



Wissens-Update (Teil 1): Rahmenbedingung der Versorgung: der Kontext der Gesundheitsleistung

Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff

Vortrag auf dem
**BMC Fortbildungs-Workshop (Wissens-Update) am
Montag, den 20.09.2010, Berlin**



Universität Köln
Humanwissenschaftliche Fakultät
Medizinische Fakultät

Institut für
Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft

i:mvr



Gliederung

1. Was ist Versorgungsforschung?
 2. Input-Faktoren
 3. Throughput: Gesundheitsleistung
 4. Throughput: Kontextleistung
 5. Outcome: Versorgungsleistung
 6. Fazit
-



Definition

Versorgungsforschung ist

„ein fachübergreifendes Forschungsgebiet, das die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt und kausal erklärt, zur Entwicklung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte beiträgt, die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte begleitend erforscht und die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und -prozessen unter Alltagsbedingungen evaluiert.“ (Pfaff 2003, S. 13)



Definition mit Schwerpunkt Umsetzung

- „Versorgungsforschung ist ein multidisziplinärer Ansatz zur Erforschung der Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis der Gesundheitsversorgung hinsichtlich ihrer Wirkung auf Qualität und Effizienz in individueller und sozioökonomischer Perspektive.“ (Schrappe et al. 2005, S. 2918)
-



Versorgungsforschung (Bundesärztekammer)

„Versorgungsforschung

ist die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung von Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen.“

(Bundesärztekammer 2004)



Versorgungsforschung ist multidisziplinär

- **Epidemiologie:** Beobachtungs- und Kohortenstudien, Untersuchung großer Stichproben unter Zuhilfenahme von Datenregistern z.B. mit Routine- bzw. administrativen Daten
- **Evidence-based Medicine:** Bedingungen des Erkenntnisgewinns aus Studien hinsichtlich der Absicherung ihrer Aussage (interne Validität) (Sacks et al. 1982) und ihrer Übertragbarkeit auf die Gesamtheit der Patienten (**externe Validität**). (Heiat et al. 2002).
- **Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung:** Messung von Qualität und Patientensicherheit durch das Indikatorenkonzept, Evaluation von Verbesserungsmaßnahmen, einrichtungsübergreifende Vergleiche und Anreizmodelle



Versorgungsforschung ist multidisziplinär

- **Lebensqualität:** Lebensqualität ist eines der wichtigsten Bestandteile der sog. *patient reported outcomes* (PRO). Die Erhebung ist bereits soweit standardisiert, dass sie auch als Endpunkt für Studien dienen kann.
 - **Pflegeforschung:** Qualitäts- und Effizienzfragen der gerade vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung an Bedeutung zunehmenden Pflegeversorgung
 - **Klinische Fachgebiete:** Klinische **Relevanz** und die **Besonderheiten** der vorgenannten Aspekte hinsichtlich des betrachteten Fachgebiets, vor allem der Allgemeinmedizin mit ihrem integrativen Ansatz, aber auch die Fachgebiete, die sich an der „psychosozialen Grenze“ der klinischen Medizin befinden und sich mit den methodisch schwierigen Fragen der Lebensqualitäts-Forschung beschäftigen
 - **Organisationswissenschaften/Soziologie:** Implementationsforschung; Konzept der „lernenden Organisation“, Organisationskultur; Kooperations- und Sozialkapital; Vertrauen (Vertrauen in den Arzt, in das Gesundheitssystem etc.).
-



Versorgungsforschung ist multidisziplinär

- **Didaktik, Lernpsychologie und Kommunikationsforschung:** Veränderungen im Gesundheitswesen als komplexe Lernvorgänge; Grundlagen der Gesundheitskommunikation.
 - **Gesundheitsökonomie:** Die Untersuchung der Effizienz von Maßnahmen aller Art, Klärung der Angemessenheit des Mittelaufwands im Hinblick auf Präferenzen von Einzelpersonen sowie Gruppierungen
 - **Public Health:** Einfluss des Gesundheitsversorgungssystems sowie der Eigenschaften der Bevölkerung hinsichtlich Lebensbedingungen und Faktoren, die auf die Gesundheit der Gesamtpopulation Einfluss nehmen; hieraus entstammt auch die Problematik der Übertragung von Befunden aus anderen Gesundheitssystemen (z.B. USA)
 - **Juristische Wertung und Recht:** Rechtliche Wertung von Methoden und Verfahren in sozialrechtlicher, aber auch z.B. in haftungsrechtlicher Hinsicht
 - **Ethik:** Strukturwandel und Mittelallokation unter den Bedingungen begrenzter Ressourcen, Präferenzen und Umsetzung
-



Versorgungsforschung ist patientenorientiert

Beispiel:

- **PRO (Patient-reported Outcomes):**
- Endpunkte von Interventionen und deren Evaluation sind nicht mehr allein klinische und sozioökonomische Parameter, sondern solche, die von Patienten allein beurteilt werden können (z. B. Lebensqualität, Schmerzempfinden, Zufriedenheit).
- Entsprechende Methoden sind daher auf Angaben der Patienten angewiesen (Valderas u. Alonso 2008).



Versorgungsforschung ist patientenorientiert

Patient als Co-Therapeut:

- Der Patient wird im Behandlungsprozess zunehmend als aktiver Partner betrachtet und muss als solcher auch in Fragestellungen der Versorgungsforschung Beachtung finden (Scheibler et al. 2001).



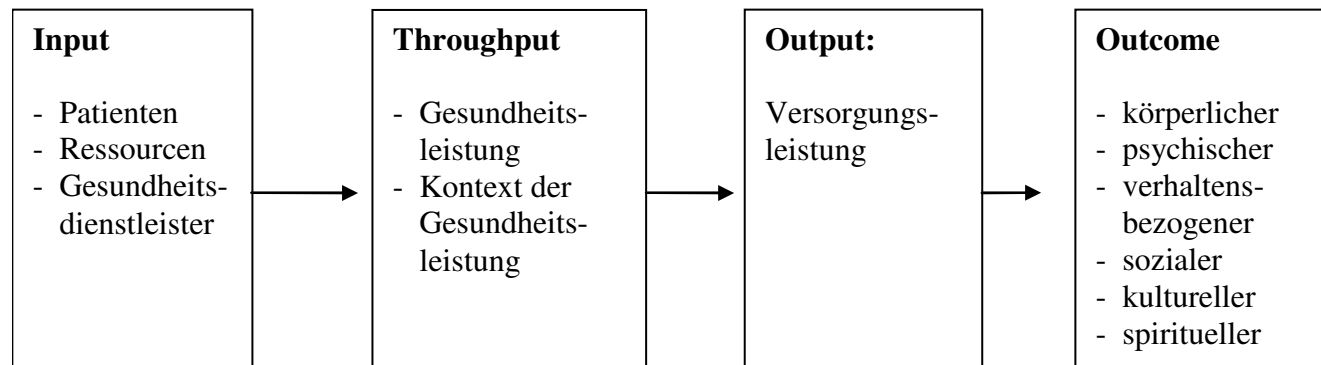
Versorgungsforschung ist patientenorientiert

Health Consumerism:

- Auf Systemebene wird der „aktive Patient“ als fähig erachtet, seine Wahl entsprechend der Optimierung seines Nutzens als Patient zu treffen.
- Verschiedene Anreizmodelle (z. B. Pay for Performance, Public Disclosure) nehmen diese Rolle als Ausgangspunkt, müssen in der Versorgungsforschung aber vor allem im Umfeld des deutschen Gesundheitswesens noch evaluiert werden (Clancy u. Eisenberg 1998).



Das Throughput-Modell





Gliederung

1. Was ist Versorgungsforschung?
 - 2. Input-Faktoren**
 3. Throughput: Gesundheitsleistung
 4. Throughput: Kontextleistung
 5. Outcome: Versorgungsleistung
 6. Fazit
-



Input: Gesundheitsdienstleister

Gesundheitsdienstleister:

- Angehörige von Gesundheitsberufen, wie z. B. Ärzte, Pflegekräfte und Physiotherapeuten, die innerhalb des Versorgungssystems ihre Dienstleistungen an oder für Patienten erbringen.



Input: Ressourcen

Hierbei handelt es sich um nicht-humane materielle Ressourcen, wie z. B. Gebäude, Technik, Geld, und um immaterielle Ressourcen, wie z. B. Gesetze, Regeln und Normen.



Input: Patienten

Patienten:

- Sie sind von den versicherten Bürgern insofern zu unterscheiden, als es sich bei den Patienten um eine Teilmenge der versicherten Bürger handelt. Es sind zum einen jene, die ein Gesundheitsproblem wahrnehmen und aus diesem Grunde das Versorgungssystem in Anspruch nehmen und einen Arzt aufsuchen. Es sind zum anderen jene, die in Notfallsituationen ohne ihr Zutun dem Versorgungssystem zugewiesen werden.



Input: Bedarf

- Ein objektiver **Bedarf** für eine Behandlung ist gegeben, wenn eine medizinisch nachweisbare Krankheit vorliegt und es eine wirksame Behandlungsmöglichkeit gibt (Schwartz et al. 2002). Zu den wirksamen Behandlungsmöglichkeiten kann man diejenige Menge an medizinischen Leistungen zählen, die aus Sicht der evidenzbasierten Medizin zur Diagnose und/oder Therapie einer gegebenen Krankheit geeignet sind (Guggisberg u. Spycher 2005).



Input: Nachfrage

- Der Begriff der **Nachfrage** umfasst den subjektiven Wunsch nach einer Versorgungsleistung und bezieht sich auf den Entscheidungsprozess, der der möglichen Inanspruchnahme vorausgeht. Ein entscheidender Punkt ist dabei die Zahlungsbereitschaft.



Inanspruchnahme

- Der Begriff der **Inanspruchnahme** bezieht sich auf die Nutzung des Medizinsystems.
- Eine Nachfrage muss nicht zur Inanspruchnahme führen
- Eine Inanspruchnahme setzt aber immer die Nutzung des Versorgungssystems voraus.
- Dies bedeutet, dass der Besuch des Arztes oder des Physiotherapeuten erfolgt ist, das Krankenhaus besucht wurde und/oder die Medikamente eingenommen wurden (Guggisberg u. Spycher 2005).



Zugang

- Der **Zugang** zur Gesundheitsversorgung bzw. zur medizinischen Leistung ist eine Voraussetzung der Inanspruchnahme: ohne Zugang keine Inanspruchnahme.
- Eine Gesundheitsleistung ist zugänglich, wenn sie angeboten wird und wenn die angebotene Gesundheitsleistung ohne Barrieren vom Nachfragenden genutzt werden kann.



Inanspruchnahme = f (Patient, Leistungsanbieter, Situation)

- Während die Nachfrage weitgehend nur vom Individuum beeinflusst wird, ist die Inanspruchnahme als Form der realisierten Nachfrage ein Produkt sowohl des Patienten als auch des Gesundheitsdienstleisters und der Situation insgesamt.
- In den Prozess der Entscheidung gehen sowohl individuelle als auch strukturelle Merkmale der Situation ein.
- Struktur und Verhalten bedingen sich gegenseitig.



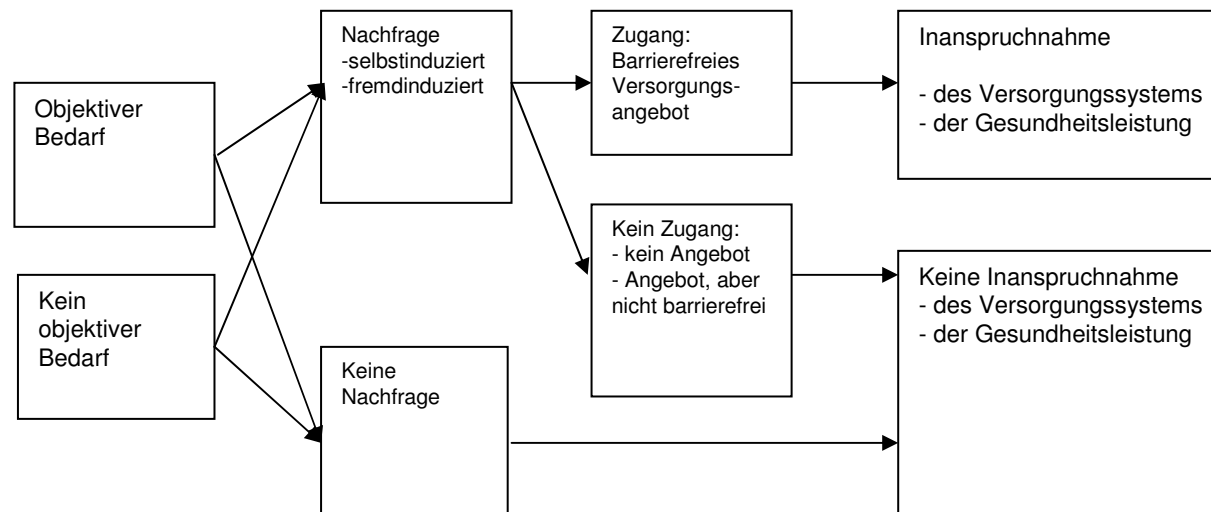
Über- und Unterversorgung

- Personen, bei denen kein objektiver Bedarf besteht, können dennoch die Versorgungsleistung aus verschiedenen Gründen in Anspruch nehmen. In diesem Fall ist **Übersorgung** gegeben.
 - Wird die Versorgungsleistung bei nicht gegebenem Bedarf nicht in Anspruch genommen, liegt eine **adäquate** Versorgung vor. Bürger, die einen objektiven Bedarf haben, und diesen Bedarf durch Inanspruchnahme decken, stellen den **Idealfall** der medizinischen Behandlung dar.
 - Anders sieht es aus, wenn die Bürger einen objektiven Bedarf nach einer Versorgungsleistung haben, diese Leistung aber nicht in Anspruch nehmen (können). In diesem Fall ist **Unterversorgung** gegeben.
-



Inanspruchnahme: Versorgungssystem vs. Gesundheitsleistung

- Sind Nachfrage und Zugang gegeben, erfolgt die **Inanspruchnahme** des Gesundheitsdienstleisters, z. B. der Arztbesuch.
- Dies bedeutet jedoch noch nicht, dass die Inanspruchnahme einer bestimmten Gesundheitsleistung erfolgt.
- Der Patient kann sich einer Behandlung widersetzen (z. B. wegen Befürchtungen von Nebenwirkungen), und der Gesundheitsdienstleister kann aus guten Gründen (z. B. Kontraindikationen; Gesamtrisiko für eine koronare Herzkrankheit ist gering) von einer Inanspruchnahme einer Gesundheitsleistung abraten oder absehen.





Gliederung

1. Was ist Versorgungsforschung?
 2. Input-Faktoren
 - 3. Throughput: Gesundheitsleistung**
 4. Throughput: Kontextleistung
 5. Outcome: Versorgungsleistung
 6. Fazit
-



Gesundheitsleistung; Definition

- **Gesundheitsleistung** kann definiert werden als die Anwendung einer oder mehrerer Gesundheitstechnologien im Rahmen der Gesundheitsversorgung zum Zwecke der Prävention, Diagnose, Therapie und/oder Rehabilitation.
- Eine Gesundheitsleistung beinhaltet eine zweckgerichtete Anwendung einer oder mehrerer Gesundheitstechniken.



Gesundheitsleistung

- Die Gesundheitsleistung ist der Inhalt der Versorgungsleistung. Es geht um den eigentlichen Wirkbestandteil der Versorgung.
- Der Kern der Kranken- und Gesundheitsversorgung ist die Diagnose- oder Behandlungsmethode. Sie umfasst meist die professionelle Anwendung von materieller Technik (z. B. Nahttechnik) und immateriellen Techniken und Verfahrensweisen (z. B. Operationstechnik).
- Gesundheitstechniken sind Mittel zum Zweck: Mit ihrer Hilfe werden Gesundheitsleistungen erbracht.



Gesundheitsleistung: Gegenstand der EbM

- Die evidenzbasierte Medizin dreht sich um die Gesundheitsleistung
- Die EbM beschäftigt sich z. B.
- mit der gesundheitlichen Wirkung einer Gesundheitstechnik bzw. Gesundheitsleistung und
- mit der Frage, ob diese Wirkung besser oder schlechter als die einer anderen Gesundheitstechnik oder Gesundheitsleistung ist (Sackett et al. 1996).



Gesundheitsleistung: Elemente

- Die Gesundheitsleistung ist der technologische und professionelle Kern der Versorgung.
- Eine Gesundheitsleistung zeichnet sich dadurch aus,
 - dass ihr meist eine Theorie zugrunde liegt,
 - dass sie behandlungsspezifisch ist und
 - dass sie als ursächlich für den möglichen Erfolg angesehen wird (Paterson u. Dieppe 2005).
- Beispiel:
- Diagnose- und Behandlungsmethoden



Gesundheitstechnologie: Definition

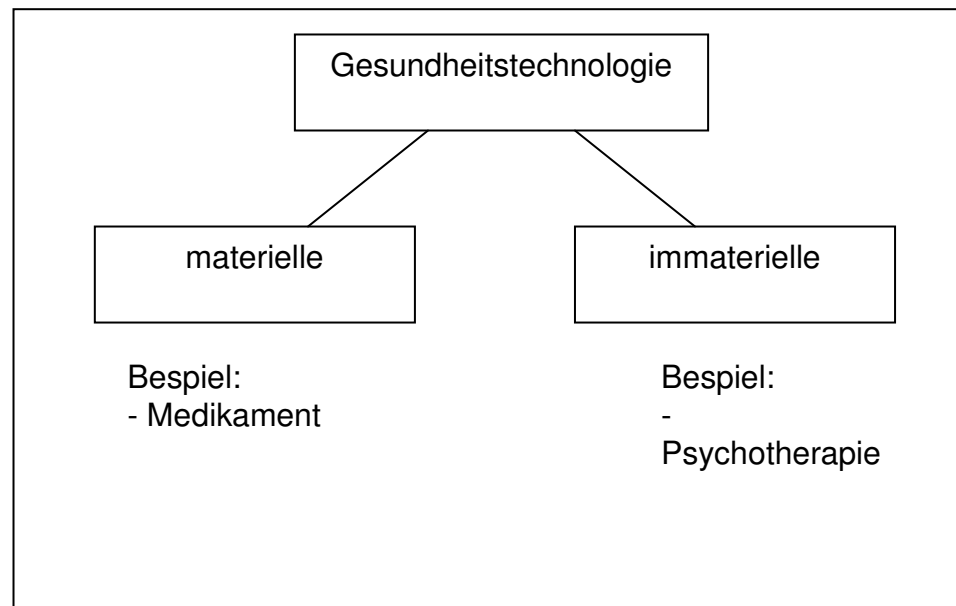
Gesundheitstechnologie:

- Unter einer Gesundheitstechnologie bzw. einer Gesundheitstechnik versteht man Arzneimittel, Apparate und Verfahren, die in der Gesundheitsversorgung zum Einsatz kommen (Draborg et al. 2005)..



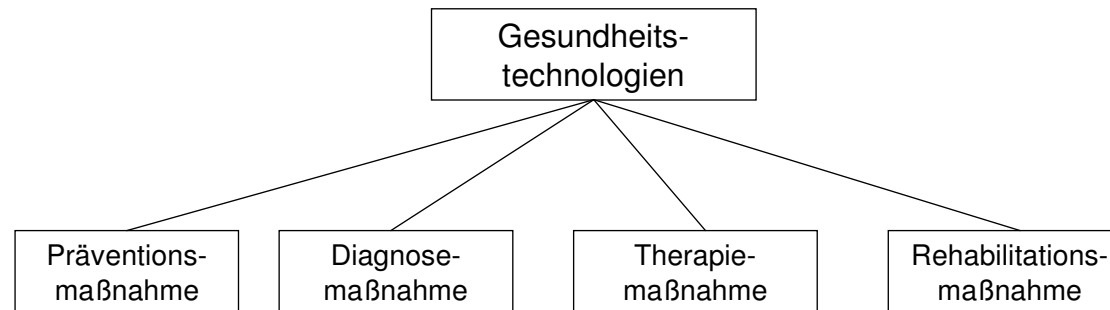
Gesundheitstechnologie: Elemente

- Wir unterscheiden materielle und immaterielle Gesundheitstechnologien.
- Materielle Gesundheitstechnologien sind z. B. Chemotherapie, Statine und Beta-Blocker.
- Immaterielle Gesundheitstechnologien sind alle Formen der Anwendung von Methoden und Techniken zur Beeinflussung von Dingen und Menschen, wie z. B. die nicht-medikamentöse Psychotherapie.





Gesundheitstechnologien/-maßnahmen: Systematik





Gesundheitstechnologie: Zusammenhänge

- Materielle und immaterielle Gesundheitstechniken haben den Zweck, Krankheiten zu verhindern, zu diagnostizieren und/oder zu therapieren und/oder den Kranken die Teilhabe am Leben zu ermöglichen
-



Gliederung

1. Was ist Versorgungsforschung?
 2. Input-Faktoren
 3. Throughput: Gesundheitsleistung
 4. **Throughput: Kontextleistung**
 5. Outcome: Versorgungsleistung
 6. Fazit
-



Kontext: Definition

- Unter dem Kontext einer Gesundheitsleistung verstehen wir die Umwelt, in der die Gesundheitsleistung erbracht wird



Kontext einer Gesundheitsleistung: Elemente

Der Kontext einer Gesundheitsleistung setzt sich zusammen aus der

- - Darreichung der Gesundheitstechnik,
- - den Patientenmerkmalen,
- - den Arztmerkmalen,
- - den Merkmalen der Arzt-Patient-Interaktion und
- den Merkmalen des Versorgungssettings in der Arztpraxis oder im Krankenhaus

(Di Blasi et al. 2001; Paterson u. Dieppe 2005).



Kontext = Kontextprozess + Kontextstruktur

- Der Kontext selbst besteht aus einem Kontextprozess und einer Kontextstruktur.



Kontextprozess

- Unter einem **Kontextprozess** verstehen wir die direkten und indirekten Abläufe im Versorgungsgeschehen, die zur Erbringung der Gesundheitsleistung notwendig sind.



Kontextstruktur

- Unter der **Kontextstruktur** verstehen wir die materiellen und immateriellen Rahmenbedingungen der Erbringung einer Gesundheitsleistung.
- Zu den materiellen Rahmenbedingungen zählen die baulichen Gegebenheiten und
- zu den immateriellen Rahmenbedingungen die Leitlinien, Regeln, Normen und Gesetze, die für die Leistungserbringung relevant sind.



Arten des Kontextes

- Körperlicher Kontext
z.B. Körperliche Anfälligkeit/Ko-Morbidität/Genetische Struktur/Allergien
 - Psychischer Kontext
z.B. Persönlichkeit/Gemütslage/Zufriedenheit/Vorerfahrung
 - Sozialer Kontext
z.B. Arzt-Patient-Interaktion/Praxisorganisation/Führung
 - Technischer Kontext
z.B. Gerätesicherheit/EDV-System/Sauberkeit der invasiven Mittel
 - Kultureller Kontext
z.B. Religiöser Kontext/Kulturell festgelegte Intimzone
-



Kontext: Effekte

Der Kontext einer Gesundheitsleistung kann – wie die Gesundheitsleistung selbst – Gesundheitseffekte zeitigen.

Man bezeichnet dies entweder als

- **Kontexteffekt** (Di Blasi et al. 2001) oder – im Rahmen von randomisierten kontrollierten Studien (RCT-Studien) – als
 - Incidental Effect oder
 - Placebo-Effekt (Paterson u. Dieppe 2005).
-



Placebo-Effekt = Kontext-Effekt

Ein Großteil des Placebo-Effekts geht vermutlich auf Kontextleistungen zurück

(Di Blasi et al. 2001; Paterson u. Dieppe 2005).



Gliederung

1. Was ist Versorgungsforschung?
 2. Input-Faktoren
 3. Throughput: Gesundheitsleistung
 4. Throughput: Kontextleistung
 5. **Outcome: Versorgungsleistung**
 6. Fazit
-



Versorgungsleistung = Gesundheitsleistung & Kontextleistung

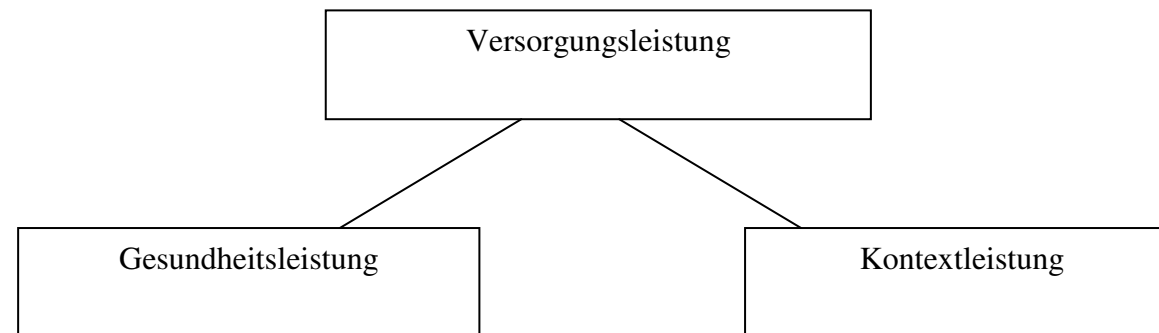
Eine Versorgungsleistung enthält meist mehrere Bestandteile.
Diese können auf **zwei Komponenten** reduziert werden:

Komponente 1: Gesundheitsleistung

Komponente 2: Kontextleistung



Versorgungsleistung: Komponenten





Versorgungsleistung = Gesamtleistung des Leistungserbringendes

- Das Krankenhaus, die Arztpraxis und der konkrete Arzt liefern immer eine Gesamtleistung ab.
- Diese **Gesamtleistung** der Gesundheitsversorgung besteht aus der Addition von Gesundheitsleistung und Kontextleistung und stellt die Versorgungsleistung dar.
- Die Gesamtleistung ist der Output des Versorgungssystems. Versorgungsleistung und Output sind identische Begriffe.



Universität Köln
Humanwissenschaftliche Fakultät
Medizinische Fakultät

Institut für
Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft

i:mvr

Versorgungsleistung: Gleichung

Versorgungsleistung = Gesundheitsleistung + Kontextleistung

Pfaff, H. & Schrappe, M.: Einführung in die Versorgungsforschung, in: Pfaff, H. et al.: Lehrbuch Versorgungsforschung. Stuttgart: Schattauer, 2010, S. 21



Versorgungsleistung: Optimalitäts-Typen

Versorgungsleistung = (Gesundheitsleistung) + (Kontextleistung)

Optimaler Fall: Gesundheitsleistung > 0

Kontextleistung > 0

Suboptimaler Fall: Gesundheitsleistung > 0

Kontextleistung $= 0$

Problemfall: Gesundheitsleistung > 0

Kontextleistung < 0

Kritischer Fall: Gesundheitsleistung < 0

Kontextleistung $>/=/ $< 0$$



Kontexteffekt

- Der Kontext der Gesundheitsleistung kann bei entsprechender Gestaltung den Heilungsprozess unterstützen
- Der Kontext der Gesundheitsleistung kann die Lebensqualität und die Zufriedenheit des Patienten beeinflussen (Di Blasi et al. 2001).
- Kontexteffekte sind meist generischer Natur und treten in der Regel additiv zum Effekt der Gesundheitsleistung hinzu (Paterson u. Dieppe 2005).



Vorzeichen des Kontexteffekts

Das **Vorzeichen** der Kontextleistung kann positiv oder negativ ausfallen.

Ein negatives Vorzeichen kann z. B. auftreten, wenn die Arzt-Patient-Interaktion aus Sicht des Patienten ärgerlich verlief oder die Hotelleistungen Anlass zu Missmut boten.

Bei einem negativen Vorzeichen der Kontextleistung kann die Gesamtleistung auch schlechter ausfallen als die einzelne Gesundheitsleistung.



Negatives Vorzeichen

- Im Falle eines negativen Vorzeichens wird z. B. die Wirksamkeit einer Gesundheitstechnik, die im Rahmen der evidenzbasierten Medizin belegt wurde, durch den Kontext gemindert.



Vorzeichen der Gesundheitsleistung

Das **Vorzeichen** der Gesundheitsleistung kann positiv oder negativ ausfallen.

Ein negatives Vorzeichen kann z. B. auftreten, wenn der Arzt einen medizinischen Kunstfehler begeht und/oder wenn die Patientensicherheit gefährdet ist oder verletzt wurde.

Bei einem negativen Vorzeichen der Gesundheitsleistung wird die Gesamtleistung eher negativ ausfallen



Guter Arzt = technisch guter Arzt + kontextoptimierender Arzt

- In diesem Fall kommt zur guten technischen Wirkung der Therapie die gute Kontextwirkung hinzu.
- Ärzte können durch gute Kontextbedingungen dafür sorgen, dass der Effekt der Gesundheitsleistung verbessert wird.



Gutes Krankenhaus = technisch gutes Krankenhaus + kontextoptimierendes Krankenhaus

In diesem Fall kommt zur guten technischen Wirkung der Diagnose und Therapie die gute Kontextwirkung hinzu.

Krankenhäuser können durch gute Kontextbedingungen dafür sorgen, dass der Effekt der Gesundheitsleistung verbessert wird.



Gliederung

1. Was ist Versorgungsforschung?
 2. Input-Faktoren
 3. Throughput: Gesundheitsleistung
 4. Throughput: Kontextleistung
 5. Outcome: Versorgungsleistung
 6. **Fazit**
-



Fazit

1. Input + Throughput = Outcome
 2. Versorgungsleistung = Gesundheitsleistung + Kontextleistung
 3. Versorgungsleistung \geq/\leq Gesundheitsleistung
 4. Guter Arzt = technische Arzt + kontextoptimierender Arzt
-



Universität Köln
Humanwissenschaftliche Fakultät
Medizinische Fakultät

Institut für
Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft

i:imvr

Fragen und Kontakt

Prof. Dr. Holger Pfaff
holger.pfaff@uk-koeln.de

www.imvr.de

IMVR
Eupener Str. 129
50933 Cologne
Germany
+49 221 47897100

