INTERNATIONAL DIALOG COLLEGE AND RESEARCH INSTITUTE

WILHELM LÖHE HOCHSCHULE

Die Sicht der Gesundheitswirtschaft: Gesundheit, Alter und Pflege als Zukunftsmärkte

Dialogforum: Zukunft Land- Land der Zukunft

Evangelische Akademie Tutzing, 5. September 2014

Jürgen Zerth
Wilhelm Löhe Hochschule, Fürth
International Dialog College and Research Institute (IDC)

Eine Gründung der Diakonie Neuendettelsau

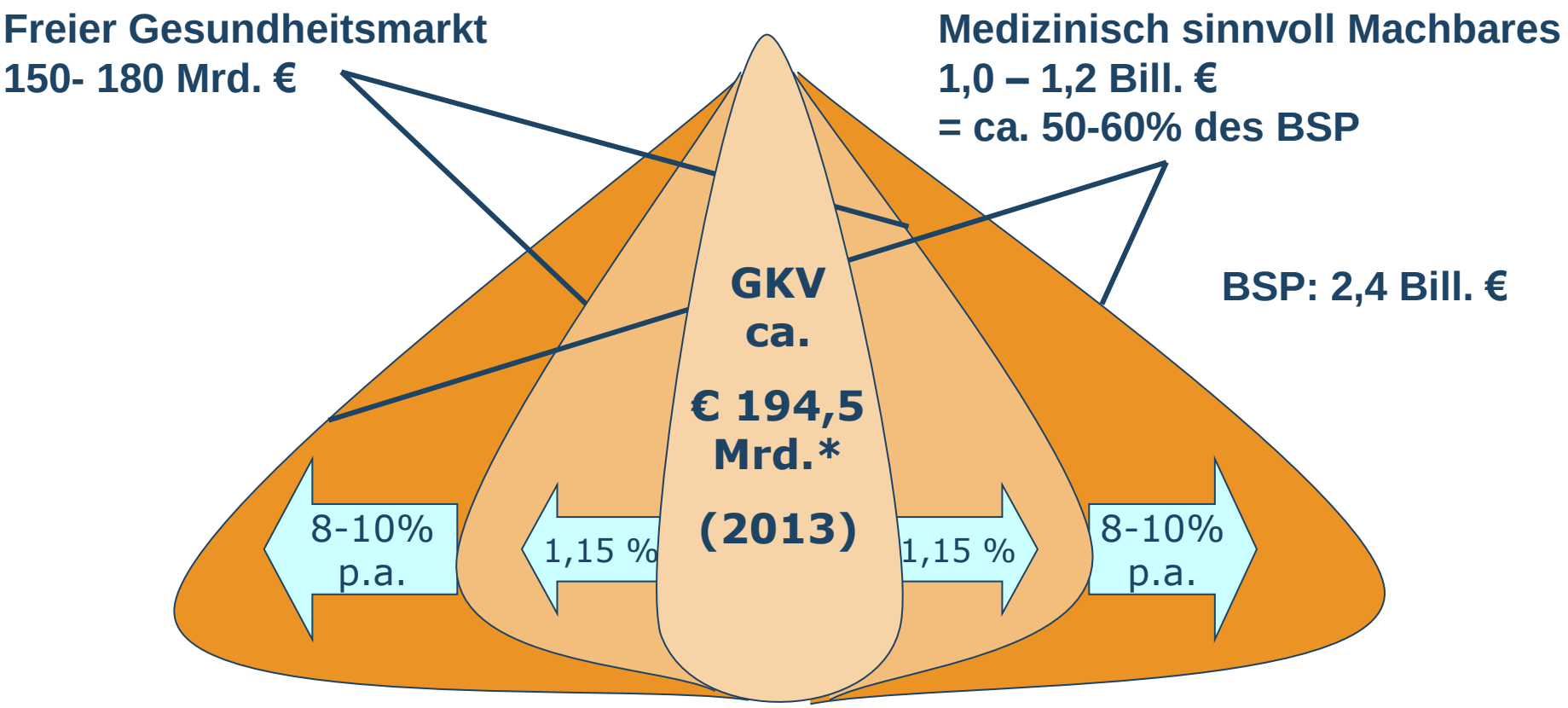
Thesen zur Gesundheitsversorgung der Zukunft

- These 1: Gesundheitswirtschaft wird weiter wachsen
- These 2: Die Organisation und Arbeitsteilung von Gesundheit und Pflege orientiert sich am Patientenpfad der Versorgung
- These 3: Standardisierung und Individualisierung der Gesundheitsversorgung führt zu veränderten professionellen und räumlichen Versorgungsstrukturen

Thesen zur Gesundheitsversorgung der Zukunft

- These 1: Gesundheitswirtschaft wird weiter wachsen
- These 2: Die Organisation und Arbeitsteilung von Gesundheit und Pflege orientiert sich am Patientenpfad der Versorgung
- These 3: Standardisierung und Individualisierung der Gesundheitsversorgung führt zu veränderten professionellen und räumlichen Versorgungsstrukturen

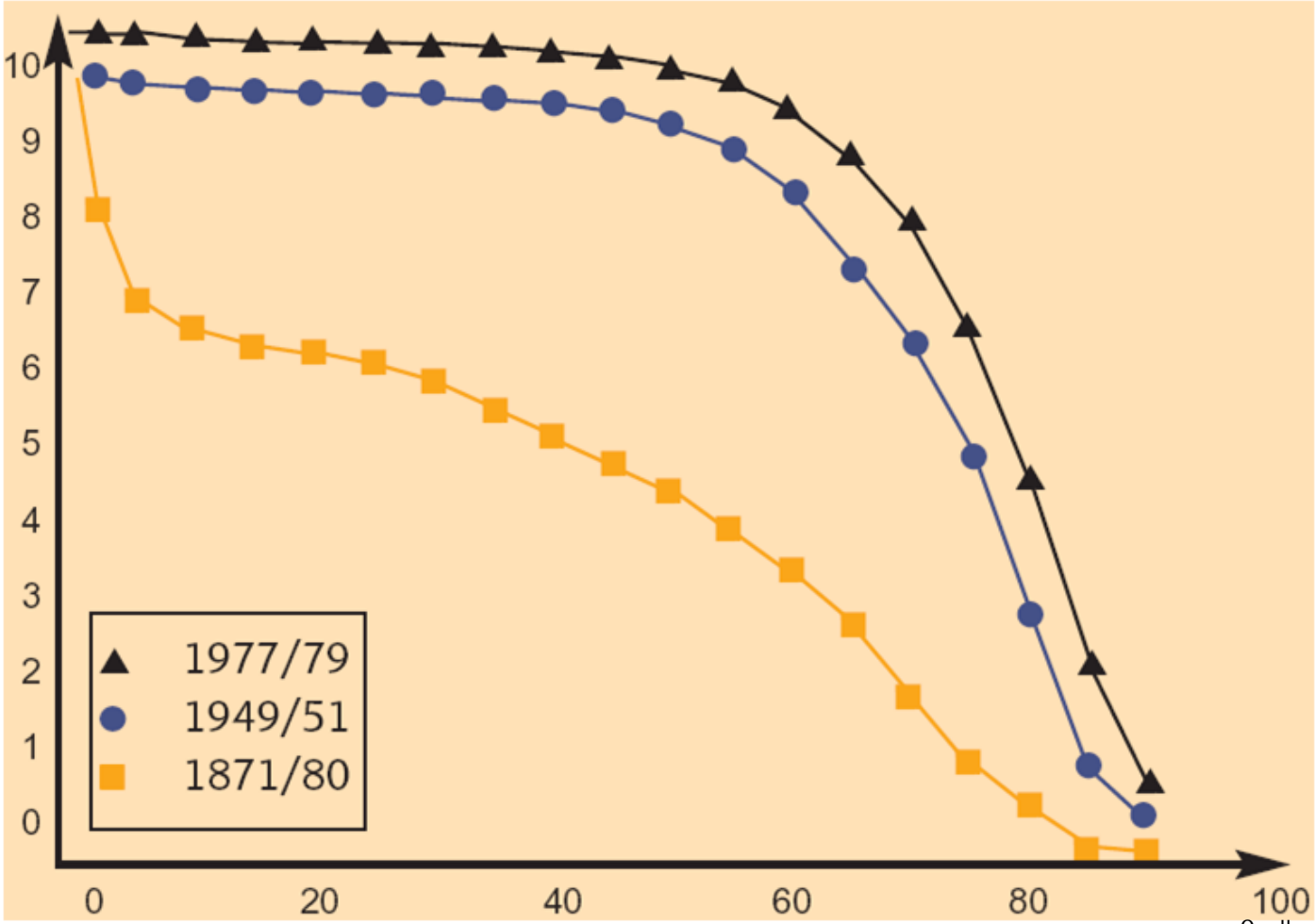
Gesundheitssektor als Wachstumsmarkt



Gesundheitsmarkt 2013 insgesamt: 290 – 320 Mrd. € (14% - 16 % des BSP)

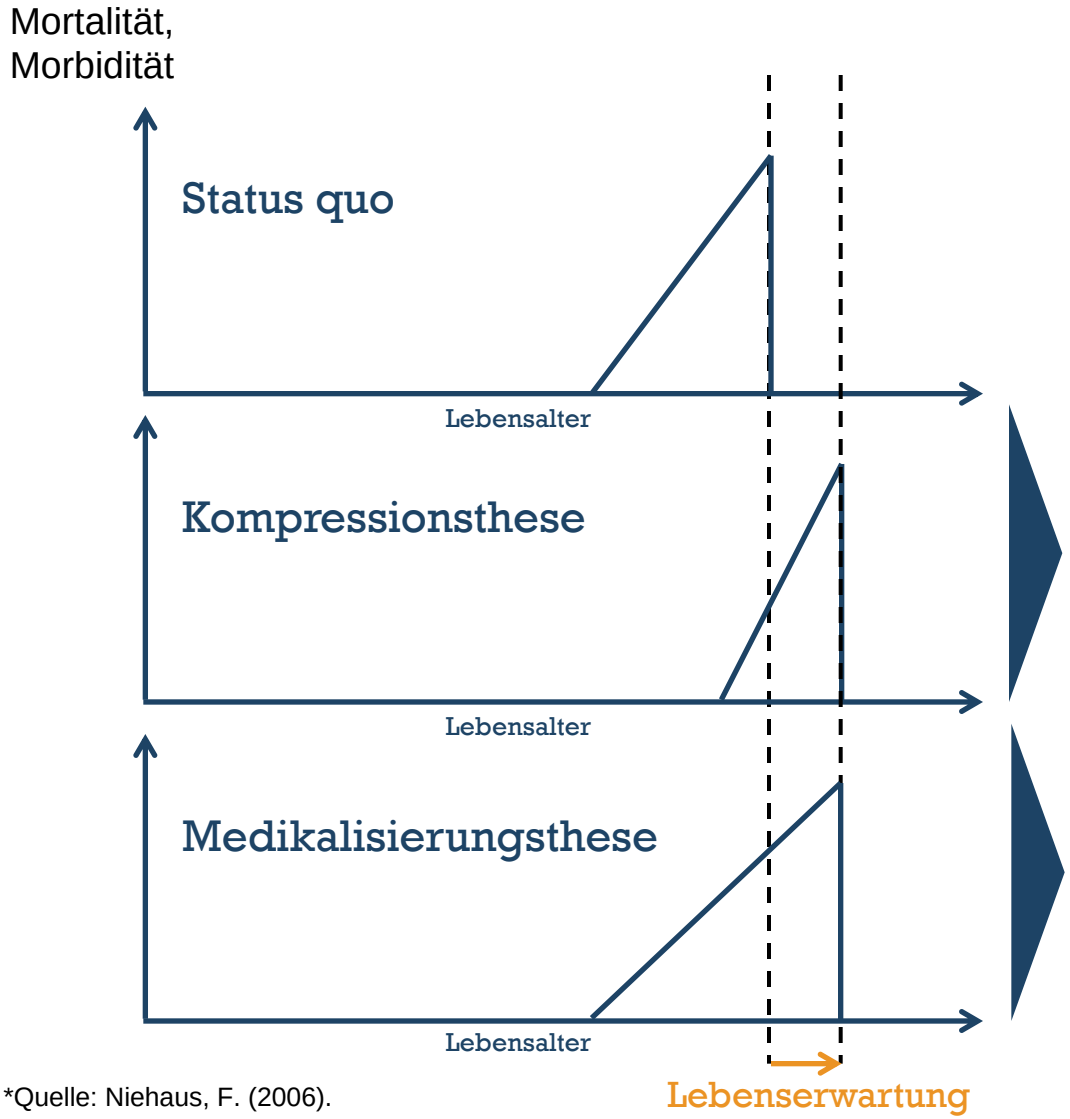
*Quelle: Schätzung, Bundesversicherungsamt 2012

Rektangularisierung der Überlebenskurve



Quelle c. f. Zweifel 2001

Was treibt die Gesundheitsausgaben?



- Die Anzahl der in Krankheit verbrachten Lebensjahre bleibt konstant
- Die Anzahl der in Gesundheit verbrachten Lebensjahre steigt
- Der durchschnittliche Gesundheitszustand über ein Leben verbessert sich damit

- Teilsubstitution (innerhalb einer Lebensspanne) von Sterberisiko durch Krankheitsrisiko
- Zunahme von Vielfacherkrankungen und Pflegebedarfe in der Zeit
- Gesundheitsausgaben steigen mit zunehmender Bedeutung chronischer Krankheiten

*Quelle: Niehaus, F. (2006).

Konsequenz: Patientenorientierte Versorgung

früher

Sektorale
Struktur der Versorgung
und des Lebens

Versorgung,
Organisation

jetzt

Orientierung am Prinzip
der Barrierefreiheit

Überbrücken von
Schnittstellen

morgen

„demand driven
care and living“

Gesunderhaltung
Souveränität

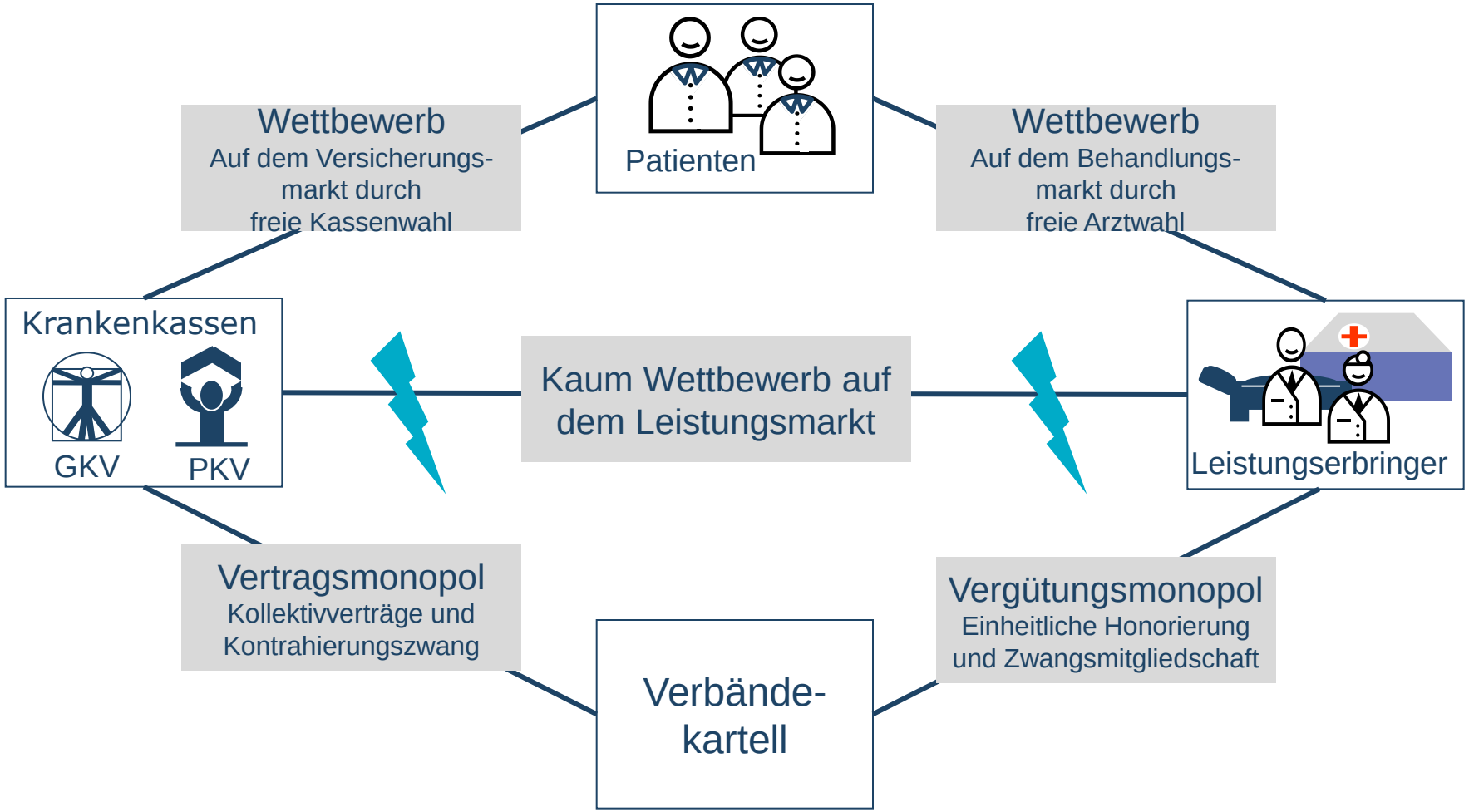
Substitution stationär/ambulant

Zeit

- **Chronifizierung der Versorgung**
  - **Bedeutung des medizinisch-technischen Fortschritts**
  - **Steuerung des „Wachstumspfades Gesundheit“ als Aufgabe**

Quelle: eigene Darstellung

Sind die institutionellen Strukturen bereit?
Die nicht geklärte „Doppelstruktur“ zwischen kollektiver und selektiver Versorgung
„Wer soll langfristig Verantwortung für Präferenzen und Qualität übernehmen?“

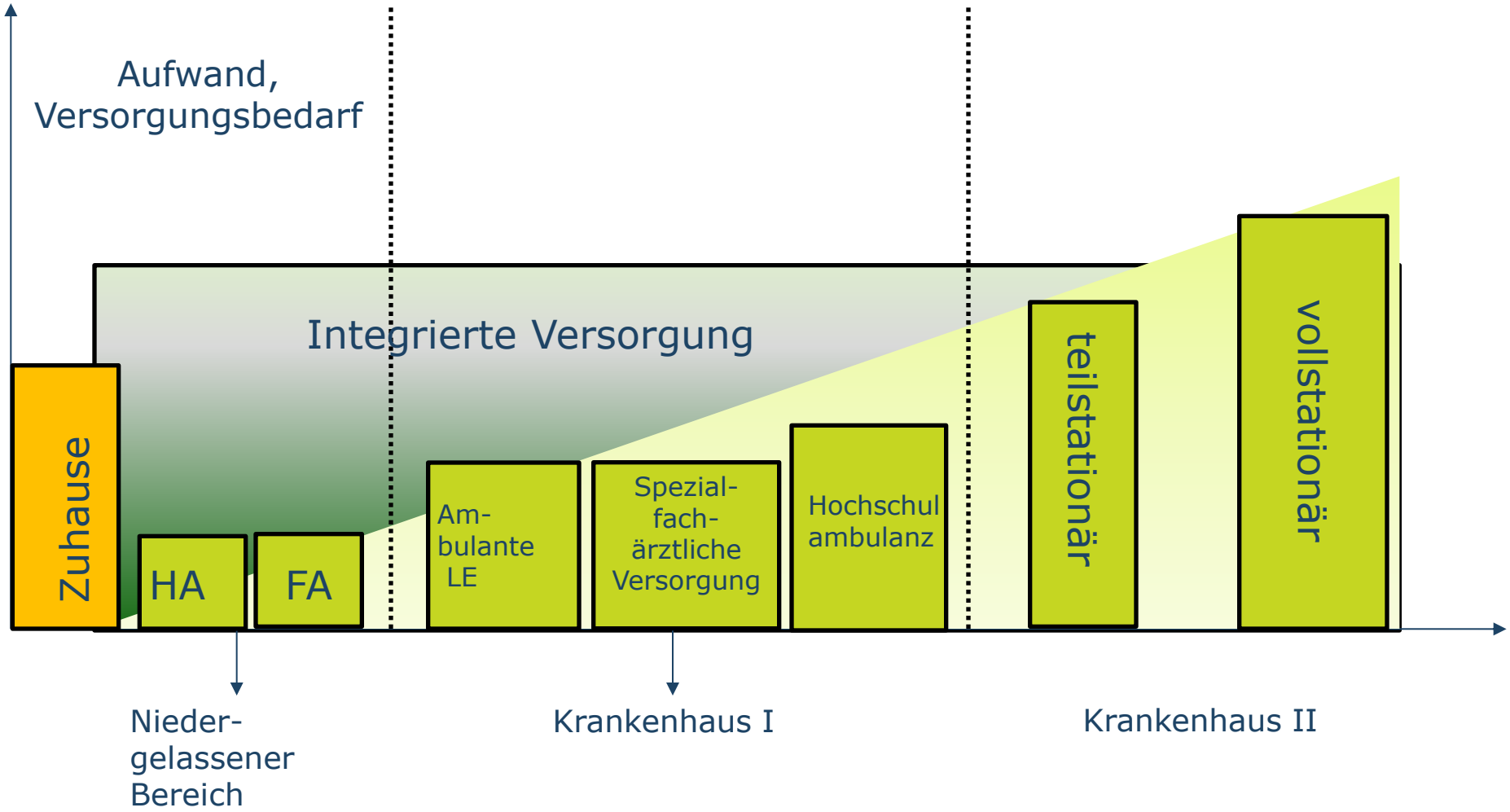


Quelle: in Anlehnung an Oberender 2013 und in Anlehnung an Cassel (2013)

Thesen zur Gesundheitsversorgung der Zukunft

- These 1: Gesundheitswirtschaft wird weiter wachsen
- These 2: Die Organisation und Arbeitsteilung von Gesundheit und Pflege orientiert sich am Patientenpfad der Versorgung
- These 3: Standardisierung und Individualisierung der Gesundheitsversorgung führt zu veränderten professionellen und räumlichen Versorgungsstrukturen

Schnittstellenorientierung fordert „patientenbezogene“ Versorgung



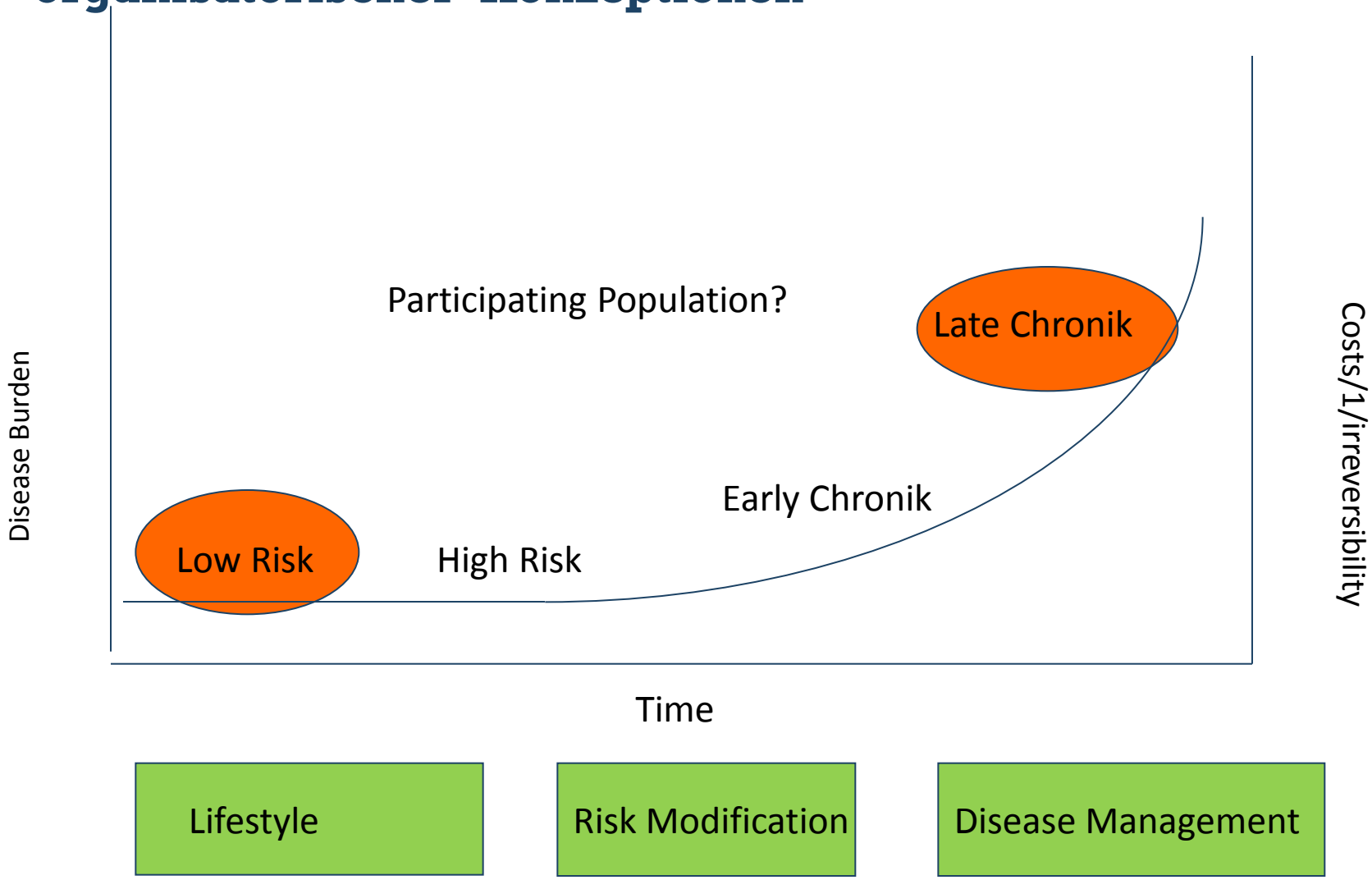
Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Schulte 2007, S. 520

Risiko Pflegebedürftigkeit als „Spiegel“ der Chronifizierung

	Männer	Frauen
Alter	1,086 ***	1,113 ***
Verheiratet	0,756 ***	0,805 ***
Krebs	2,622 ***	2,589 ***
Demenz	4,571 ***	4,795 ***
Prim. Parkinson	2,312 ***	2,185 ***
Schlaganfall	3,197 ***	3,103 ***
Schenkelhalsfraktur	1,913 ***	1,867 ***

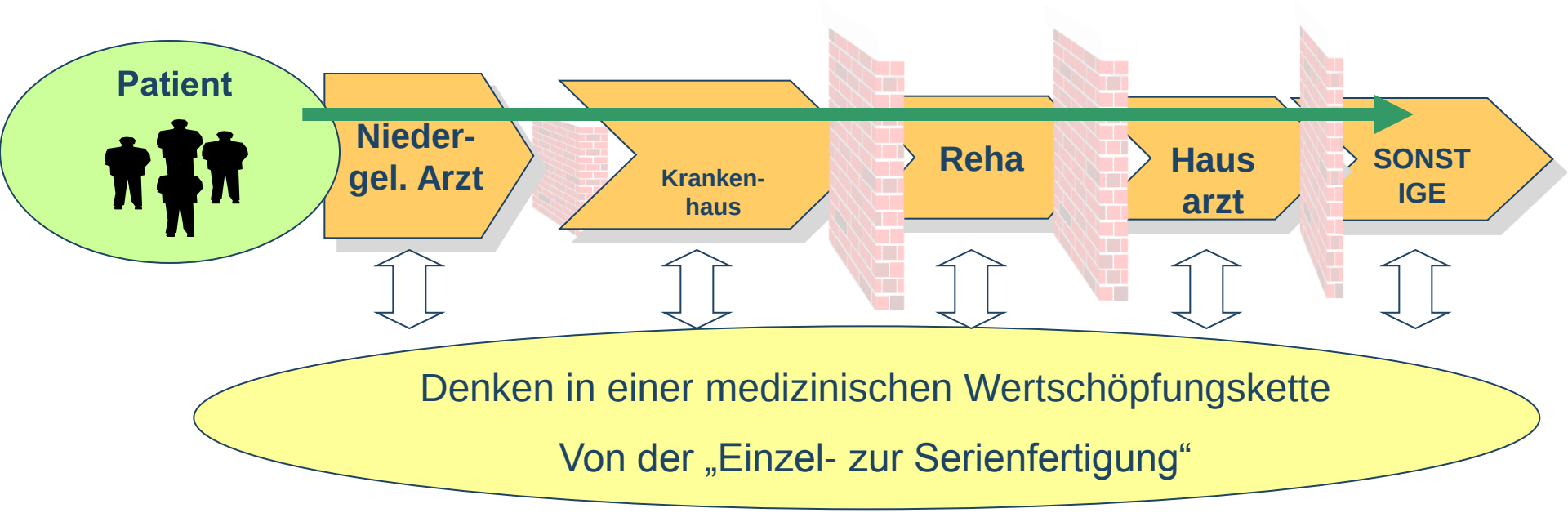
Quelle: Rothgang et al. 201t, Referenz sind unverheiratete Menschen ohne Erkrankung

Medizin- und Pflegeversorgung morgen: Schnittstellenversorgung im Lichte technologischer und organisatorischer Konzeptionen



Patientenorientierte Versorgung als Lösungsansatz
- Care- und Case-Management als Steuerungsidee
- Wertkette mit den relevanten Versorgungsakteuren

Intersektorale Steuerung: z. B. Integrationsversorgung



Quelle: eigene Darstellung nach Oberender 2010

Neuformulierung der Arbeitsteilung als Konsequenz
(nach Oberender 2012)

Aufgaben	Bereiche	Neue Berufsgruppen	Effekte
Ärztliche Tätigkeiten			• U.a. „Entlastung“ des Ärztlichen Dienstes
	• OP • Anästhesie • Notaufnahme • Endoskopie • Normalstation	• Physician Assistant (Bachelorstudium) • Funktionsdienst-Pflege: • Operationstechnischer Assistent (OTA) • Anästhesietechnischer Assistent (ATA) • Chirurgisch-technischer Assistent (CTA)	• **„Akademisierung“** des Pflegegeberufs • Neue **Karrierechancen**
Pflegerische Tätigkeiten		• Chirurgischer Operationsassistent (COA)	• **„Entlastung“** durch Delegation

	• Überwiegend Normalstation	• Unterstützungsdienst-Pflege
		  • Pflegehelfer
		  • Pflegeservice Helfer
			• **Trennung** zwischen Service und Pflege
			• **Neue Berufsbilder** an der **Schnittstelle Service und Pflege**

Service Tätigkeiten			

- **Qualitätsverbesserung** durch Standardisierung und Qualifizierung
- Optimierung **zeitlicher und finanzieller Ressourcen**

Delegierbare Aufgaben

Gesundheitsökonomische Effizienz: ein Beispiel

Effektivität und Effizienz am Beispiel „Barrierefreie Gesundheitsassistenz“

Ortung

Aktivität

Sturz

Hilferuf

Kommunikation

Nutzbarkeit für eine Demenzbetreuung

- leichte Demenz: Sicherheitsgefühl des Gepflegten
- leichte u. mittlere Demenz: Sicherheitsoption bei Pflegenden

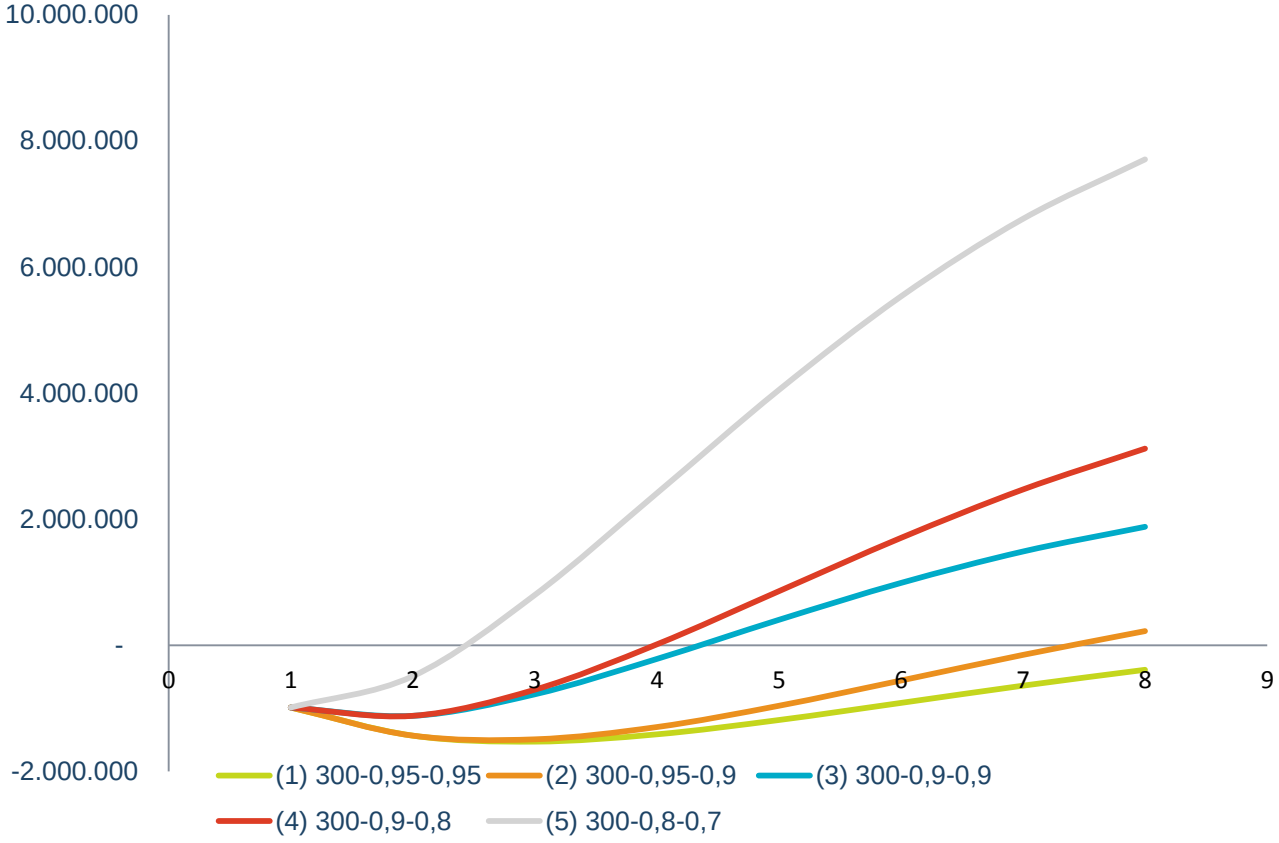
➢ Liegt ein Potenzial für Kosteneffektivität vor?

MEDICAL VALLEY
BARRIEREFREIE GESUNDHEITSASSISTENZ

GEFÖRDERT VOM
Bundesministerium für Bildung und Forschung

Volkswirtschaftliche Betrachtung:

BGA-System wäre kosteneffektiv bei mindestens 10 % Effektstärke (Reduzierung der stationären Pflege) und Akzeptanz von 30 % (8 Jahre nach Indikationsstellung)



Annahmen:

- **Investitions- und Betriebskosten 300 €**
- **Akzeptanzrate 30 %**
- **N (8 J.): 57.743**

Kumulierte Kostendifferenz

(1) Ca. -8,5 Mio. € (0,95-0,95)

(2) Ca. -6,7 Mio. € (0,95-0,9)

(3) Ca. 1,6 Mio. € (0,9-0,9)

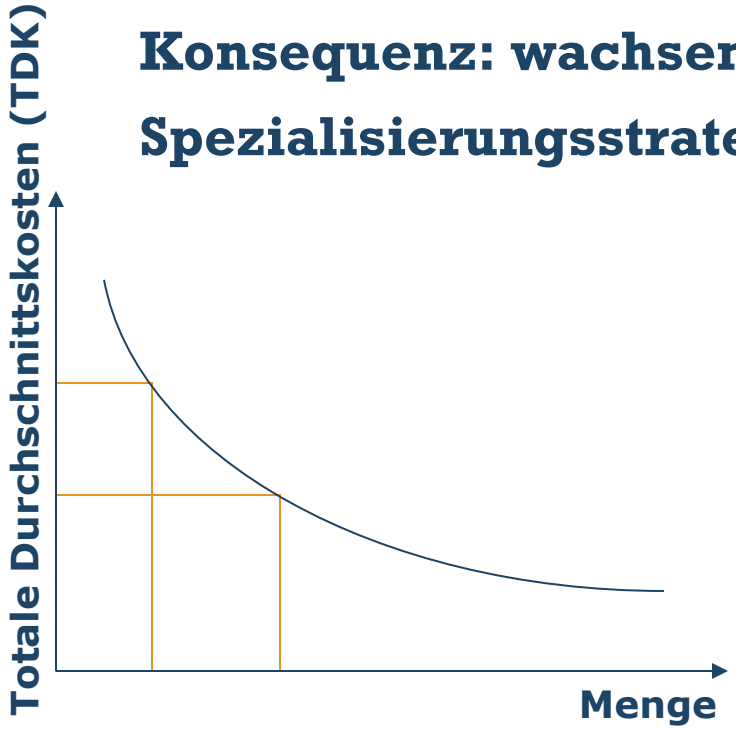
(4) Ca. 5,4 Mio. € (0,9-0,8)

(5) Ca. 27,8 Mio. € (0,8-0,7)

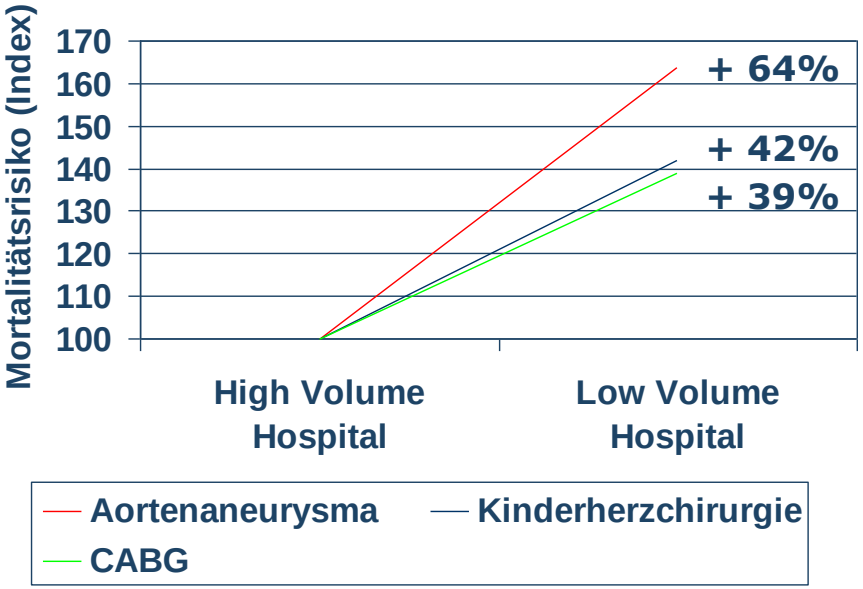
Quelle: Eigene Darstellung nach Zerth/Besser/Reichert 2012

„Orientierung am Patientenfluss führt zu veränderten Angebotsstrukturen“

Konsequenz: wachsende Vorteile einer Spezialisierungsstrategie=Kooperation?



Skaleneffekte



Qualitätseffekte

Resultat: „Industrialisierung“ der Versorgung durch Verzahnung
Inhaltliche und regionale Schwerpunktsetzung

Quelle: JAMA. 2000;283:1159-1166.

Thesen zur Gesundheitsversorgung der Zukunft

- These 1: Gesundheitswirtschaft wird weiter wachsen
- These 2: Die Organisation und Arbeitsteilung von Gesundheit und Pflege orientiert sich am Patientenpfad der Versorgung
- These 3: Standardisierung und Individualisierung der Gesundheitsversorgung führt zu veränderten professionellen und räumlichen Versorgungsstrukturen

Zugang zum Gesundheitssystem
Zwischen Regelanspruch und Differenzierung:
Regelversorgung als qualitativer Mindeststandard
Selektive Versorgung nach „Value for Money“

Zugang zum Gesundheitssystem

Freier Zugang (freie Wahl von Arzt und Kassen)

- Regelversorgungsmodelle

Beschränkter Zugang (Gatekeeper Modell)

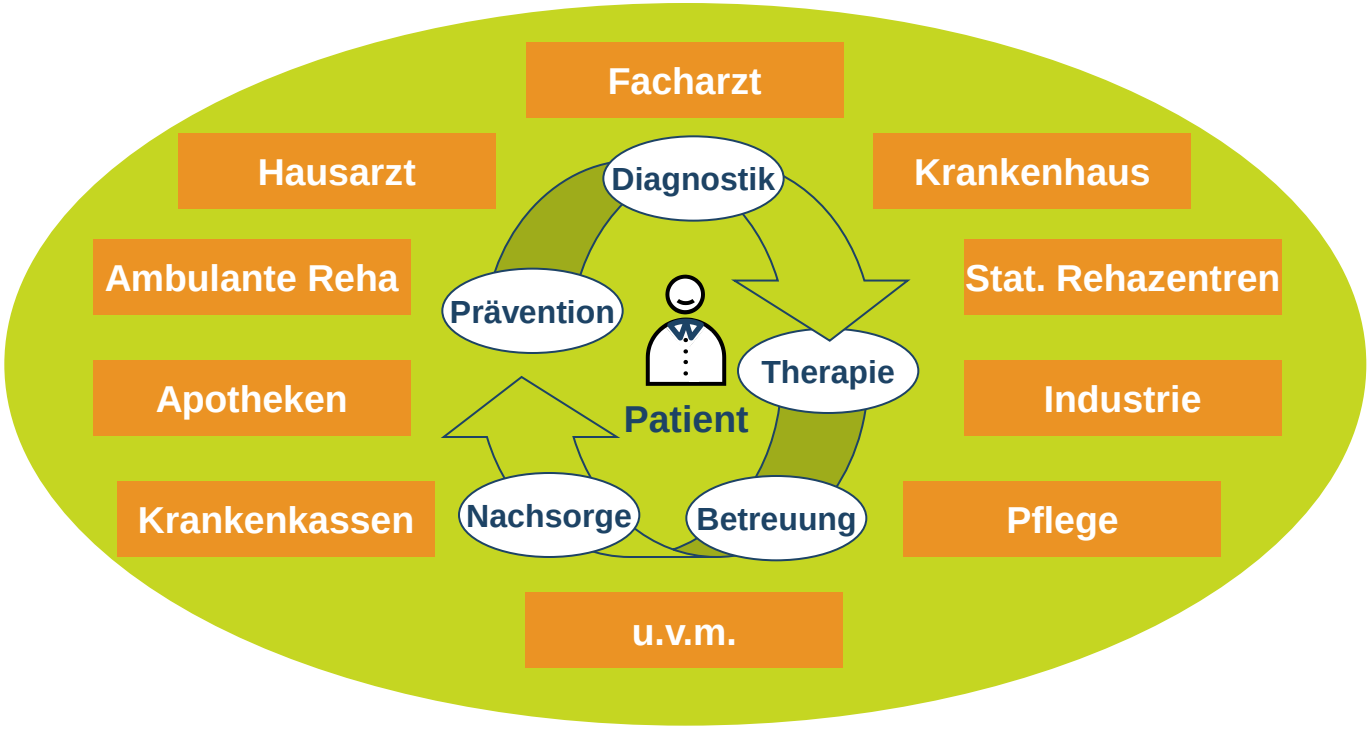
- Integrationsversorgung
- Hausarztmodelle

Kein genereller Zugang (Keine Versicherungspflicht)

- Wahlleistungsmodelle

Umsetzungsstrategien:

Organisation und Konzentration von medizinischer und pflegerischer Kompetenz



Ausprägungen neuer Versorgungsformen

- Interdisziplinär
- Intersektoral
- Indikationsbezogen
- Organbezogen
- Populationsbezogen
- Interprofessionell

Umsetzungsansätze

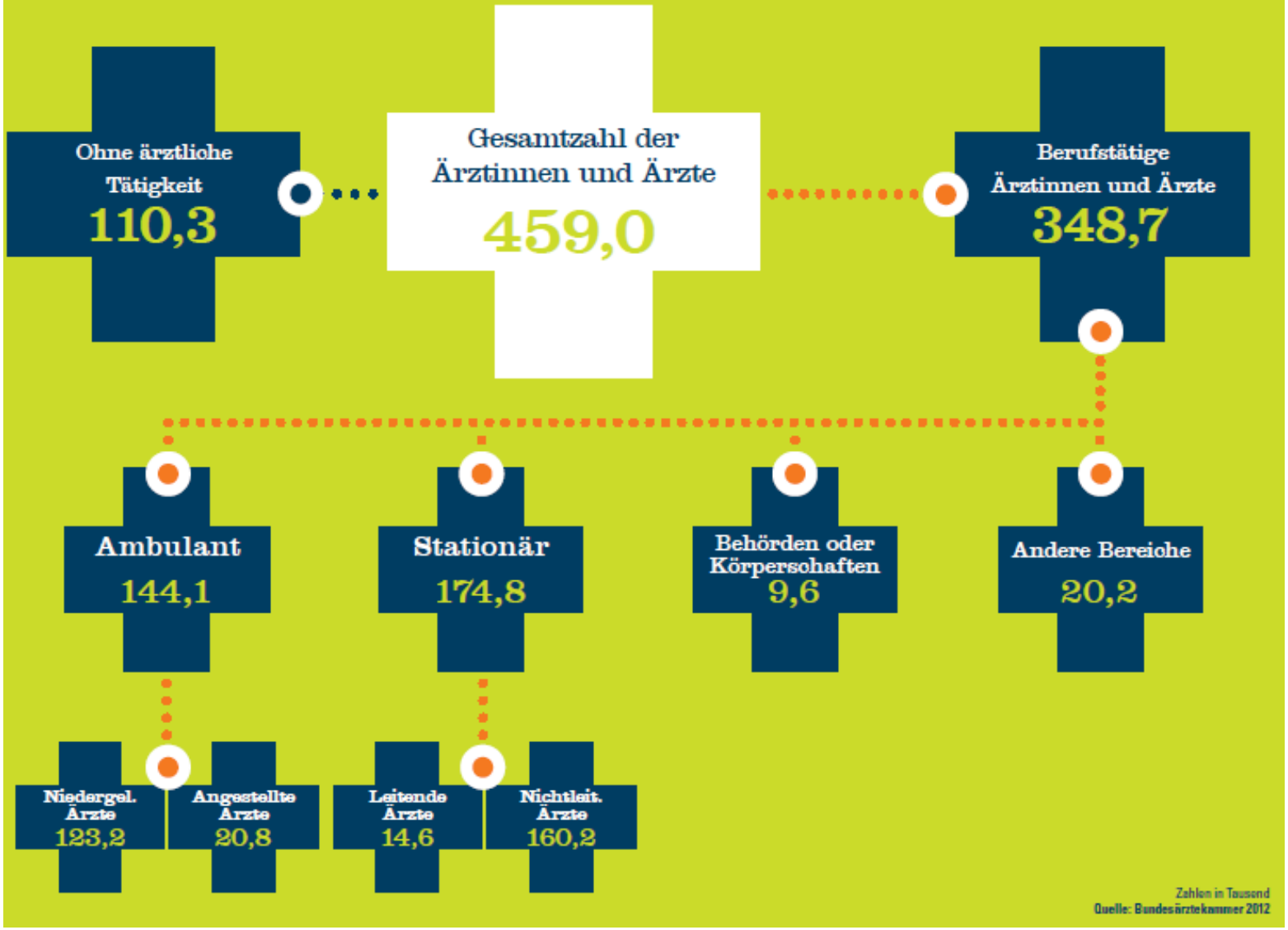
- Zentrenbildung
- MVZ nach § 95 SGB V
- Integrierte Versorgung nach §§ 140 a-d SGB V
- Veränderte Arbeitsteilung nach § 63 Abs. 3c SGB V

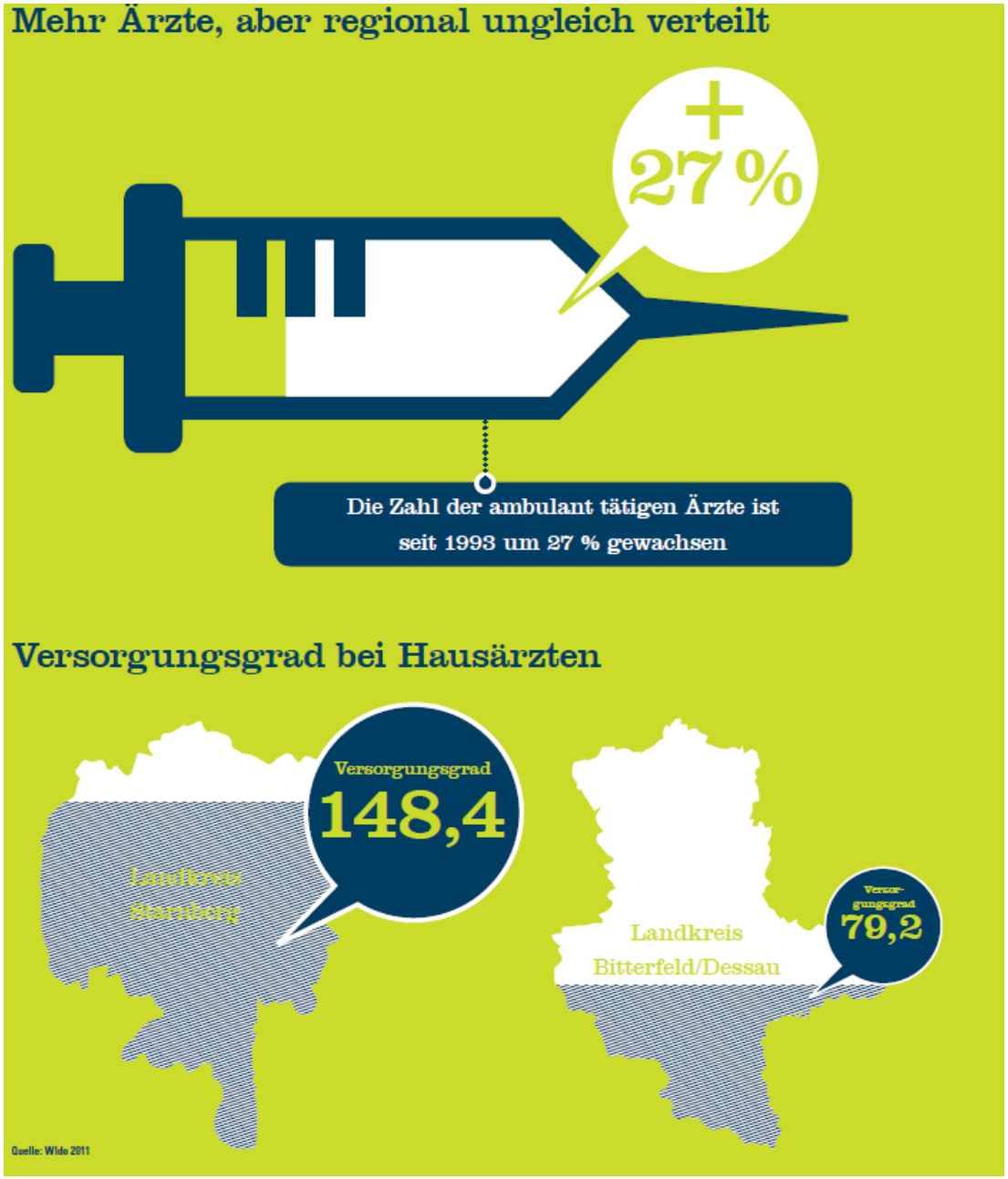
Ziel: Sustainable Value for Money

$$\frac{\text{Qualität}}{\text{Kosten}} = \frac{\text{Optimierte Gesundheitsversorgung; Steigerung der Lebensqualität}}{\text{Kosten der Versorgung}}$$

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Roland Berger Strategy Consultants (2002), S. 24

1/3 der Ärzte ist im ambulanten Bereich tätig



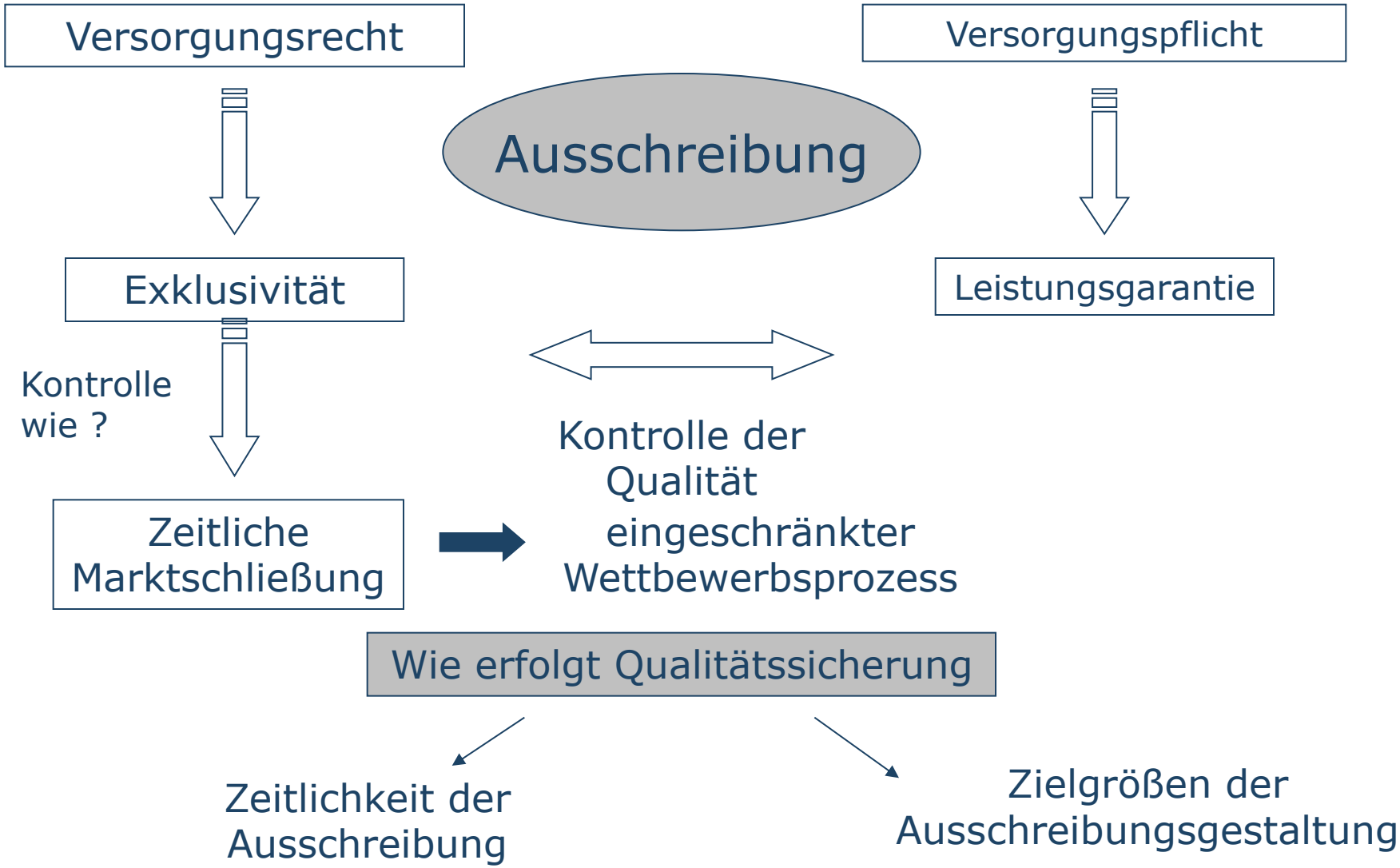

Mehr Ärzte, aber regional ungleich verteilt
+ 27 %
Die Zahl der ambulant tätigen Ärzte ist seit 1993 um 27 % gewachsen
Versorgungsgrad bei Hausärzten
Versorgungsgrad
148,4
Landkreis Starnberg
Landkreis Bitterfeld/Dessau
Versor-gungsgrad
79,2
Quelle: Wido 2011

Was erwarten ältere Menschen an Hilfe; ein empirischer Blick

	Hilfsadressat	Hintergründe
	Hilfe von Familie und Freunden - Beförderung (Arzt, Apotheke, Einkaufen) - Gesellschaft (regelmäßige Anrufe) - Haushaltshilfe (Hilfe beim Einkaufen) - Hilfe bei finanziellen Angelegenheiten	Reduzierte Verfügbarkeit (räumlich, zeitlich); *Ansatzpunkt Befähigung und Lebensqualität*
	Hilfe vom Staat - Haushaltshilfe (Einkaufen, Putzen) - Körperpflege (Waschen, Baden) - Hilfe bei finanziellen Angelegenheiten - Soziale Aktivitäten	Subsidiäre Hilfe, in Abhängigkeit von Solidaritätsdefinition und Haushaltsmitteln *Ansatzpunkt Neuorientierung der Infrastrukturrolle*
	Technische Assistenzsysteme - Mobilitätshilfen - Umweltanpassungen - Gesundheitsüberwachung - Kommunikationsgeräte	*Ansatzpunkte je nach Selbstverantwortungs-kontext*

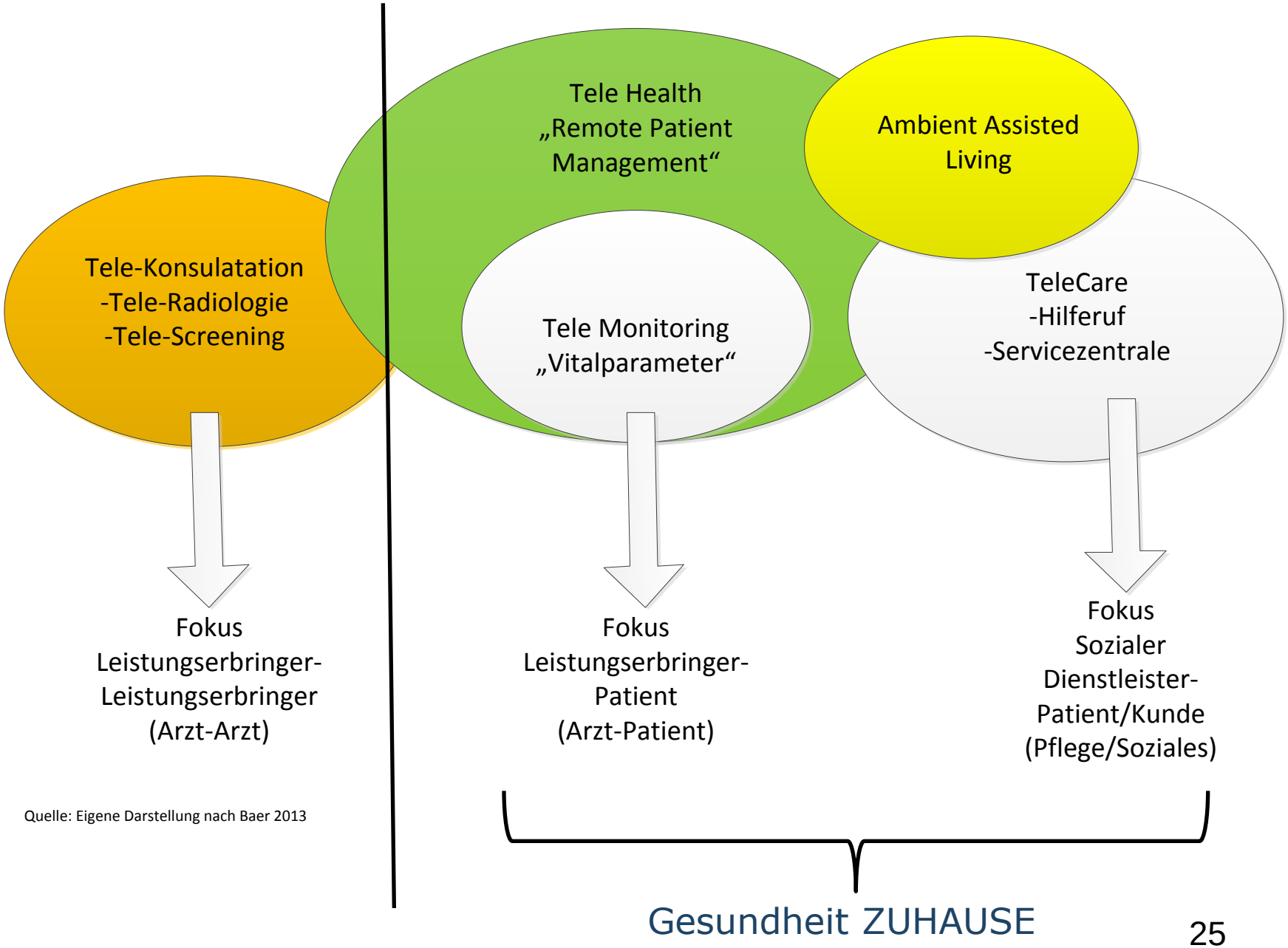
Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an *I-stay@home, tenant´s survey, Habinteg, Jan 2013*

-Unterscheidung zwischen „Garantie der Sicherstellung“ und erwünschtem regionalem Angebot; Falls Vertragslösung nicht funktioniert, regulative Strategie, etwa über Ausschreibung



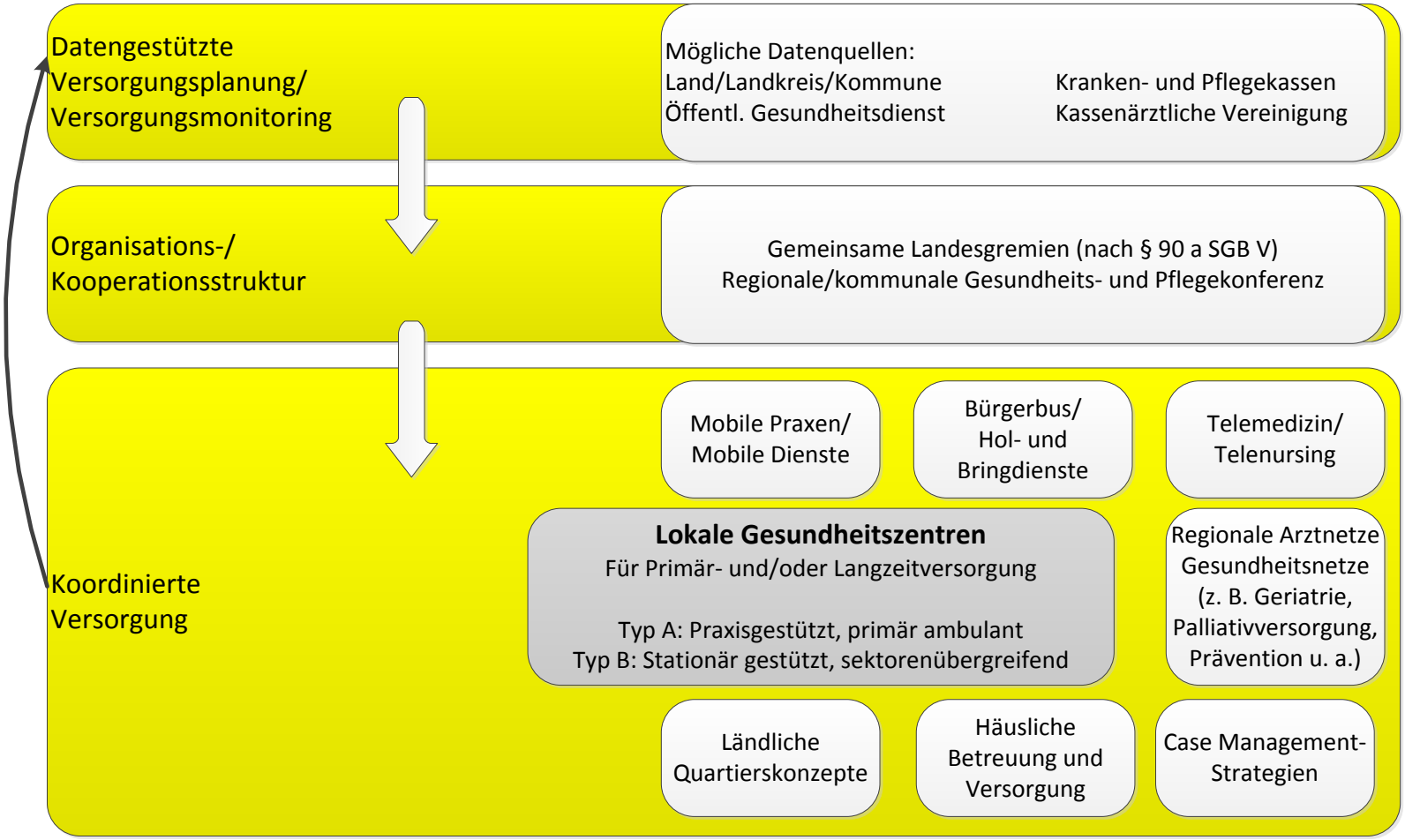
Quelle: Eigene Darstellung, Zerth 2005

„Entörtlichung“ und „Entzeitlichung“ als (partielle) Lösungsstrategie durch „e-health-Lösungen“



Quelle: Eigene Darstellung nach Baer 2013

Eine lokale Gesundheitsperspektive: Caveat: Differenzierte Stakeholderstrukturen!



Quelle: Eigene Darstellung in enger Anlehnung an Sachverständigenrat 2014.

INTERNATIONAL DIALOG COLLEGE AND RESEARCH INSTITUTE

WILHELM LÖHE HOCHSCHULE

Vielen Dank!

Prof. Dr. Jürgen Zerth

International Dialog College and Research Institute
Wilhelm Löhe Hochschule für angewandte Wissenschaften

Merkurstrasse 41
90763 Fürth
0911/ 766069-0
juergen.zerth@wlh-fuerth.de

Eine Gründung der Diakonie Neuendettelsau