

DAS NEUE NORMAL

Impuls | Zentralinstitut kassenärztliche Vereinigung

08. Nov 2023

Prof. Dr. med. Christian Wallwiener, Geschäftsführer



Dieses Mal scheint es ernst

70%

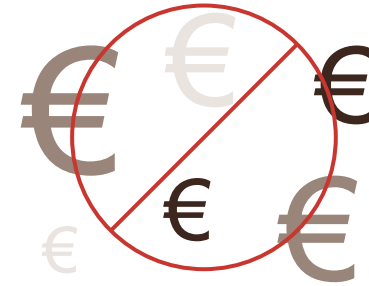
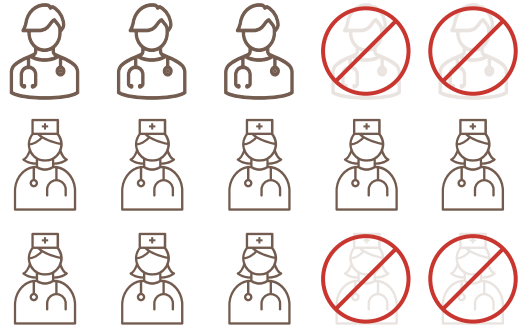
**erwirtschaften
ein Defizit in
2022**

96%

**erwarten eine
ökonomische
Krise in den
nächsten 5 Jahren**

40%

**haben bereits
jetzt signifikante
Liquiditäts-
engpässe**



**Stabiler operativer Kern im "New Normal" =
mittelfristig zur Verfügung stehende Kapazitäten
vs. mittelfristig sicher stationär zu versorgender
Bedarf**

Weg zum New Normal

-  Stationär abrüsten
-  Stationär aufrüsten
-  Portfolio-Abtausch
-  Fusionswellen & Zukaufen
-  „Umbau“ zu ambulant
-  Aufrüsten ambulant
-  Zukaufen ambulant
-  Aus ≥ 2 mach 1
-  KH „auffüllen“ (Reha, Pflege)
-  Regionale Command Center
-  Telemedizinnetze

...

Jetzt zu tun...

1. **Was könnte ich und was darf ich?** [sichere stationäre Bedarf, DMI, Marktpotenziale, ... // Cave: regionale Konsolidierung beachten, Träger-/Politikinteressen]
2. **Was kann ich, d.h. welches (prozessoptimiertes) Kapazitätsangebot kann ich überhaupt machen?** [Belegtage, OP-Minuten, ZNA-Kontakte]
3. **Was mache ich?** [Konsequenteres Einstellen von subkritischen Leistungsangeboten (Päd, Geb, Thorax, Nephro, ...)]
4. **Wie mache ich es?** [Steuerung 4.0 notwendig, VWD InEK-15/20%, tridirektionale Holding, DMI-Optimierung & integriertes Kapazitätsmanagement, organisatorische Steuerungsplattform, ...]
5. **Wie flankiere ich ambulant?**
6. **Wie bekomme ich das schlank?** [Klinisch: Reduktion von Dienstlinien, ungeliebte Themen (Schreibdienste), MTD-übergreifende Tätigkeiten, verlängerte Werkbank (Teleradio, Teleintensiv, ...) // nicht-klinisch: viel stärker „partnern“ bzw. digitalisiert bündeln/einsourcen]

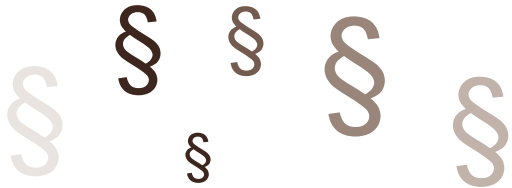
Unsere Leitgedanken...

1

**STABILER
operativer
KERN**

des Krankenhauses





2
**AMBULANTES
Spielbein
wird (HYBRIDES)
STANDBEIN**

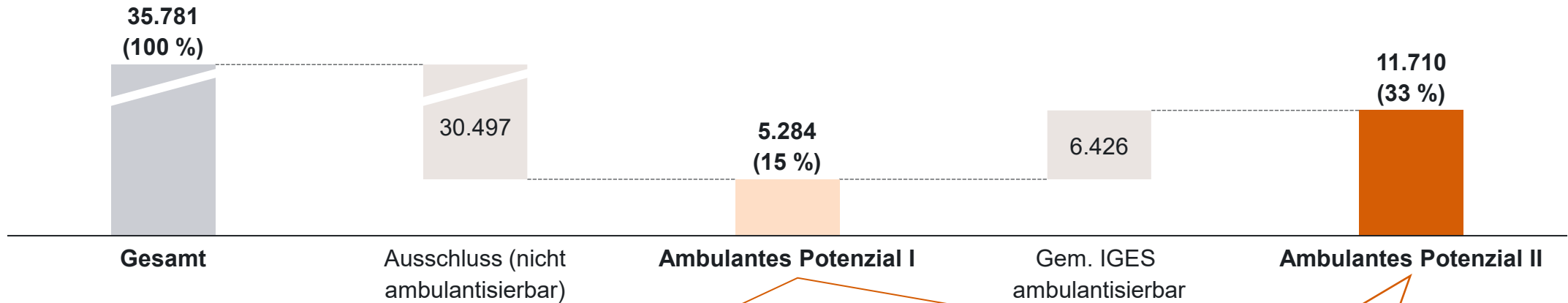




Filterung des §21-Datensatzes zur Identifizierung von Fällen mit ambulanten Potenzial ergibt ein Potenzial von 15-33 % aller Fälle

Ermittlung ambulantes Potential Gesamthaus & Methodik

Ambulantes Potenzial I und II⁽¹⁾ inkl. Konservative , Gesamthaus, 202x, in # Fälle



Identifikationskriterien ambulantisierbarer Fälle

- Entlassgrund: 1 und 2 („Behandlung regulär beendet)
- PCCL: 0
- VWD: 1,0 bis 2,0 Tage
- Alter: 12-75 Jahre
- AOP: Fälle mit AOP-OPS inkl. konservative Fälle mit amb. Potenzial gem. miralytik.hospital®-Filter⁽²⁾
- Komplexität: Keine frührehabilitative Komplexbehandlung/Reanimationsmaßnahme /intensivmedizinische oder neurologische Komplexbehandlung/Blutzellentransfusion/Beatmung

Alle Filter des ambulanten Potenzial I inkl. AOPs, die Teil des IGES Gutachtens sind



(1) Nach 2021 gültigem AOP Katalog, sowie noch nicht verabschiedetem IGES Gutachten (2) Einbezug, da konservative Behandlungen im bisherigen Berechnungsverfahren meist zu positiv in Bezug auf ambulantisierbare Fälle bewertet werden

Wir sehen uns einem drastischen Versorgungsmangel gegenüber

8%

der Ärzte haben
die Altersgrenze
von 66 Jahren
erreicht

15%

der Ärzte sind
zwischen 60 und
65 Jahre alt

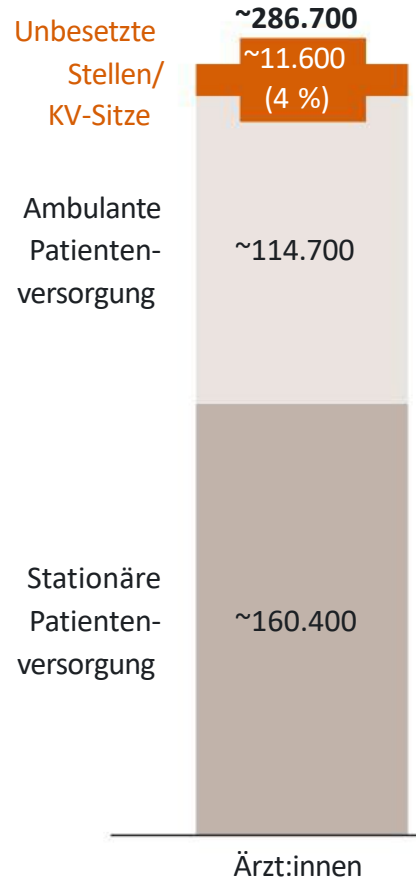
30 d

schon jetzt
Wartezeit auf
einen
Facharzttermin

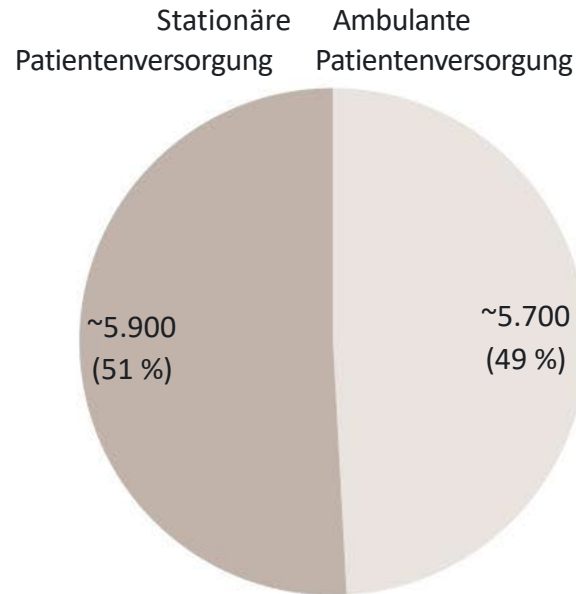
Bereits heute fehlen ~15.600 Ärzt:innen in der Patientenversorgung

Unbesetzte Stellen in der Patientenversorgung

Anzahl Ärzt:innen, in VK⁽¹⁾, 2022



Anzahl unbesetzter Stellen, in VK, 2022



Beim heutigen **Arbeitszeitanteil von ca. 74%** fehlen ca. **15.600 Ärzt:innen** in der Versorgung

- Bereits heute fehlen **rund 11.600 VK Ärzt:innen** in der Patient:innenversorgung in Deutschland
- Beim heutigen durchschnittlichen Arbeitszeitanteil von ca. 74% sind dies rund **15.600 fehlende Köpfe als Ärzt:innen** in der Patientenversorgung
- Rund **5.700 VK Ärzt:innen fehlen** in der **ambulanten Versorgung** – davon fast **75 %** im Bereich der **Hausärzte**
- Rund **5.900 VK Ärzt:innen fehlen** in der **stationären Versorgung**, wobei die gesunkenen Fallzahlen in den Krankenhäusern seit der Corona-Pandemie die Situation etwas entspannt hat

Quellen und Methodik

- **KBV** (Stand 2022): Ambulante Ärzt:innen, Niederlassungsmöglichkeiten; **GBE-Bund** (Stand 2021): Stationäre Ärzt:innen, Stationäre Fallzahlen; **Krankenhausbarometer** (Stand 2022): Unbesetzte stationäre Stellen

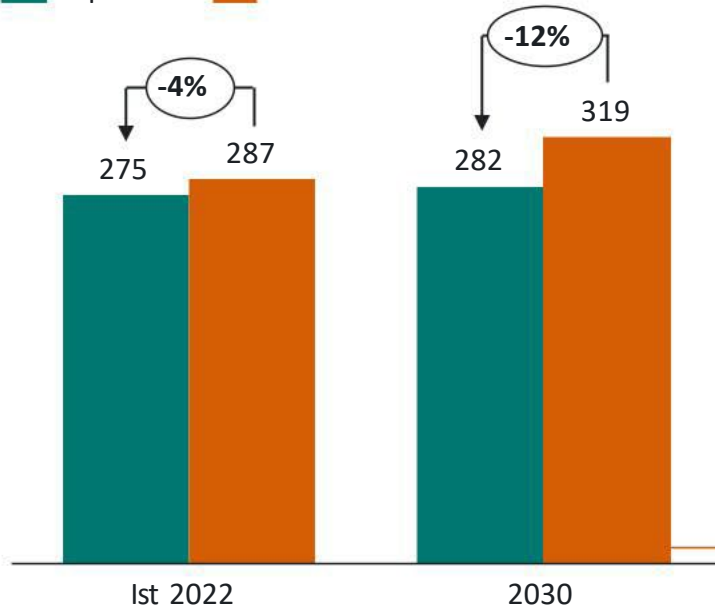
(1) Eine VK umfasst 40 Wochenarbeitsstunden

Bis 2030 fehlen rund 54 Tsd. Ärzt:innen – vor allem im ländlichen Bereich

Gegenüberstellung des zukünftigen Bedarfs und Kapazität von Ärzt:innen

Kapazität und Bedarf an Ärzt:innen, in VK⁽¹⁾

■ Kapazität ■ Bedarf

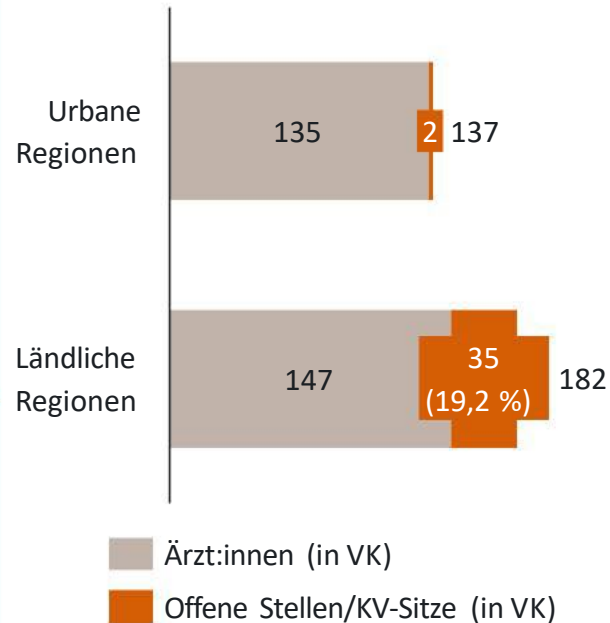


Fehlende Köpfe (in Tsd.) bei zu erwartender Entwicklung der Teilzeit-Inanspruchnahme

15,6

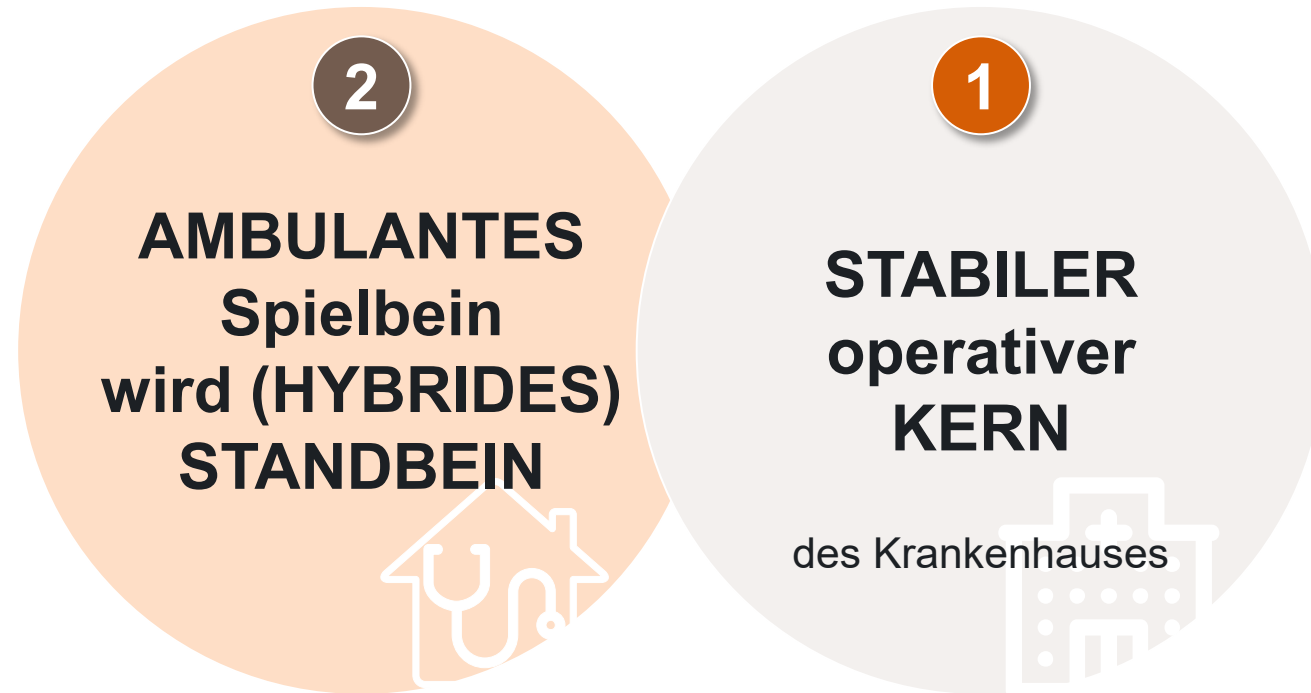
53,7

Mangel betrifft vor allem den ländlichen Raum - In 2030 werden knapp 20% der benötigten Stellen nicht besetzt sein



- Bis 2030 fehlen rund 54 Tsd. Ärzt:innen in der Gesundheitsversorgung, rund 12% der Stellen werden nicht besetzt sein
- Das Gefälle in den regionalen Versorgungsunterschieden zwischen den städtischen und ländlichen Bereichen Deutschlands wird sich dabei weiter ausdehnen
- Der Bedarf in ländlichen Regionen wird aufgrund der überproportionalen Alterung deutlicher zunehmen
- Zugleich werden – wenn keine gegensteuernden Mechanismen etabliert sind – die neuen Ärzt:innen ganz überwiegend in frei werdende Stellen in urbanen Regionen gehen
- Beide Effekte zusammen führen in ländlichen Regionen – neben der ohnehin schon heute deutlich größeren Anzahl fehlender Ärzte – zu einer Unterdeckung von ca. 20%

Unsere Leitgedanken...



Vielfältige Gründe:

// notwendig, um Vorhaltekosten zu decken

// regional notwendiger Bedarf ohne ambulante Alternativen

// fachliches Kontinuum ambulant-hybrid-stationär nicht ohne weiteres aufzuteilen

// regionale Bündelung in gestufter Versorgung sinnvoll

// ...

Jetzt zu tun (Sicht der Krankenhäuser)...

// Sehr hohe Geschwindigkeit bei den Krankenhäusern notwendig, um die wichtigen Leistungsthemen ambulant zu besetzen

// Bewertung und Definition welche Leistung proaktiv ambulantisiert werden soll und wo man auch in den Wettbewerb treten will

// Wunsch-Dir-was: AOP-Zentrum für Hybrid, MVZ komplementär zum Portfolio (und ggf. als ZNA-entlastende Alternative zur KV) + Ärztehaus zum „Abrunden“ bzw. für „Schnelldreher“

// Zügige (große) Kraftanstrengung nötig, um Infrastruktur und Organisation für die (auskömmliche/profitable) ambulante Versorgung (OPs, Katheter, ...) auf-/auszubauen

// Um den stationären Kern wieder „aufzufüllen“, müssen Ressourcen rund um die Kette ZNA-OP-Highcare priorisiert/geschaffen werden + VWD muss noch weiter runter auf InEK -15%, um Vorhaltung möglichst gut gegen zu finanzieren

// Regionaler Ab-/Austausch mit den anderen Krankenhäusern zwingend notwendig (Bündelung von ambulanten/Hybrid-Volumen & Auffüllen stabiler Kern)

Unsere Leitgedanken...



PLATZ | Freie Infrastruktur als Treiber von intersektoralen Modellen?



- Krankenhäuser erbringen **eigene Leistungen**, die typischerweise nicht von niedergelassenen Kollegen erbracht werden, weil zu komplex oder zu geringe Anzahl
- Im Bereich von Volumenleistungen ist man **i.d.R. nicht wettbewerbsfähig**
- **Krankenhaus als Infrastruktur-Serviceanbieter** für ambulante Kooperationspartner, insbesondere größere ambulante Gruppen
- Anzahl möglicher Kooperationspartner/Infrastrukturinvestoren steigt durch die **zunehmende Konsolidierung**
- Freie Krankenhaus-Infrastruktur kann für **andere stationäre Leistungen** genutzt werden, **z.B. Reha, außerklinische Intensivpflege**
- Leistungen werden entweder selbst oder durch einen Kooperationspartner erbracht, optionale Veräußerung der ungenutzten Fläche an spezialisierte Investoren

DIGITAL-AKZEPTANZ | Digitale Angebote untermauern Patientenpfad und sind "enabler" für regionale intersektorale &/ gestufte Zusammenarbeit

Auszug digitaler Anwendungen im Gesundheitswesen

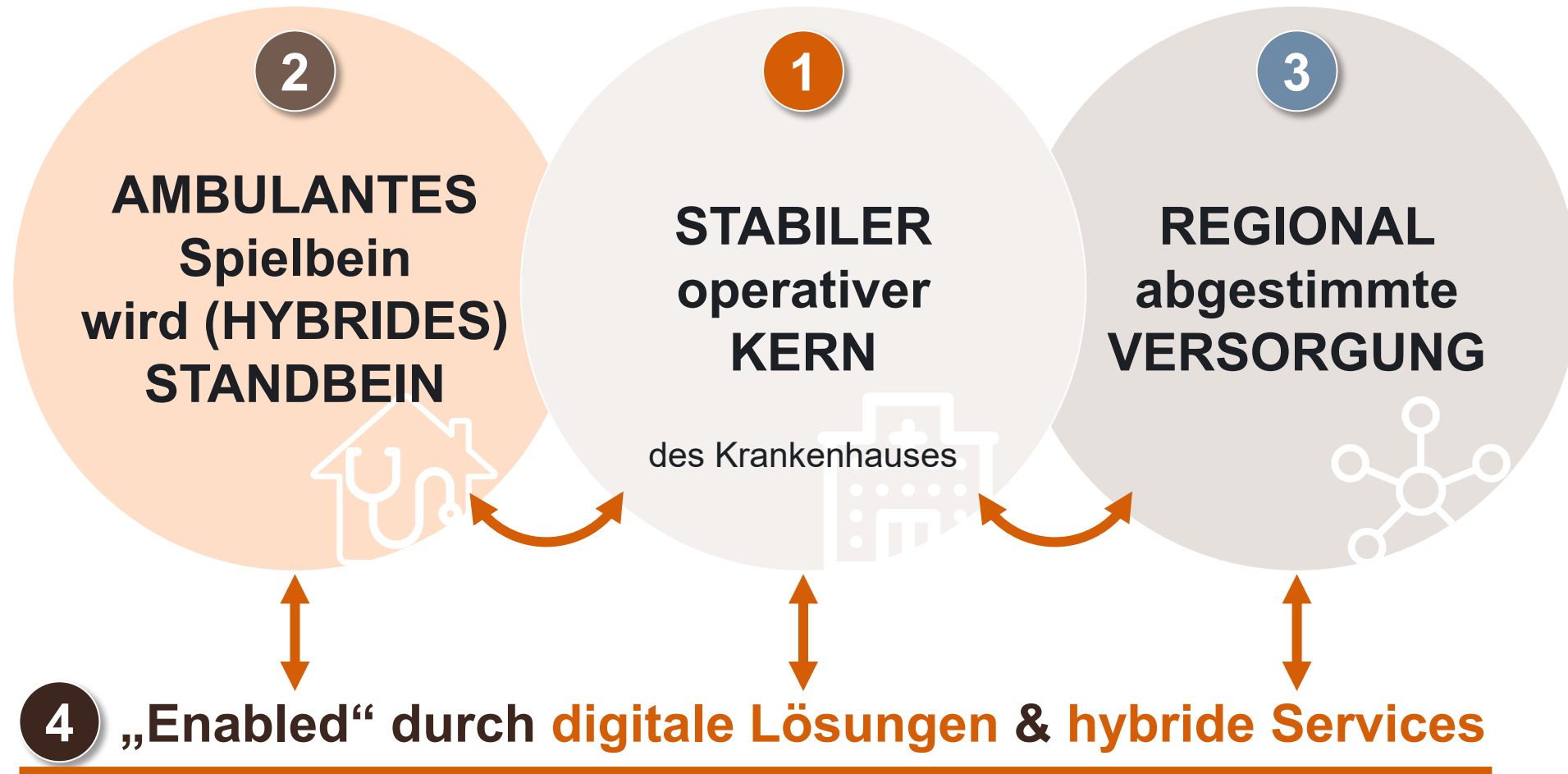
STATIONÄR <-> AMBULANT

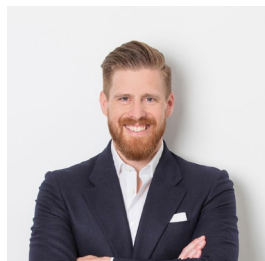


- Arztsuche und digitale Terminvergabe
- **Datenspeicherung, Archivierung und gemeinsame Nutzung**
- Admin. **Online-Patientenaufnahme** und Aufklärung

- Video-Sprechstunde mit Online-Anamnese, Online-Therapie, Rezeptaussstellung/ Krankschreibung
- Standortübergreifende Dienst- und Einsatzplanung
- Behandlung aufgrund **gemeinsamer "gestufter" digitaler Leitlinien**
- **Befund-as-a-service-Leistungen**, z.B. Radiologie
- **Telemedizin für gestufte Versorgungsmodelle**, z.B. Teleintensivstation, ZNA-Experten-Backup

- Fernüberwachung durch externe Geräte
- **Regionales Compliance-Management** bzw. digitale Nachsorge
- **Entlassmanagement** in Nachsorge entlang **definierter Patientenpfade**





Prof. Dr. Christian Wallwiener
Managing Director

christian.wallwiener@wmc-
healthcare.de
+49 151 571 68941

WMC HEALTHCARE GmbH
Healthcare aus Leidenschaft

Friedrichstraße 1 a | 80801 München

+49 89 2620840
kontakt@wmc-healthcare.de
www.wmc-healthcare.de