



GESELLSCHAFT FÜR INTEGRIERTE
GESUNDHEITSVERSORGUNG

Strategische Planung der ambulanten Versorgung

Clemens Guth

BBDK 38. Frühjahrskolloquium

Meschede, 16. März 2023

Ein anderer Blick...

BBDK 38. Frühjahrskolloquium 2023 16.3 – 18.3.23

Mit Bedacht nach vorne gehen - kühler Kopf in heißen Zeiten

Krankenhausplan(ungs)siele: Wie sieht die ~~Krankenhauslandschaft~~ **Versorgung** der Zukunft aus?

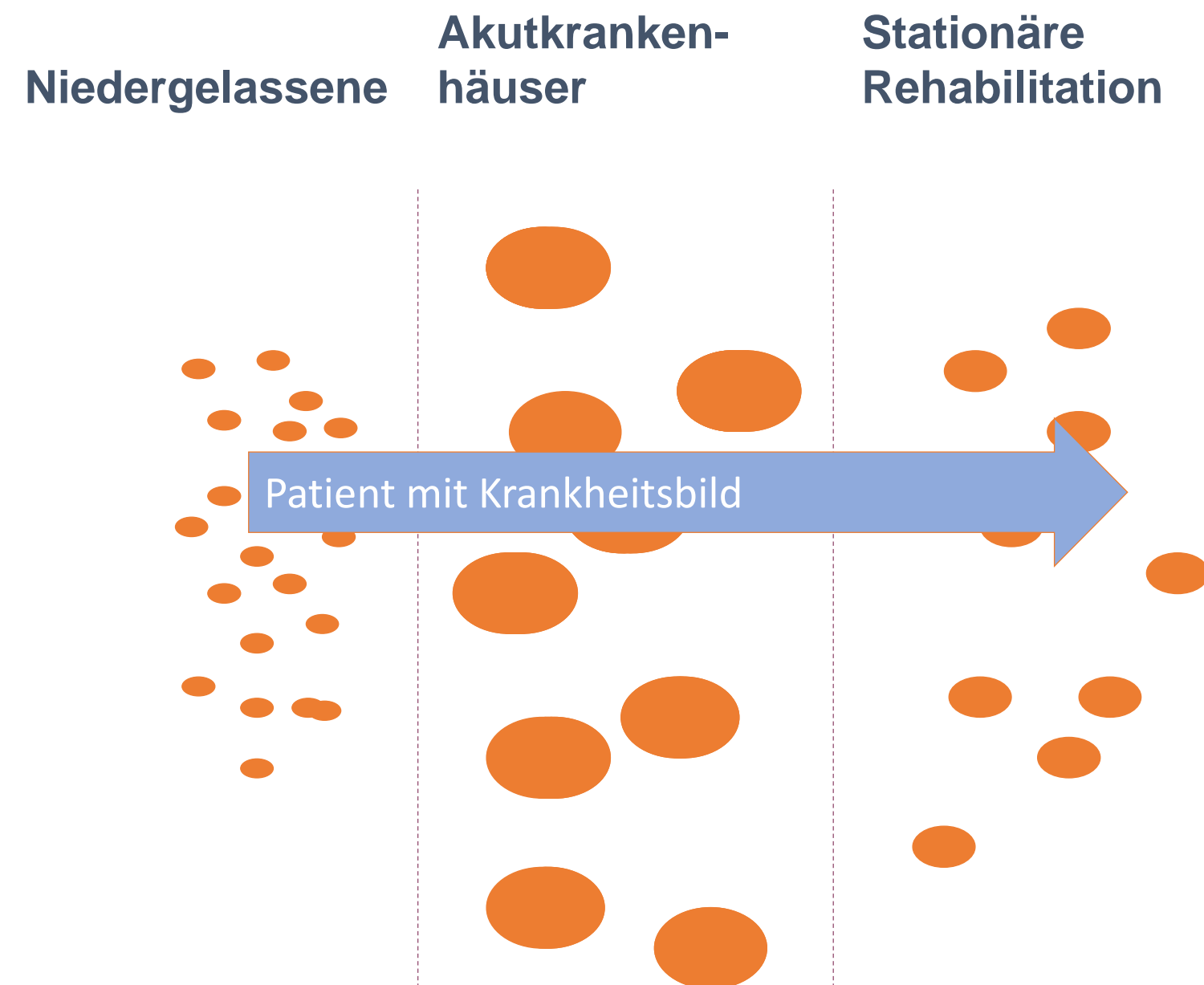
Das Ergebnis zählt, nicht die Versorgungstufe.

Wir müssen uns am klinischen Outcome, den Kosten und Patientenpräferenzen messen lassen.

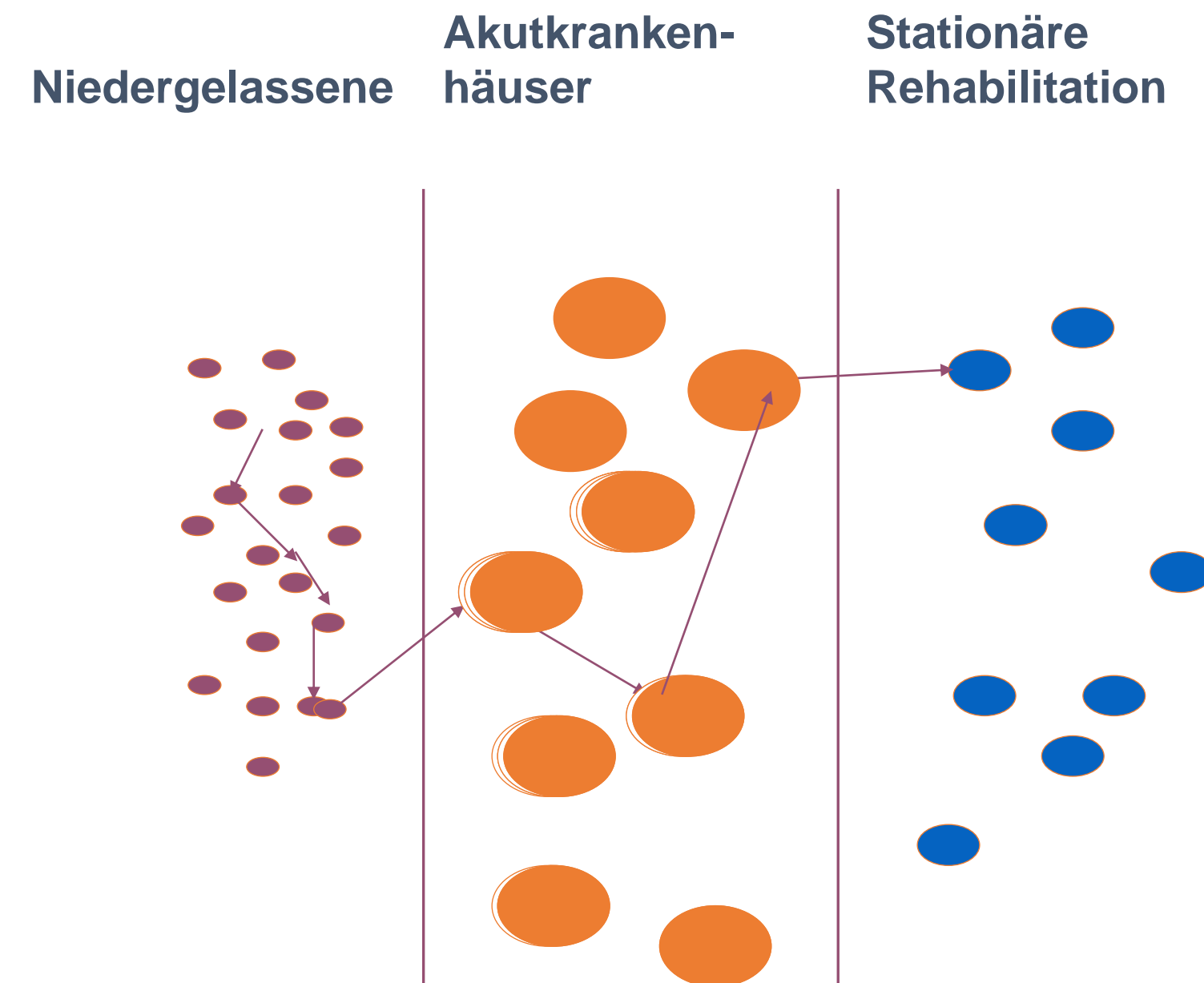
Unsere Diskussion darf sich nicht erneut nur an Versorgungsgrenzen, Pfründen und vermeintlichen Hürden orientieren.

Die Ebene der Wertschöpfung ist der Patient mit seinem jeweiligen Krankheitsbild

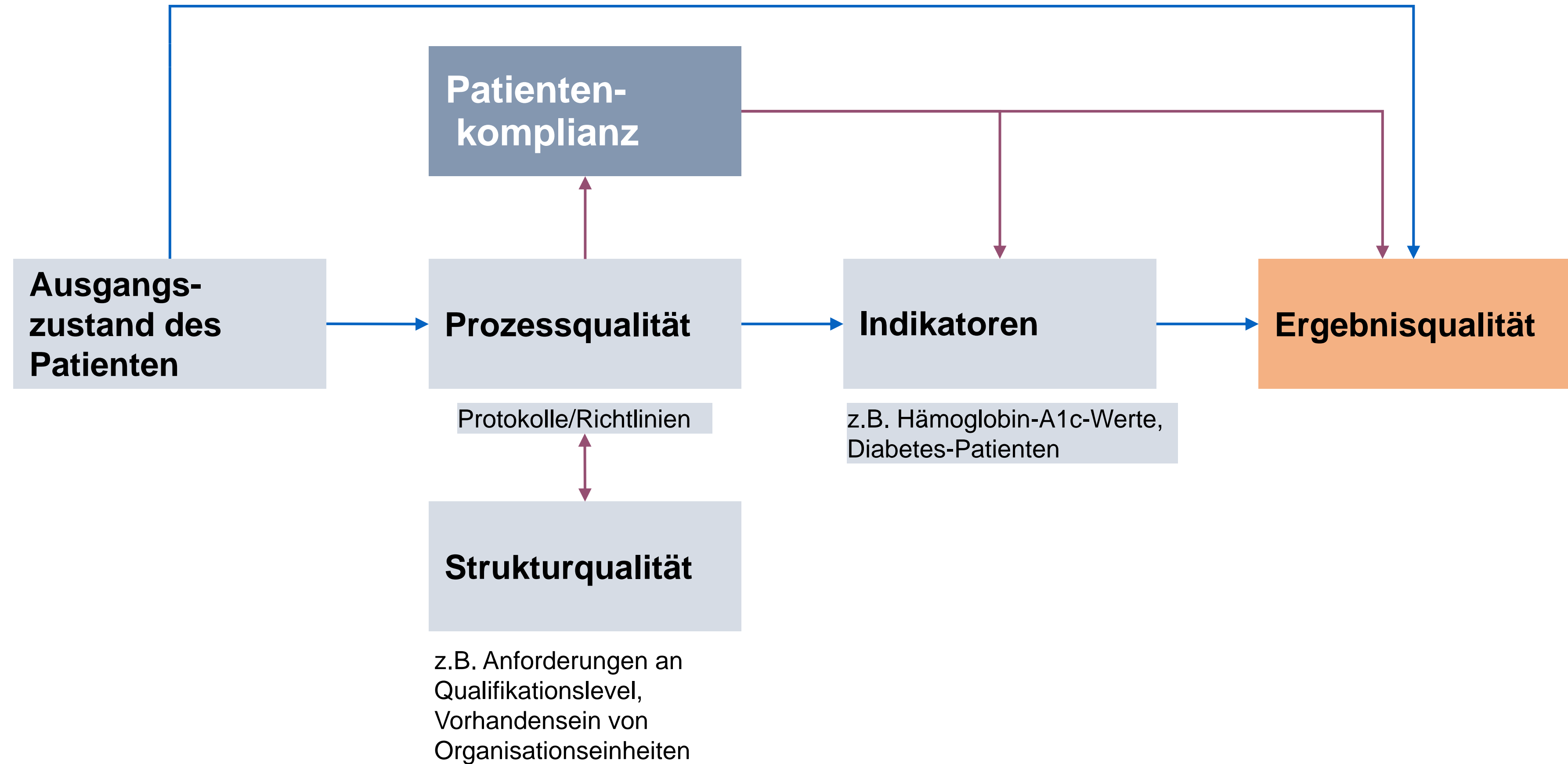
Patientennutzen wird **pro Krankheitsbild** über alle **Versorgungsstufen** und **Fachrichtungen** geschaffen...



... nicht in einzelnen, untereinander unabhängigen Patientenkontakten bei verschiedensten Leistungserbringern und Fachrichtungen



Was zählt ist die Ergebnisqualität nicht die Versorgungstufe



Patientennutzen als Leitziel möglicher Strukturreformen

Value-based Health Care

$$\text{Patientennutzen (Patient Value)} = \frac{\text{Behandlungsergebnisse}}{\text{Kosten zum Erreichen der Behandlungsergebnisse}}$$

Ambulant vor stationär, ein Fortschreiten der Ambulantisierung ist überfällig.

Die ambulante Versorgung als **bevorzugte Versorgungsform
für die Patienten.**

Eine konsequente Ambulantisierung ist der einzige Weg um
wirklich **strukturelle Kosten im Gesundheitswesen zu
reduzieren** – durch Reduktion von stationären Kapazitäten -
und ein Schritt um den Fachkräftemangel einzugrenzen.

- **Zunehmende Komplexität** und Spezialisierung der Medizin erfordert andere Strukturen
- **Zunehmende Veralterung der Niedergelassenen**, von 150.000 Niedergelassene sind ca. 25% über 60 Jahre
- **Andere Generation an Ärzten**, weniger Bereitschaft für 50 Std. und mehr, Wunsch nach anderen Arbeitszeitmodellen
- **Fachkräftemangel MFA** erfordert neue Ausbildungskonzepte
- **Zunehmende Komplexität** mit Blick auf KV und IT-Anforderungen
- **Kritische Finanzierung** und ungleiche Finanzierung
- **Vermehrter Wunsch** nach Anstellung anstatt Selbstständigkeit

Wer sind dann die „Ambulantisierer“?

Die heutigen Niedergelassenen aber sicherlich in anderen Strukturen. Weniger die Einzelpraxis sondern **größere Gemeinschaftspraxen** und MVZs. Letztere als **MVZ-Verbünde, Klinik-MVZs** oder auch **kommunale MVZs**.

Analog zum stationären Sektor braucht es hier eine **Trägervielfalt**. Und ja, das beinhaltet auch MVZs mit Investorenbeteiligung. Auch sie sind ein Katalysator für den zwingend notwendigen Strukturwandel.

Mit Augenzwinkern: warum es nicht nur Klinik-MVZs geben sollte...

Kardiologie

	Umsatz/Zulassung	Umsatz/Arzt	Gehalt/Arzt
Durchschnitt Klinik-MVZ	362.349 €	363.532 €	139.174 €
Durchschnitt niedergelassener Ärzte	571.210 €	571.210 €	keine Daten

Gastroenterologie

	Umsatz/Zulassung	Umsatz/Arzt	Gehalt/Arzt
Durchschnitt Klinik-MVZ	416.497 €	428.203 €	158.693 €
Durchschnitt niedergelassener Ärzte	680.140 €	680.140 €	keine Daten

Pneumologie

Umsatz/Zulassung	Umsatz/Arzt	Gehalt/Arzt	MFA/Ar
Durchschnitt Klinik-MVZ	416.466 €	337.503 €	132.384
Durchschnitt niedergelassener Ärzte	613.834 €	613.834 €	keine Date

- Mehr Umsatz = mehr Patientenfälle
 - Mehr Patientenfälle = mehr Termine
 - Mehr Termine = kürze Wartezeiten auf Ambulanztermine
- **längere Wartezeiten und weniger Ambulantisierung** sollte es nur noch Klinik-MVZs geben

Passiert das alles im Wettbewerb mit Kliniken?

Nein, es passiert **im Einklang mit Kliniken**. Die Leistungsbeziehungen sind komplementär, oftmals symbiotisch. Fokus auf Kernkompetenzen, große Chancen in echten Hybriden-Versorgungsformen. Ausgestaltung Level 1i Kliniken unklar aber vielleicht umsetzbar als ausreichend finanzierte Belegkliniken.

Es gibt **für alle mehr zu gewinnen als zu verlieren**, insbesondere den Patienten.

Danke für ihre Aufmerksamkeit!