



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Wertschöpfung im Gesundheitswesen – Was bringt eine bessere multiprofessionelle Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe?

6. Tag der Gesundheitsberufe
Wien, 7. April 2016

Prof. Dr.oec. Bernhard Güntert
curafutura, Bern / UMIT, Hall i.T. (Austria)

Themen

1. Wertschöpfung – eine neue Perspektive auf das Gesundheitswesens?

2. Betriebliche Wertschöpfung und Prozessmanagement

3. Wertschöpfung auf der Systemebene

4. Wertschöpfung entsteht durch Zusammenarbeit

5. Gelingende Wertschöpfung erfordert multirationales Management

Summe aller Wertschöpfungen

=

Wert des Endproduktes

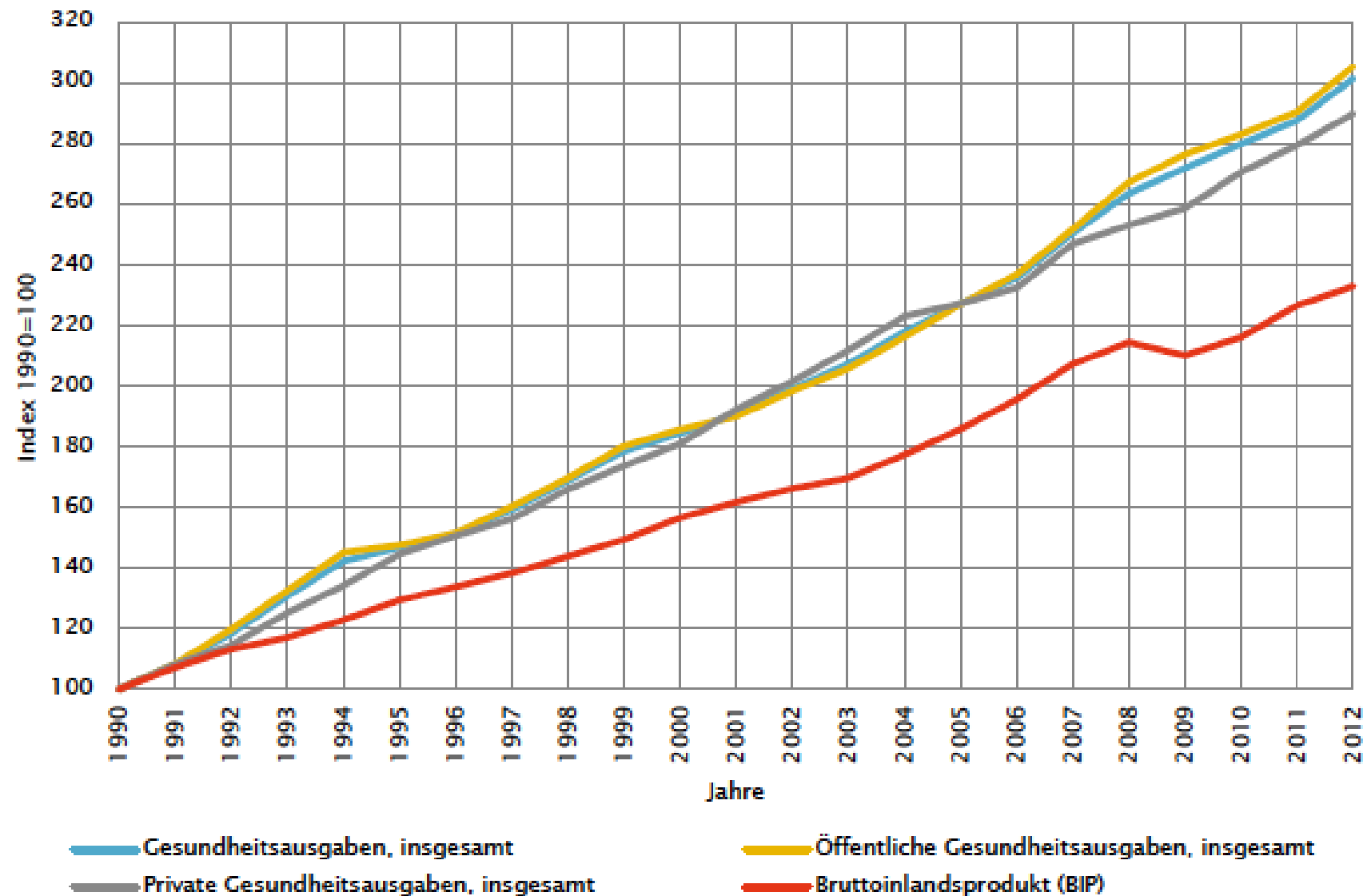


- Traditionelle ökonomische Sichtweise auf das Gesundheitswesen
- Was heisst Wertschöpfung?
- Die Perspektive der Health Professionals
- Die Perspektive der Ökonomen
- Was kann die Perspektive Wertschöpfung nicht?

1. Wertschöpfung – eine neue Perspektive auf das Gesundheitswesens?

Abbildung 2.2:

Österreich: Entwicklung der Gesundheitsausgaben und des Bruttoinlandproduktes (nominell), 1990–2012, indexiert (1990=100)



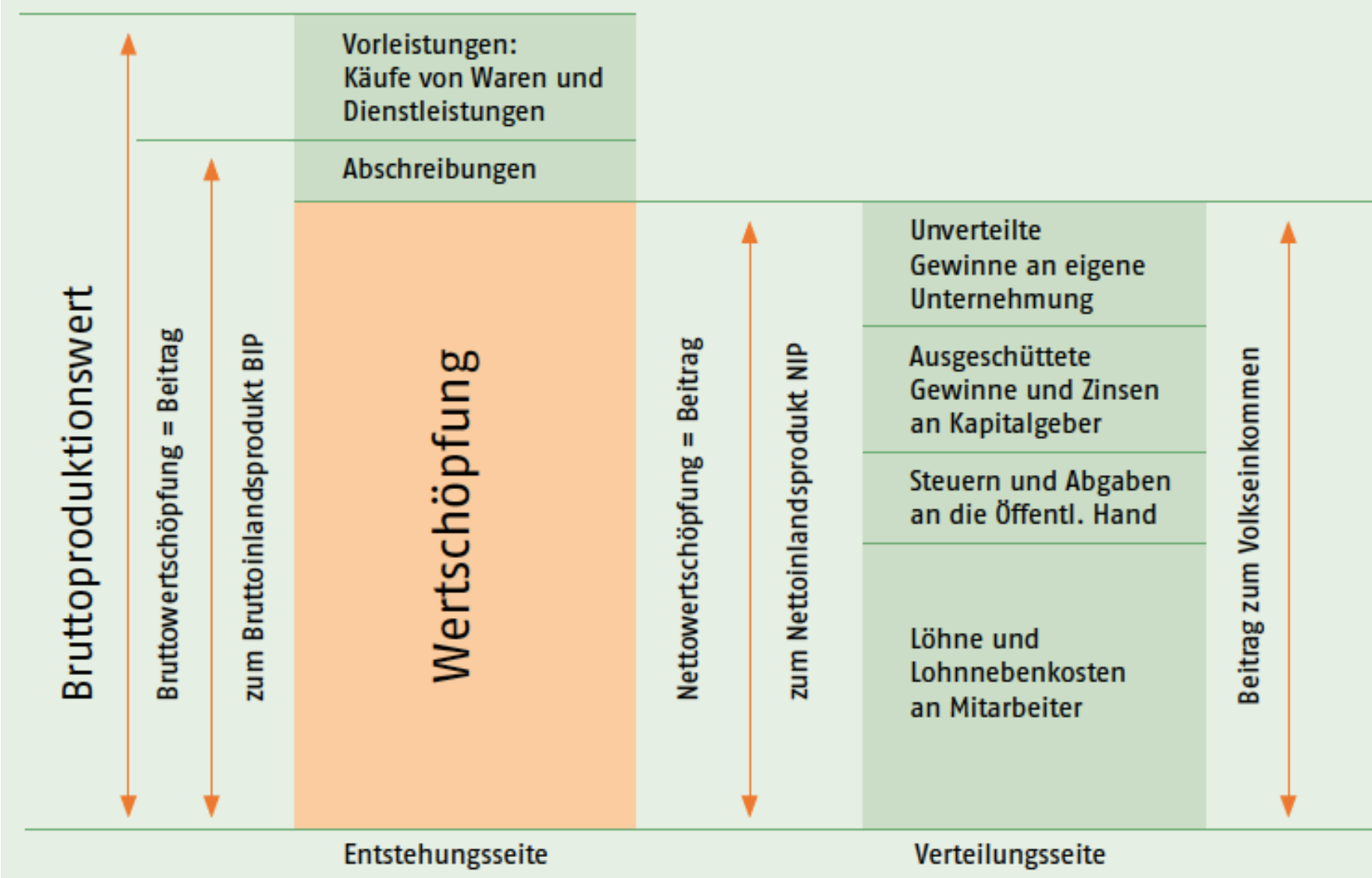
Quelle: Statistik Austria (2015), Darstellung: GÖG/ÖBIG

Das Konzept der Wertschöpfung

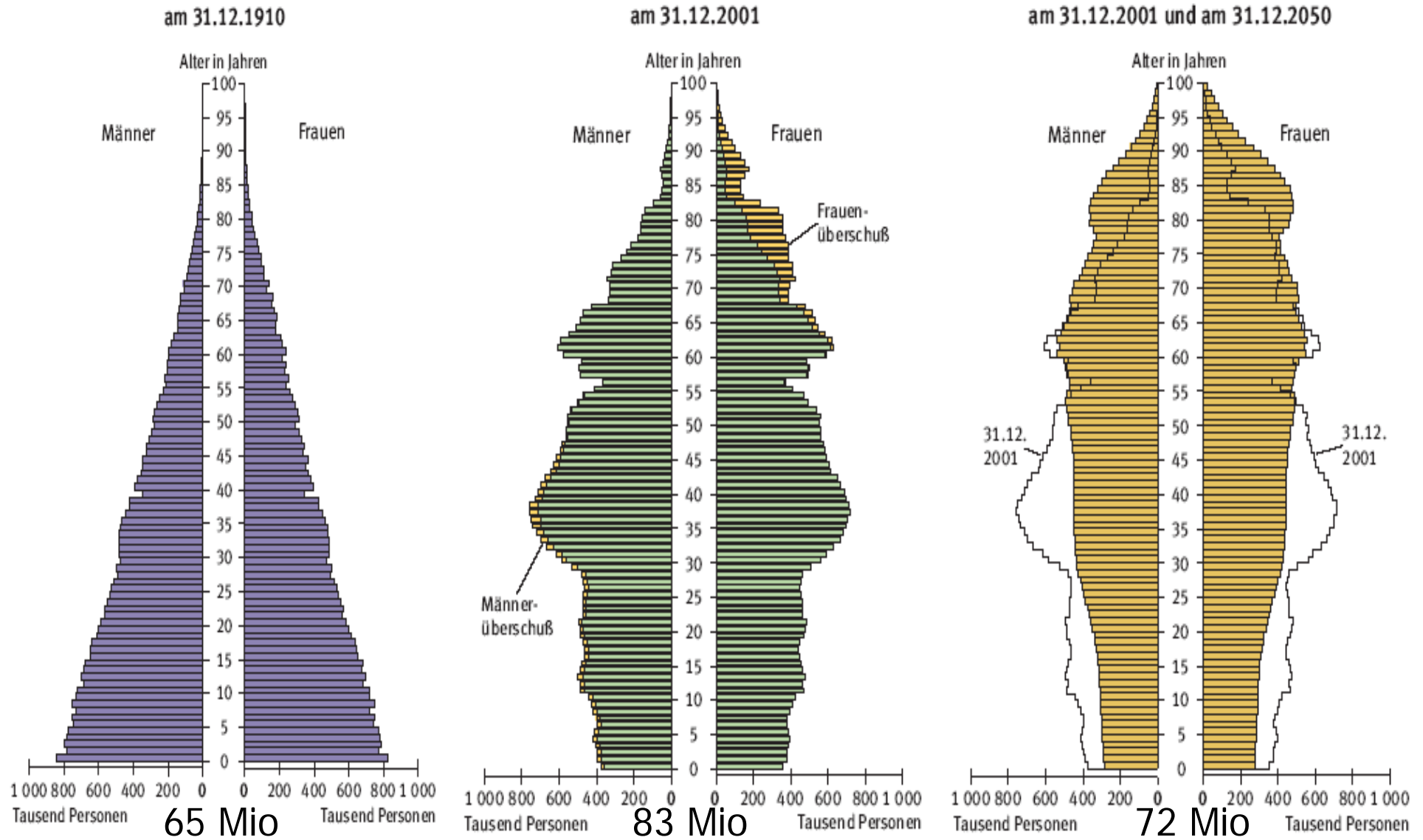
Summe aller Wertschöpfungen
=
Wert des Endproduktes



Verfahren zur Schätzung der (ökonomischen) Wertschöpfung



Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland



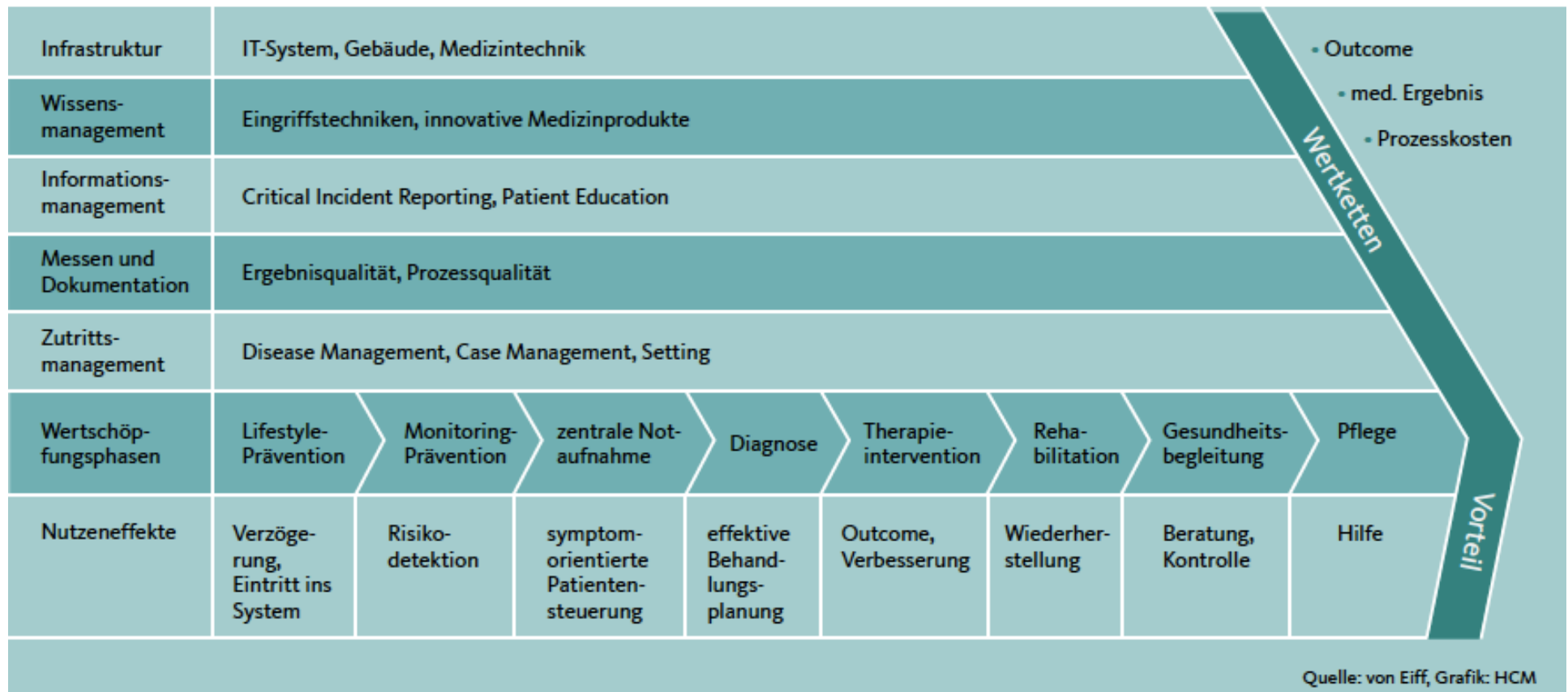
- Wertschöpfung als Basis für Prozessmanagement
- Wertschöpfungsketten in Gesundheitsorganisationen
- Prozessmanagement in Gesundheitsorganisationen – eine Notwendigkeit unter LKF
- Clinical Pathways – das Prozessmanagement der Health Professionals
- Prozessmanagement als Instrument zur Koordination von Professionen und Ressourcen

2. Betriebliche Wertschöpfung und Prozessmanagement

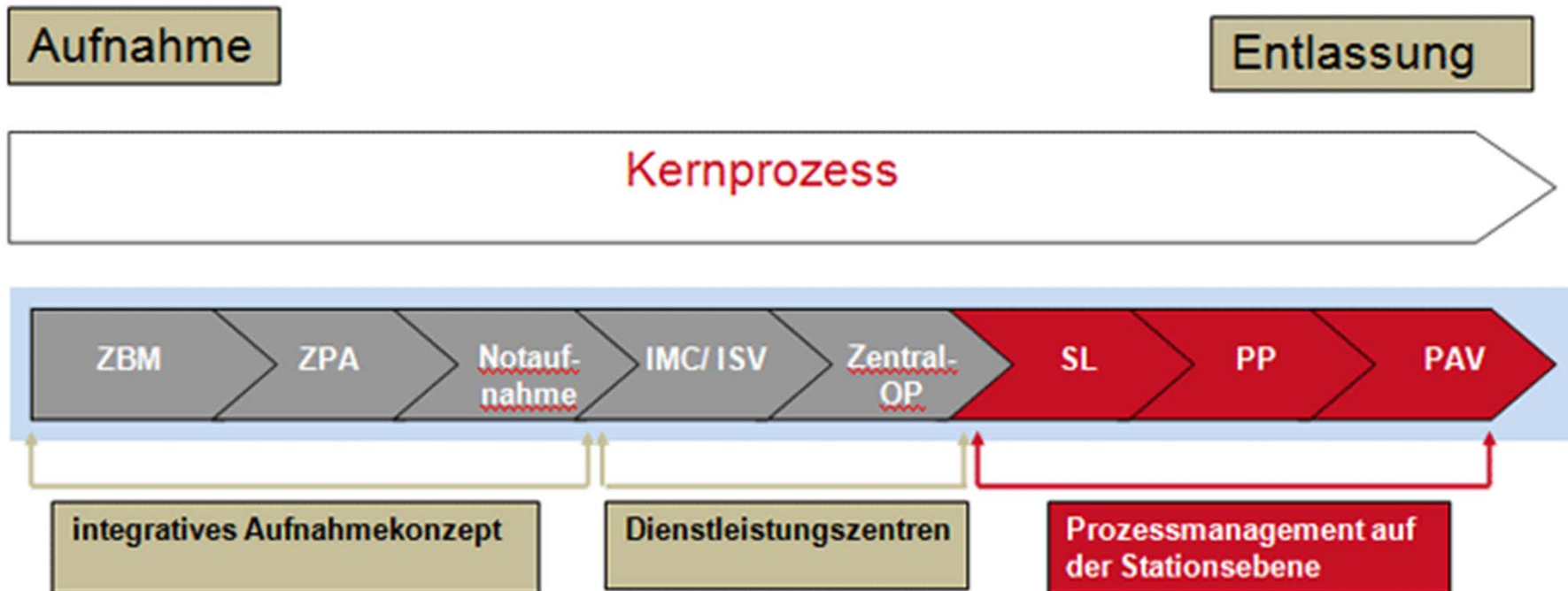
Betriebliche Wertschöpfungskette nach M.Porter



Wertschöpfungskette im Krankenhaus



Prozessmanagement in der Leistungserstellung

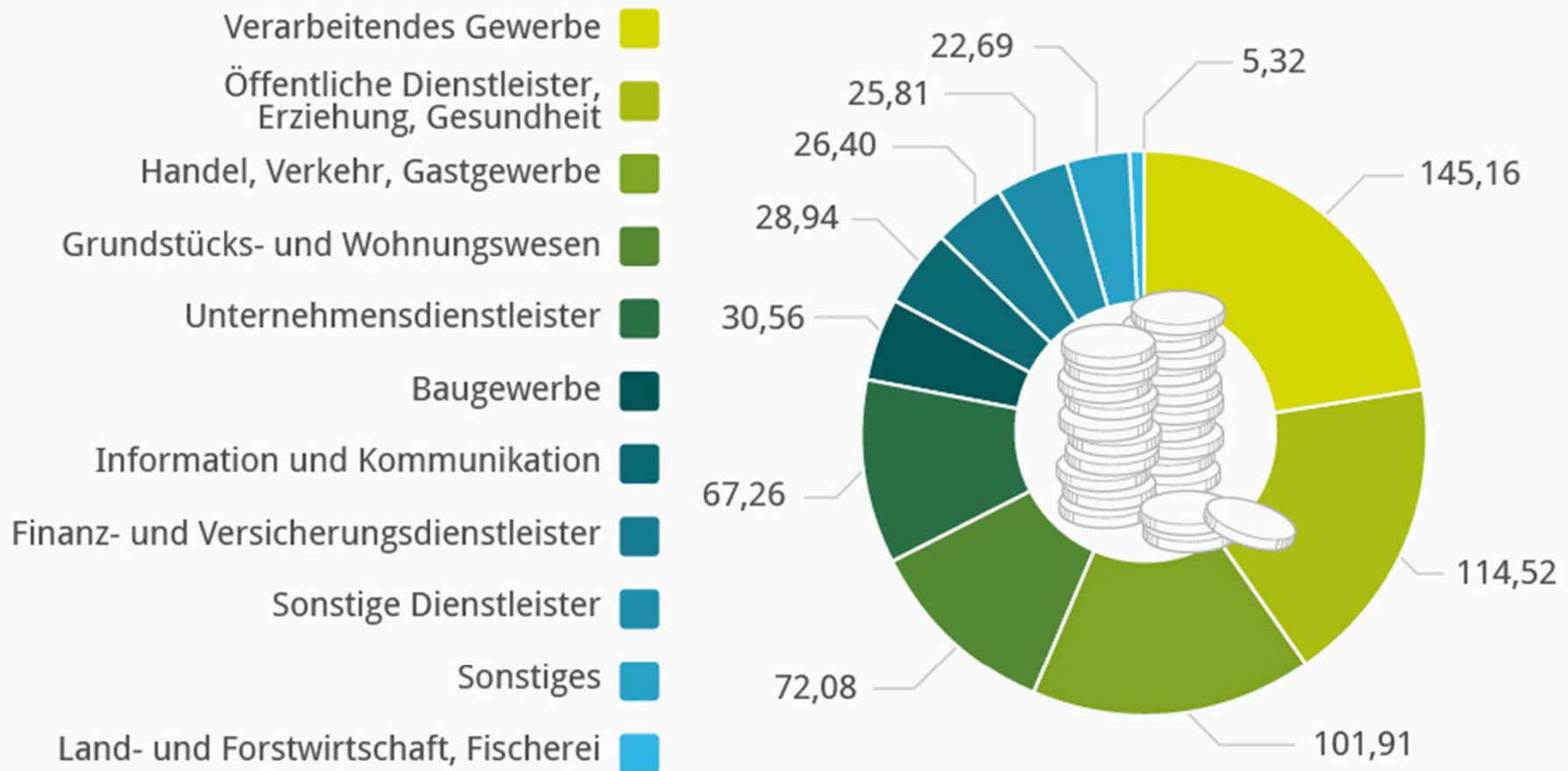


- Schätzung der Wertschöpfung auf Systemebene
- Voraussetzung: Gesundheitssatellitenkonto
- Direkte und indirekte Wertschöpfung soll erfasst werden
- Regionalpolitisch wichtige Aussagen
- Wertschöpfungsanalyse fokussiert noch auf Sektoren
- Wertschöpfungsketten auf Basis der Patientenkariere

3. Wertschöpfung auf der Systemebene

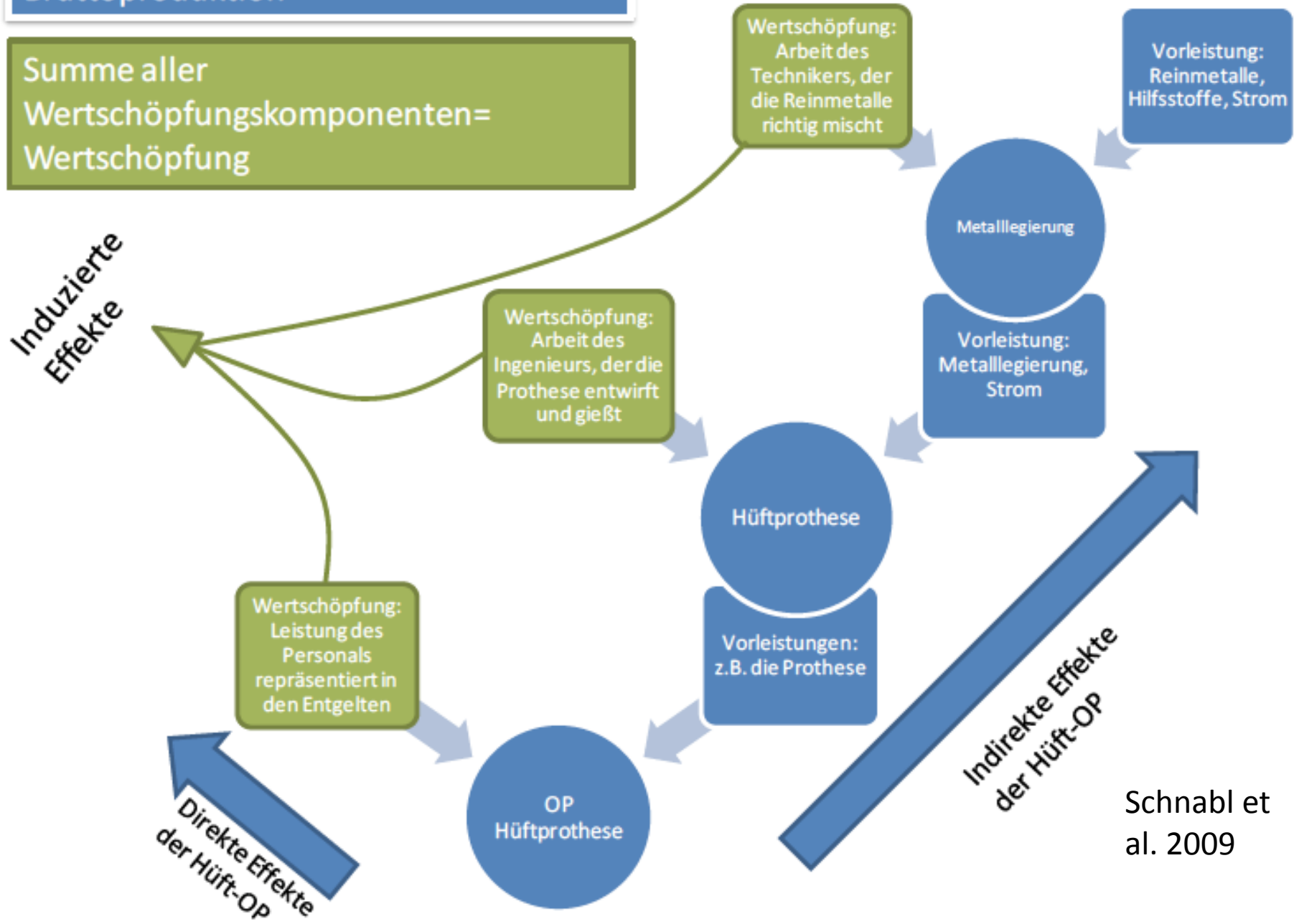
Wo Deutschlands Wertschöpfung stattfindet 2. Quartal 2014

Bruttowertschöpfung im zweiten Vierteljahr 2014 nach Wirtschaftsbereichen in Milliarden Euro



Summe aller Produktion =
Bruttoproduktion

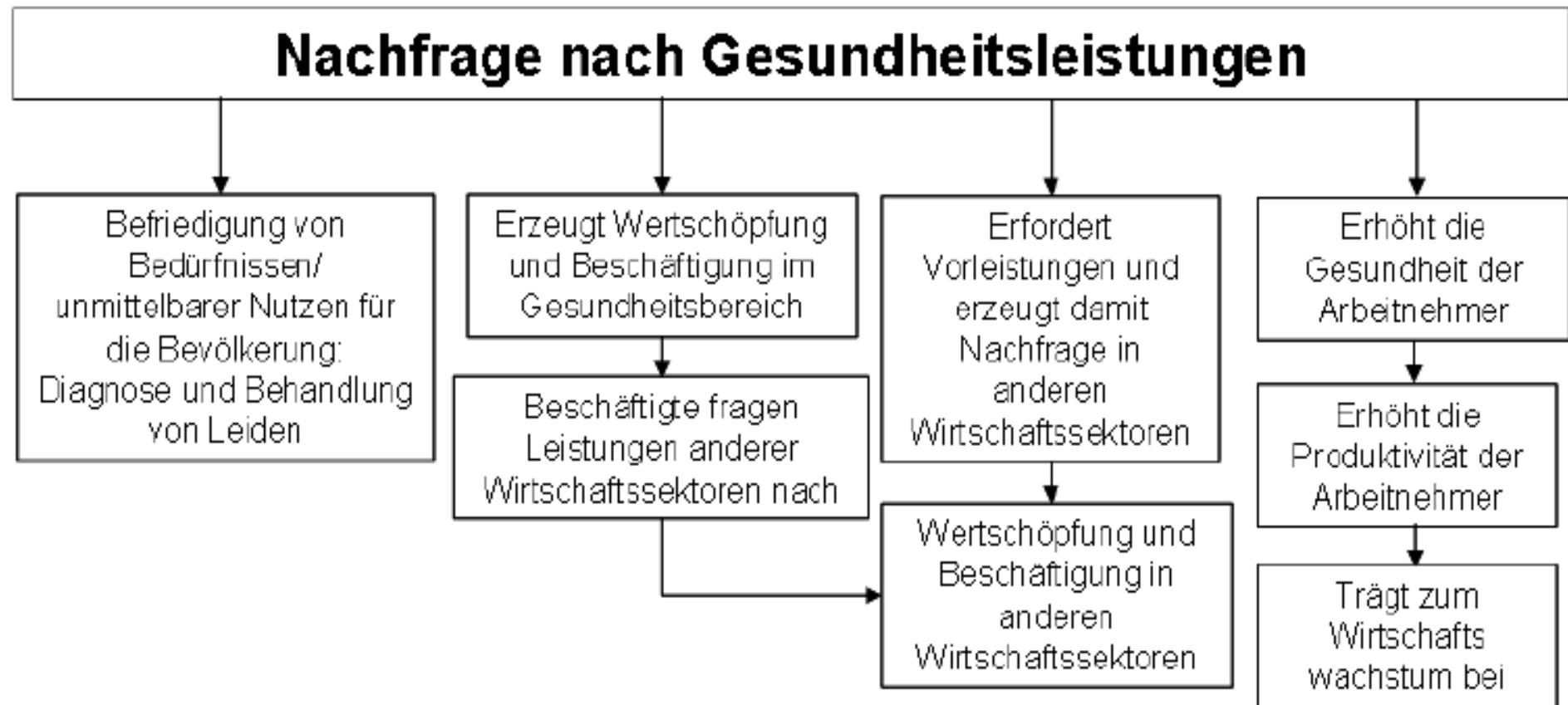
Summe aller
Wertschöpfungskomponenten =
Wertschöpfung



Schnabl et al. 2009

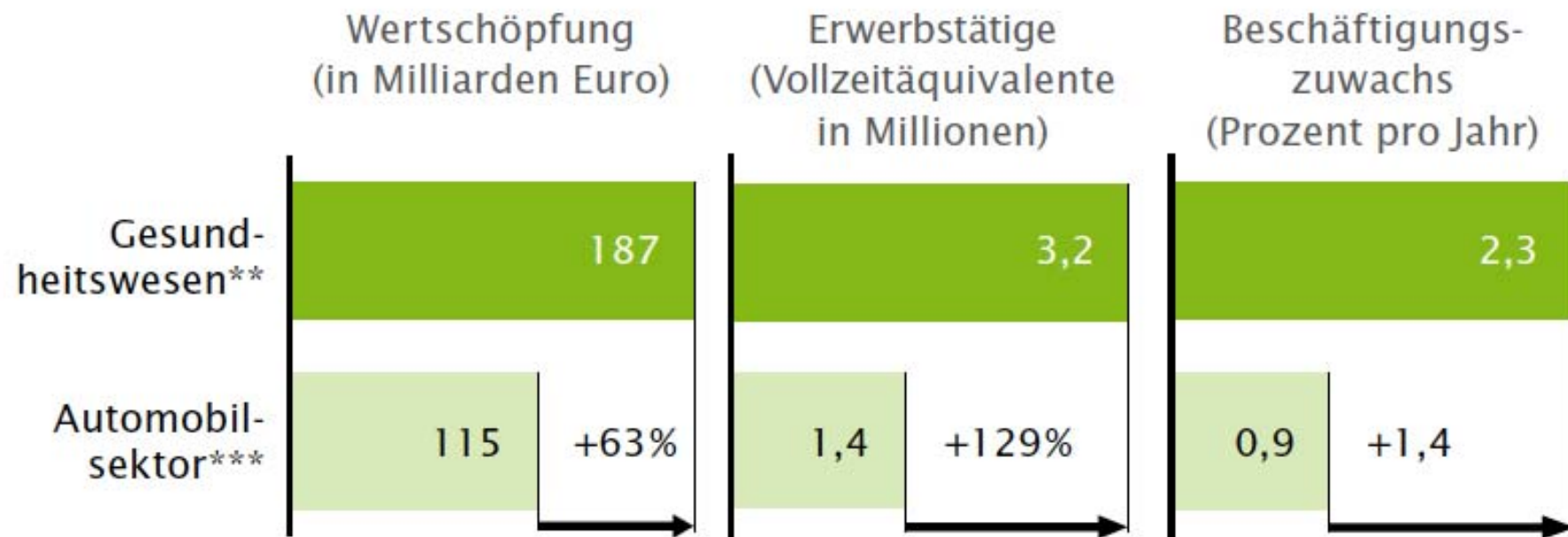
Direkte und indirekte Wertschöpfung des Gesundheitswesens

Abbildung 1: Effekte der Gesundheitsnachfrage



Quelle: Pock et al. (2010).

Abbildung 1: Vergleich des Gesundheitswesens mit dem Automobilsektor in Deutschland*



Quelle: McKinsey „Deutschland 2020“

* Stand 2008; Daten für 2006 beziehungsweise für den Zeitraum seit Anfang/Mitte der 1990er-Jahre

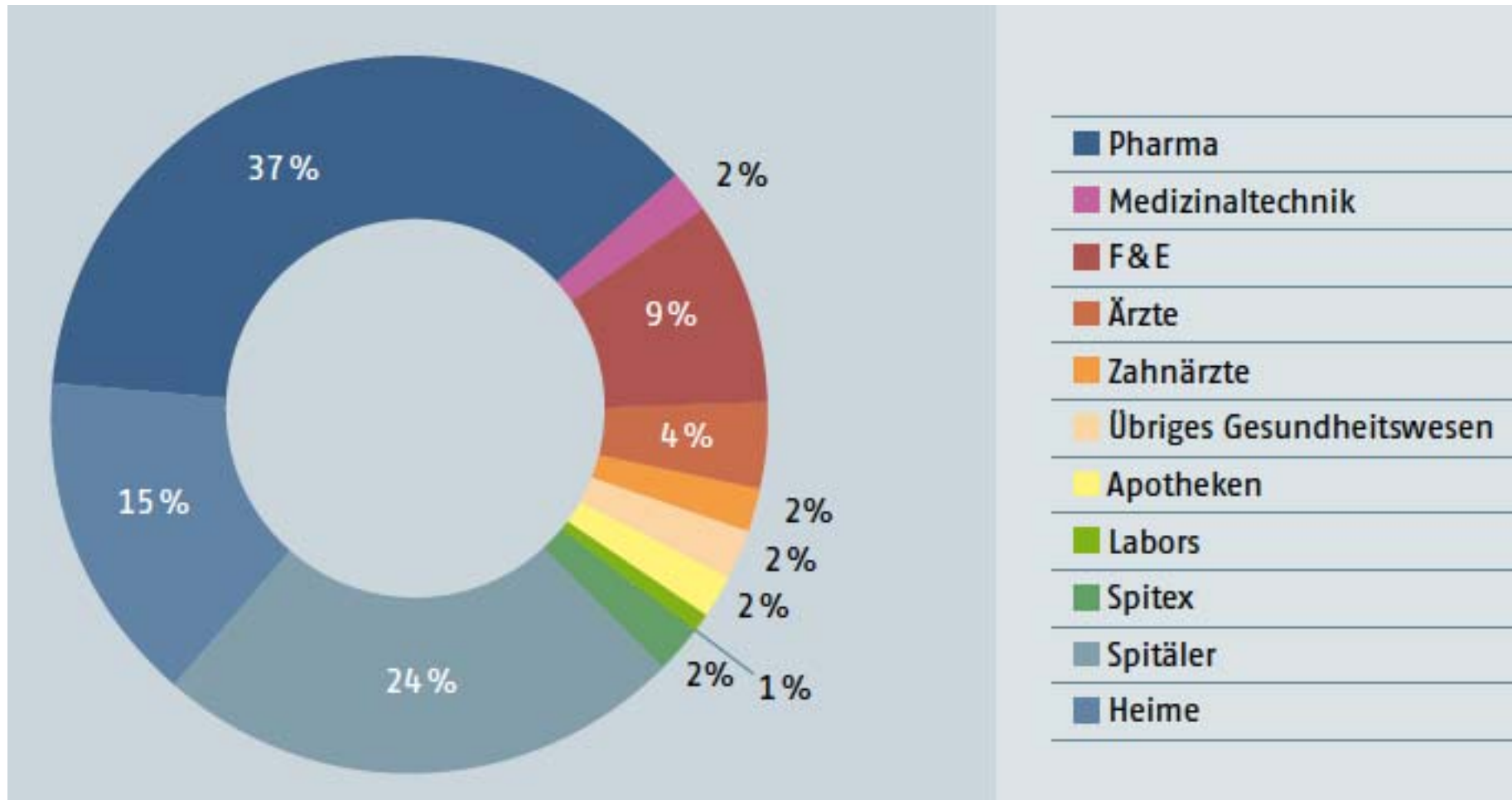
** einschließlich Pharma, Medizintechnik, Krankenversicherungen

*** einschließlich Handel und Werkstätten

Wertschöpfung der Gesundheitswirtschaft in Basel

Branche	Vollzeitäquivalente 2011 (FTE)	Wertschöpfung 2011 (Mio. CHF)	Arbeitsproduktivität 2011 (CHF)
Pharma	22'100	8'700	395'400
Medizinaltechnik	1'300	200	178'600
Forschung & Entwicklung	5'500	1'200	219'000
Total Life Sciences Industrie	28'900	10'100	352'000
Apotheken	900	100	96'000
Freipraktizierende Ärzte, Zahnärzte, Medizinalpersonen und Medizinische Labors	5'500	750	132'500
Spitex	1'200	100	85'000
Spitäler	14'400	1'500	104'000
Heime	9'200	850	93'100
Total regionale Gesundheitsversorgung	31'200	3'300	104'800
Gesundheitswirtschaft	60'100	13'400	223'600
Total Nordwestschweiz	282'300	45'100	159'800

Wertschöpfung der Gesundheitsindustrie in Basel



- Wertschöpfung auf der Systemebene wird geschätzt
- Voraussetzung ist ein Gesundheitssatellitenkonto
- Direkte und indirekte Wertschöpfung soll erfasst werden
- Regionalpolitisch wichtige Aussagen
- **Wertschöpfungsanalyse fokussiert noch auf Sektoren**
- **Wertschöpfungsketten auf Basis der Patientenkarriere**

3. Wertschöpfung auf der Systemebene

- Patientenversorgung ist arbeitsteilig
- Versorgung der Patientenkarriere noch mehr
- Veränderungen der Wissensgebiete und der Technologien: Spezialisierung
- Professionalisierung erfordert heterarchische Entscheidungsstrukturen (neues Vertrauensprinzip)
- Abgestufte Versorgungssysteme
- Koordinationsstezialisten: Care oder Case Manager

4. Wertschöpfung entsteht durch Zusammenarbeit

Berufe im Detail:

Apothekerin/Apotheker
Ärztin/Arzt
Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin
Biomedizinische/r Analytikerin/Analytiker
Diätologin/Diätologe
Ergotherapeutin/Ergotherapeut
Fachärztin/Facharzt
Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger
Gesundheitspsychologin/-psychologe
Hebamme
Heilmasseurin/Heilmasseur
Kardiotechnikerin/Kardiotechniker
Kinderkrankenschwester/-pfleger
Klinische/r Psychologin/Psychologe
Logopädin/Logopäde
Medizinische Masseurin/Medizinischer Masseur
Musiktherapeutin/Musiktherapeut
Notfallsanitäterin/Notfallsanitäter
Orthoptistin/Orthoptist
Pflegehelferin/-helfer
Physiotherapeutin/-therapeut
Psychiatrische/r Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger
Psychotherapeutin/-therapeut
Radiologietechnologin/Radiologietechnologe
Rettungssanitäterin/Rettungssanitäter
Sonderausbildungen – Gesundheits- und Krankenpflege
Tierärztin/Tierarzt
Zahnärztin/Zahnarzt

Medizinische Assistenzberufe:

Desinfektionsassistentin/-assistent
Gipsassistentin/-assistent
Laborassistentin/-assistent
Medizinische/r Fachassistentin/-assistent
Obduktionsassistentin/-assistent
Operationsassistentin/-assistent
Ordinationsassistentin/-assistent
Röntgenassistentin/-assistent
Zahnärztliche/r Assistentin/Assistent

Nicht erfasst sind die
Gewerblichen Gesund-
heitsberufe wie:

- Orthopädietechniker
- Orthopädische
Schuhmacher
- Optiker
- Hörakustiker
- Zahntechniker

usw.

- Professionalisierung führt zu unterschiedlichen Perspektiven, Rahmenbedingungen, Voraussetzungen, Leistungen, Standards = Rationalitäten
- Multirationalität ist charakteristisch für das Gesundheitswesen
- Multirationalität ist konfliktbeladen
- Multirationalität erfordert bewusste Auseinandersetzung
- Multirationalität muss auf mehreren Ebenen ansetzen

5. Gelingende Zusammenarbeit erfordert multirationales Management

Multirationalität am Beispiel Spital



Medizin

Öffentlichkeit



Therapie?

Ethik?

Management?

PR?



Pflege

Verwaltung



DRGs?

In Anlehnung an Mintzberg

Praktiken im Umgang mit multiplen Rationalitäten

Bewusster Umgang	Isolation: Suche nach monorationalen Kontext	Kompetenz: Befähigung zum multirationalen Handeln
Unbewusster Umgang	Vermeidung: Implizite Dominanz einer Rationalität	Toleranz: Intuitive Vermittlung zwischen den Rationalitäten
	Monorational/ zentristisch	Multirational/ relativistisch

Umsetzung von Skill Mix: ein Mehrebenensystem

	Voraussetzungen	Umsetzung
Systemebene	<ul style="list-style-type: none">– langfristige Perspektive– Politische Änderungsbereitschaft	<ul style="list-style-type: none">– gesetzlicher Rahmen– Tarifsysteem– Abrechnungsberechtigung– Ausbildungssystem– Entlöhnungssystem
Professionsebene	<ul style="list-style-type: none">– langfristige Perspektive– Systemverständnis– Patienteninteresse– Verhandlungsbereitschaft	<ul style="list-style-type: none">– Berufsbilder– Guidelines– Kompetenzdelegation
Organisationsebene	<ul style="list-style-type: none">– Ressourcenprobleme– langfristige Perspektive– Vertrauen– Modellversuche	<ul style="list-style-type: none">– Behandlungspfade mit Verantwortlichkeiten– Informations- und Dokumentationssysteme– Kommunikation
