeitsteilung zwischen Gesundheitsberufen in der Planung

3. Die Bedarfsplanung muss von einer reinen Zulassungsplanung zu einer echten Bedarfsplanung weiterentwickelt werden. Die Festlegung des Bedarfs darf sich nicht ausschließlich an der Demografie der Bevölkerung orientieren, sondern ist um Indikationsbezogene Parameter und regionale Strukturparameter zu ergänzen. Zusätzliche Arzt- und Psychotherapeutenstellen müssen gegenfinanziert werden.

22. MAI 2017

**Value based healthcare – die Zukunft !**

- (Sektor)übergreifende Kooperation
- Patientenzentrierung
- Health Literacy, Gesundheitskompetenz
- Patientenautonomie, shared decision making
- Transparenz (eHealth, Regionale Patientenakte, Klinische Krebsregister ...)
- Patienten entscheiden selbst, wer Zugriff auf welche Daten hat
- Angemessene Anwendung von Wissen und Technologien

→ **Lernendes Gesundheitssystem**

**Vielen Dank  
für ihre Aufmerksamkeit!**

www.community-medicine.de