

# Medizinische Zentren Finanzierung aus Sicht der TK

## Bernd Beyrle

Fachbereichsleiter stationäre Versorgung

15. Jahrestagung GQMG und ESQH 2008  
31. Mai 2008 in Hamburg (CCH)

## Agenda

### Medizinische Zentren- Finanzierung aus Sicht der TK

1. Strategischer Handlungsbedarf in der Krankenhauspolitik
2. Voraussetzung Medizinischer Zentren
3. Status Medizinischer Zentren
4. Vergütung Medizinischer Zentren
  - im Kollektivvertragssystem
  - im Einzelvertragssystem
5. Ausblick



## Versorgungsstandort Deutschland

### Veränderung der Krankenhauslandschaft

	1995	2000	2005	2006	
<b>Krankenhäuser</b>	2.325	2.242	2.139	2.104	↘
<b>Betten</b>	609.123	559.651	523.824	511.000	↘
<b>Fälle</b>	15.931.168	17.262.929	16.873.885	17.157.000	↘ ↗
<b>Verweildauer [Tage]</b>	11,4	9,7	8,6	8,5	↘
<b>Bettenauslastung [%]</b>	82,1	81,9	75,6	76,3	↘
<b>KH-Ärzte</b>	101.590	108.696	121.610	123.715	↗
<b>KH-Pflegekräfte</b>	350.571	332.269	302.346	299.328	↘
<b>Ausgaben [Mrd. € GKV]</b>	40,75	44,54	48,96	50,37	↗
<b>Ausgaben [% GKV]</b>	32,9	33,3	34,0	36,0	↗

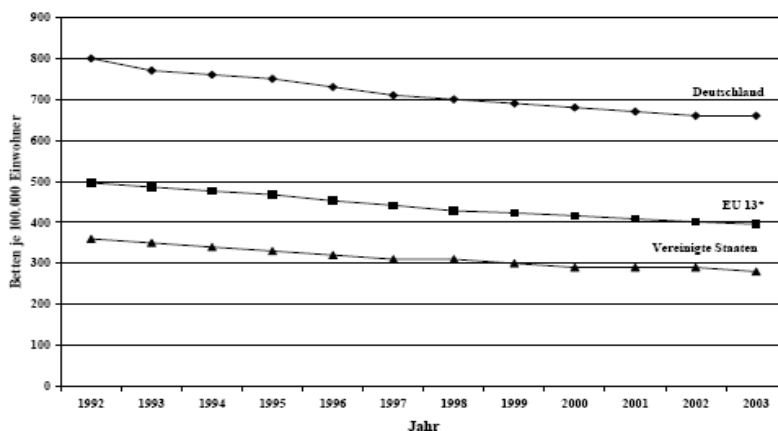
3



## Versorgungsstandort Deutschland

### Europäischer Vergleich

### Bettendichte

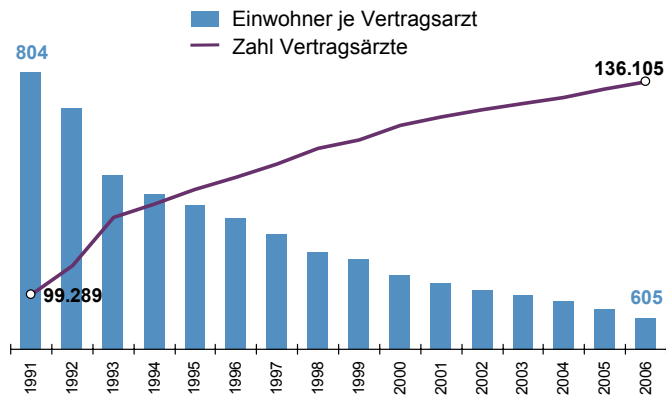


4



## Versorgungsstandort Deutschland

Anzahl *ambulant* tätiger Ärzte in Deutschland



5



## Versorgungsstandort Deutschland

Status Gesundheitswesens heute

### ■ Stärken:

- Hohes medizinisches Niveau bezüglich Strukturqualität
- Sehr guter "Zugang" (Access) für (fast) alle, (fast) überall
- Hohes Ausgabeniveau (2006: 10,6 % am BIP)\*

### ■ Defizite:

- Prozessqualität
- Qualitätstransparenz (Prozess- und Ergebnisqualität)

### ■ Risiken:

- Verstaatlichung
- Teilhabe am Fortschritt

6



## Versorgungsstandort Deutschland

### Status Gesundheitswesen heute

- Überkapazitäten durch überdurchschnittliche Bettendichte und gesunkene, geringe Bettenauslastung\*
- Investitionsdefizite durch Reduzierung der öffentlichen Investitionen seit 1991 um über 25% bei um über 50% gestiegenen Kosten\*
- Umstrukturierungen können nicht durch ein Mehr an Ressourcen umgesetzt werden.
- Umstrukturierungen müssen durch Umverteilung frei werdender Mittel realisiert werden.

7

\*Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in 2007



## 1 Strategischer Handlungsbedarf in der Krankenhauspolitik

- Effiziente Planung des Krankenhausbedarfs und Überwindung der Überkapazitäten
- Implementierung wettbewerblicher Vertragsstrukturen
- Überwindung des Investitionsstaus
- **Spezialisierung, Qualifizierung und Patientenorientierung als Antwort auf Wirtschaftlichkeitsdruck**
- Fusionskontrolle
- Qualitätsoffensive durch Qualitätstransparenz

8

2

## Voraussetzung Medizinischer Zentren

Meinung der Versicherten: Qualität vor Service

### Die fünf wichtigsten Aspekte für Verträge der Integrierten Versorgung



2

## Voraussetzung Medizinischer Zentren

### Sichtweise der TK

- Förderung der Zentrenbildung
  - Gewährleistung "integrierter" anstelle von "sequentieller" Patientenkarrerien
- Aufbau zukunftssträchtiger Strukturen (auch im Einzelvertragssystem)
- Einbeziehung aktueller Leitlinieninhalte in Therapie-/ Vertragskonzepte
- Risikominimierung bei komplexen und wechselnden Behandlungsregimen durch die Zusammenarbeit spezialisierter Ärzte und weiterer Leistungserbringer
- Förderung der Ausbildung qualifizierter Fachärzte
- Förderung fachgebiets- und sektorübergreifender Versorgungsforschung an qualifizierten Standorten

## 2

### Voraussetzung Medizinischer Zentren

#### Ziele des neonatologischen Versorgungskonzeptes

- Flächendeckende und angemessene neonatologischen Versorgung
- Verringerung von Säuglingssterblichkeit und Behinderung
- Angemessener Ressourceneinsatz
- Zentrum als Aus-, Weiter- und Fortbildungsstätte für Pädiater
- Begleitung des gesamten Behandlungsprozesses
- Interdisziplinäre und interprofessionelle Fallkonferenzen nach aktuellen Leitlinien
- Teilnahme an externen Qualitätssicherungs-Verfahren mit Benchmark-Vergleichen
- Förderung neonatologischer Versorgungsforschung für innovative Verfahren und seltene Erkrankungen an qualifizierten Standorten



**Interdisziplinäre Zentrumsbildung als Chance zur  
Besserung der Versorgung**

## 3

### Status Medizinischer Zentren

#### Neonatologisches Versorgungskonzept

#### Ausgangslage:

- Lange Krankheitsepisoden – Frühchen als “chronische Erkrankung“
- Komplexe, multimodale Therapie-Konzepte
- Beteiligung verschiedener Fachgruppen am Therapie-Konzept
- Begrenzte Quote definitiver Heilungen – Rascher Wandel der therapeutischen Konzepte

3

## Status Medizinischer Zentren

### G-BA-Versorgungsstufen Früh- und Neugeborenen\*

#### 1. Geburtsklinik :

- ohne angeschlossene Kinderklinik
- nur für Schwangere >36 SSW
- Gilt für 90% der Geburten

#### 2. Perinataler Schwerpunkt

- Geburtsklinik mit angeschlossener Kinderklinik
- Aufnahmekriterium >32 bis <= 36 SSW und/oder Unreife >=1500g
- weitere Strukturmerkmale

\*Vereinbarung des G-BA über Maßnahmen zur QS der Versorgung von Früh- und Neugeborenen vom 20.09.2005

13

  
Techniker  
Krankenkasse  
Gesund in die Zukunft.

3

## Status Medizinischer Zentren

### G-BA-Versorgungsstufen Früh- und Neugeborenen\*

#### 3. Perinatalzentrum LEVEL 2

- Aufnahmekriterien
  - 29 <= 32 SSW und/oder Unreife 1250 - 1499g
  - Zwillinge 29 bis <= 33 SSW
  - Schwere schwangerschaftsassozierte Erkrankungen
  - weitere Strukturmerkmale

#### 4. Perinatalzentrum LEVEL 1

- Aufnahmekriterien
  - < 29 SSW und/oder Unreife <1250g
  - Höhergradige Mehrlinge >2<33 SSW und >3 alle
  - Alle pränatal diagnostizierte Erkrankungen mit Notfallversorgung
  - weitere Strukturmerkmale

\* Vereinbarung des G-BA über Maßnahmen zur QS der Versorgung von Früh- und Neugeborenen

14

  
Techniker  
Krankenkasse  
Gesund in die Zukunft.

### 3

## Status Medizinischer Zentren

### Effekte des neonatologischen Versorgungskonzeptes

#### Aber:

- Versorgungsstufe als Wettbewerbsmerkmal
- „Aufrüstung“ der Abteilungen führt zu gegenteiligen Kosteneffekten
- Planung NRW\*

2007	Geplant von KH-Trägern
17 Perinatalzentren	41 Zentren Level 1 + 13 Zentren Level 2
26 Geburtshilflich-Neonatologische Schwerpunkte	4 Perinatale Schwerpunkte
24 Geburtskliniken	

#### Kompetenzaufbau benötigt Festlegung von Mindestmengen

\* Dr. Teig QS-NRW 5. Ergebniskonferenz Essen 2007

15

### 4

## Vergütung Medizinischer Zentren

- Leistungen der Zentren werden über DRG bzw. EBM vergütet.
- Mehraufwand muss kompensiert werden.
- Spezifische Leistungen müssen erkennbar und kalkulierbar sein.

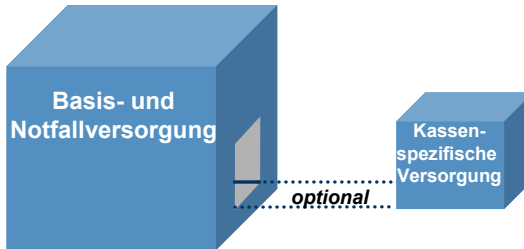
16

4

## Vergütung Medizinischer Zentren

Steuerung im Einzelvertragssystem - Krankenhaus

### TK Zwei-Säulen-Modell



- **kollektivvertraglich** organisieren
- gesamtes Leistungsspektrum umfassen
- langfristige Versorgungsverträge

- **wettbewerblich** organisieren
- Vertragsfreiheit, kein Kontrahierungszwang
- Ziel: ca. 10% der Krankenhausausgaben bis 2015
- freie Krankenhauswahl für Versicherte
- **Qualitätsvorschriften werden überboten**
- Allokation bestehender Ressourcen

17

5

## Ausblick

Auswirkungen für Medizinische Zentren

- Medizinische Zentrenbildung bedarf flankierender ordnungspolitischer Maßnahmen
- Medizinische Zentren müssen einen Mehrwert haben.
- Medizinische Zentren müssen ihren Mehrwert transparent darstellen.
- Versicherte müssen über den Mehrwert der Medizinischen Zentren informiert werden.
- Mehrwert der Medizinischen Zentren muss für Versicherte wahrnehmbar und spürbar sein.

Zentren müssen Patienten überzeugen

18

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

