

Beiträge

Doris Schaeffer, Michael Ewers

Integrierte Versorgung nach deutschem Muster

During the last years many activities were started in Germany to foster integrated care, mostly with the intention to answer the unsatisfying effectiveness and efficiency of the health care system. However, on closer examination, the debate is characterized by many shortcomings, which will be discussed in this article. It will be demonstrated, that not only the continuity of care - the patients perspective - is not recognized in current reform activities on political and practical level. Furthermore, the importance of professional nursing for integration and continuity of care, the potentials of nurses in taking charge of coordination and caring functions are undervalued in the models of integrated care made in Germany. As caring profession nurses for the good of the patients are challenged to overcome these shortcomings and to play an active role in the current discussion about integrated care.

In den letzten Jahren wurden in Deutschland zahlreiche Initiativen zur Förderung der Integrierten Versorgung auf den Weg gebracht, vorrangig mit dem Ziel die unbefriedigende Effektivität und Effizienz des Versorgungssystems zu verbessern. Bei näherer Betrachtung zeigt sich aber, dass diese Initiativen durch eine Reihe von Engführungen gekennzeichnet sind, auf die in diesem Beitrag hingewiesen wird. Gezeigt wird nicht nur, dass der Frage der Versorgungskontinuität – und damit der Patientenperspektive – in den aktuellen Reformbestrebungen sowohl auf politischer wie auch auf praktischer Ebene zu wenig Beachtung geschenkt wird. Auch die Bedeutung der professionellen Pflege für die Sicherstellung einer integrierten und kontinuierlichen Versorgung sowie ihre Potenziale zur Übernahme zentraler Steuerungs- und Versorgungsfunktionen werden in der integrierten Versorgung nach deutschem Muster unterbewertet. Als „caring profession“ ist die Pflege im Interesse der Patienten herausgefordert, diese Engführungen zu überwinden und in der aktuellen Diskussion über integrierte Versorgung eine aktive Rolle zu übernehmen.

Einführung

Die Integrierte Versorgung ist ein Klassiker der gesundheitspolitischen und -wissenschaftlichen Diskussion. Seit nunmehr drei Jahrzehnten wird in Deutschland über Versorgungsbrüche, Desintegrationserscheinungen und die Kluft zwischen den Versorgungssektoren disku-

tiert. Fast ebenso lange wird über Möglichkeiten ihrer Überwindung beraten und wurden im Zuge dessen auch zahlreiche, meist eher kleinteilige Innovationsversuche gestartet. Ordnungs-, versorgungs- und professionspolitische Zielsetzungen gehen in dieser Auseinandersetzung Hand in Hand, wie sich vor allem an der bislang jüngsten Initiative zeigt, den 2004 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) neu gefassten §§ 140a-d SGB V¹. Basierend auf dieser sozialrechtlichen Grundlage werden bis zu einem Prozent der jährlichen ärztlichen Vergütungen und ein weiteres Prozent von den Krankenhäusern – insgesamt 650 Millionen Euro – in integrierte Versorgungsverbände investiert. Wenn diese Anschubfinanzierung 2006 ausläuft, werden im gesamten Bundesgebiet annähernd 2000 sektorenübergreifende Verträge zur integrierten Versorgung geschlossen worden sein (Schellschmidt et al. 2006; Amelung/Janus 2006).

Mit dieser Gesetzesinitiative soll in erster Linie der unzureichenden Effektivität und Effizienz des deutschen Gesundheitssystems begegnet und sollen etliche der wirtschaftlichen, sozialrechtlichen und bürokratischen Probleme an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung überwunden werden. Zugleich ist in der Begründungsrhetorik aber immer wieder auch von Chancen für die Patienten und die Nutzer von Versorgungsleistungen die Rede (Stock et al. 2005). Zur Erinnerung: Es ist in erster Linie der demographisch und epidemiologisch bedingte Wandel der Patientenproblematiken, mit dem die Versorgungssysteme nicht Schritt gehalten haben und der sie seit geraumer Zeit unter erheblichen Innovations- und Handlungsdruck setzt. Bis heute ist das bundesdeutsche Versorgungssystem wesentlich durch Ausrichtung auf akute, episodale und eindimensionale Krankheiten geprägt und durch somatische Fixierung charakterisiert (SVR 2002). Der Mehrheit der Patienten und den heute dominierenden Gesundheitsproblematiken – chronischen Erkrankungen – kann damit nicht entsprochen werden. Aufgrund ihrer Komplexität verlangen chronische Krankheiten, seien sie progredienter oder degenerativer Art, nach mehrdimensionalen, interdisziplinär bzw. multiprofessionell ausgerichteten Versorgungsstrategien, die neben somatischen auch soziale, psychische und lebensweltliche Dimensionen berücksichtigen – eine Feststellung, über die seit langem Konsens herrscht (ebd.; Schaeffer 2000a/b). Betrachten wir indes die Modelle integrierter Versorgung nach deutschem Muster zeigt sich, wie wenig diese Erkenntnis die Umsetzung bestimmt: Fragen der Versorgungskontinuität – und damit letztlich der Patientenperspektive – wird in den aktuellen Reformbestrebungen sowohl auf politischer wie auch auf praktischer Ebene weitaus zu wenig Beachtung geschenkt. Exemplarisch deutet dies an, dass die gegenwärtige Diskussion durch eine Reihe von Engführungen gekennzeichnet ist, die auch sichtbar werden, wenn die Bedeutung der Pflege in diesem Kontext betrachtet wird. Diese Engführungen zu diskutieren, ist Ziel des Beitrags². Zunächst wird darin der

1 Eingeführt wurde die Integrierte Versorgung als neue, eigenständige Versorgungsform bereits mit der Gesundheitsreform 2000. Mit der Neufassung im GMG sollten die Anreize für den Strukturwandel durch zusätzliche Finanzmittel und eine größere Freiheit bei der Vertragsgestaltung verstärkt werden (Stock et al. 2005)

2 Dabei rekurren wir auf Überlegungen, die – mit jeweils unterschiedlichen Akzentuierungen – an anderer Stelle ausführlicher dargelegt wurden (vgl. Schaeffer/Ewers 2002b; Ewers/Schaeffer 2003)..

Frage nachgegangen, auf welche Probleme mit den Bemühungen um Integration und Kontinuität reagiert werden soll. Dabei stehen – dies sei vorab festgehalten – Patientenprobleme und nicht etwa gesundheitsökonomische oder sozialrechtliche Fragen an erster Stelle. Sodann wird der Blick auf die Pflege und ihre Potenziale zur Förderung von Integration und Kontinuität in der Versorgung gerichtet.

Hintergrund der Diskussion

Es ist unbestritten, dass angesichts der heute dominierenden Gesundheitsproblematiken Versorgungsstrukturen und -prozesse benötigt werden, die eine integrierte und kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten vermögen. Die Realisierung dessen reibt sich im hiesigen Versorgungssystem jedoch an einer Reihe von Strukturdefiziten, so beispielsweise (1) an der sozialrechtlich determinierten Trennung zwischen gesundheitlicher und sozialer und mittlerweile auch zwischen gesundheitlicher, rehabilitativer und pflegerischer Versorgung, (2) an der hierzulande besonders ausgeprägten Kluft zwischen stationärer und ambulanter Versorgung und schließlich auch (3) der enormen Zersplitterung und Fragmentierung von Diensten und Leistungen im ambulanten Sektor. Die Bereitstellung komplexer Versorgungspakete, wie sie u. a. für chronisch Kranke benötigt werden, ist hierdurch vor besondere Schwierigkeiten gestellt (Schaeffer/Moers 2000; Schaeffer/Ewers 2002a; Schaeffer 2004).

Doch auch in anderer Hinsicht sind unzureichendes Ineinandergreifen und mangelnde Koordination zu beobachten: Im Verlauf des oft langen Krankheitsgeschehens sind gerade chronisch Kranke mit einer Vielzahl an Einrichtungen, Diensten und Gesundheitsprofessionen konfrontiert, müssen mehrfach zwischen unterschiedlichen Versorgungsarten, und -bereichen hin und her wechseln und können am Ende meist auf lange Versorgungskarrieren zurückblicken – charakterisiert durch Diskontinuitäten und Versorgungsbrüche. Die Entstehung von Karrieremechanismen ist nicht zuletzt der Tatsache geschuldet, dass die temporalen und dynamischen Besonderheiten chronischer Krankheit bei der Gestaltung von Versorgungsprozessen zu wenig Beachtung finden. Aufgrund ihrer Dauerhaftigkeit werden ihnen kurzfristige und auf einzelne Problemabschnitte begrenzte Hilfen nicht gerecht. Sie benötigen vielmehr langfristig angelegte Versorgungsstrategien und ein Kontinuum von aufeinander abgestimmten Hilfen („continuum of care“), das während des gesamten Verlaufs adäquate Antworten auf die jeweilige Problematik bereit hält und flexibel auf Veränderungen des Versorgungsbedarfs reagiert – eine bereits Jahrzehnte alte WHO-Forderung, die allerdings noch immer nicht ausreichend umgesetzt ist (Boult et al. 2000; Wagner 2000; SVR 2002; Kodner 2003).

Um die besondere Verlaufsdynamik chronischer Krankheit – den stetigen Wechsel von stabilen, instabilen und krisenhaften Phasen – unter Kontrolle halten, den Gesamtverlauf positiv beeinflussen und vermeidbare Progressionen verhindern zu können, ist darüber hinaus eine systematische Steuerung und Prozessierung der

Versorgungsverläufe notwendig. Die Realisierung dessen setzt allerdings ein hohes Maß an Kooperation und Koordination voraus, was an den im hiesigen Gesundheitssystem bestehenden Mustern der Arbeitsteilung und der insularen Arbeitsweise der Gesundheitsprofessionen scheitert. Der Versorgungsalltag zeichnet sich daher eher durch ein unkoordiniertes Nebeneinander, denn Zielgemeinschaft und abgestimmtes, ineinander greifendes Handeln der Gesundheitsprofessionen aus (Mühlbacher 2002; Badura/Iseringhausen 2005).

Nicht unerwähnt sei schließlich die seit langem kritisierte Zersplitterung und Unübersichtlichkeit des Versorgungssystems, welche die Nutzer vor erhebliche Schwierigkeiten stellt. Lange Suchbewegungen und Irrwege bis die richtige Stelle gefunden ist, gehören nicht zur Ausnahme, sondern zu den normalen Erscheinungen im Versorgungssystem. Denn in der Regel obliegt es den Nutzern selbst, sich die notwendigen Informationen zu beschaffen, Angebote zu suchen, abzuwägen, was für sie richtig ist und was nicht. Doch nicht alle Nutzer verfügen über die dazu nötigen Kompetenzen und vermögen sich problemlos durch das Versorgungssystem zu bewegen. Vielen fehlt es dafür schlicht an der nötigen Kompetenz – eine Feststellung, die insbesondere für vulnerable Patientengruppen gilt. Um ihnen direkten Zugang zum Versorgungssystem und zu individuell angemessenen Versorgungsangeboten zu ebnet bedarf es u. a. jederzeit erreichbarer Informations- und Beratungsangebote (Schaeffer/Schmidt-Kaehler 2006). Erforderlich ist darüber hinaus, für sie geeignete Versorgungspfade zu ebnet und ihnen anwaltschaftliche Unterstützung auf dem Weg durch das Versorgungssystem zuteil werden zu lassen, um so belastende Suchbewegungen zu vermeiden. Auch diese Erkenntnis ist keineswegs neu, hat aber trotz jahrelanger Anmahnung noch weitaus zu wenig Eingang in den Versorgungsalltag gefunden (Schulz-Nieswandt 2000; SVR 2002; Schaeffer 2004).

Diese unschwer zu ergänzende Auflistung macht bereits deutlich, dass im hiesigen Gesundheitssystem eine Vielzahl an unterschiedlich gelagerten Desintegrations- und Diskontinuitätsproblemen bestehen, die den Erkrankten eine ganze Reihe an Einbußen bescheren. Denn zumeist sind sie oder auch ihre Angehörigen diejenigen, welche die Auswirkungen der zuvor skizzierten Defizite zu tragen und zusätzlich zu den vielfältigen Aufgaben der Krankheitsbewältigung zu kompensieren haben, womit sie nicht eben selten überfordert sind. Doch auch aus systemischer und ökonomischer Perspektive fällt die Bilanz nicht eben positiv aus, denn die skizzierten Probleme lassen das deutsche Versorgungssystem über weite Strecken zu einer „high input but low outcome“-Veranstaltung (Roth/Rüschemann 1999) werden und tragen somit erheblich zum gegenwärtigen Reform- und Innovationsdruck bei.

Engführungen

In der gesundheitspolitischen Arena standen in den vergangenen Jahren allerdings weniger die zuvor angesprochenen Patientenprobleme und deren unzureichende Beant-

wortung als vielmehr die infolgedessen zu beobachtende Ineffektivität und Ineffizienz des Versorgungssystems im Fokus der Aufmerksamkeit. Dies war auch der Hauptgrund, warum die Verbesserung der Integration und Kontinuität der Versorgung zum Zielpunkt von Reformen erklärt wurde. Wie erfolgreich dies gelungen ist und welche Auswirkungen die neu geschaffenen integrierten Versorgungsverbände auf das Gesundheitssystem auch über die Phase der Anschubfinanzierung nach §§ 140a-d SGB V hinaus haben werden, ist derzeit Gegenstand zahlreicher gesundheitsökonomischer und sozialpolitischer Diskussionen, Untersuchungen und Spekulationen (exempl. Stock et al. 2005; Klauber et al. 2006). An diesen wollen und können wir uns nicht beteiligen, vielmehr sollen aus pflege- und gesundheitswissenschaftlicher Sicht einige der offensichtlichen Engführungen dieser Initiativen herausgearbeitet werden:

Auffallend ist, dass hierzulande unter der Überschrift „integrierte Versorgung“ vornehmlich über integrierte medizinische Behandlung diskutiert wird. Zwar ist unbestritten, dass auch und gerade in diesem Bereich zahlreiche Integrations- und Qualitätsprobleme der Lösung harren – insbesondere wenn es um das Ineinandergreifen von ambulanter und stationärer oder allgemein- und fachärztlicher Behandlung geht. Gleichwohl wird mit der Reduktion auf medizinische Belange und Fragen der Behandlung eine Versorgungsvorstellung gestützt, die seit langem als überholt und zu verengt gilt. Denn gerade angesichts der dominierenden chronischen Erkrankungen ist ein reibungsloses Ineinandergreifen präventiver, kurativer, rehabilitativer und palliativer Versorgungsangebote notwendig und gilt es, nicht einzig auf „cure“ sondern ebenso auch auf „care“ zu fokussieren. Diese Vorstellung reibt sich allerdings an der hierzulande traditionellen sozialrechtlichen Trennung von kurativer (SGB V), rehabilitativer (SGB IX) und pflegerischer (SGB XI) Versorgung und eben dies mag einer der Gründe dafür sein, weshalb sie bislang zurückhaltend aufgegriffen wurde.

Die (Selbst-)Beschränkung auf Behandlungsfragen greift aber nicht nur inhaltlich zu kurz. Sie befördert auch die seit Jahren kritisierte Dominanz der Medizin im deutschen Gesundheitssystem und behindert die strukturelle Einbeziehung der so genannten „caring professions“ – allen voran der Pflege, aber auch der Sozialarbeit, etc. – in die integrierten Versorgungsverbände. Eine Konsequenz dessen ist, dass die aktuellen Bemühungen zur integrierten Versorgung durch Monoprofessionalität gekennzeichnet sind – eine Kritik, die nicht nur für die meisten der aktuellen Vernetzungsversuche und integrierten Versorgungsverbände gilt, sondern auch für die Bemühungen der letzten Jahre zur Optimierung der Versorgungsprozesse an der Schnittstelle von stationärer und ambulanter Versorgung. So verfolgen die meisten der Innovationen zur Verbesserung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Versorgung das Ziel, die Verknüpfung von Medizin und Medizin oder auch von Pflege und Pflege zu verbessern – so beispielsweise auch der Nationale Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (DNQP 2004). Doch obwohl Einvernehmen dahingehend besteht, dass für eine integrierte und kontinuierliche Versorgung ein Zusammenwirken aller Gesundheits- und Sozialprofessionen erforderlich ist, harren die professionsübergreifenden Herausforderungen noch weit-

gehend der Bearbeitung (Ewers 2004; Wingefeld 2005).

Zahlreiche Verbesserungsbemühungen zielen zudem vorrangig auf Strukturenerweiterung, die erneut zu mehr Quantität, aber nicht zwingend zu mehr Qualität für die Patienten führt (Schaeffer 2002b). So werden derzeit ergänzend zu den bestehenden Versorgungsstrukturen oftmals neue Einrichtungen und Modelle geschaffen, die zwar mit dem Ziel der Vernetzung und Integration antreten, für die Nutzer jedoch die Zahl an anzulaufenden Stellen und die Unübersichtlichkeit des Versorgungssystems weiter erhöhen – eine aus Nutzerperspektive fragwürdige Entwicklung. Sinnvoller erscheint, eine stärkere Integration vorhandener Strukturen anzustreben – beispielsweise ein engeres Zusammenrücken von Arztpraxen, ambulanten Pflegediensten und Beratungsangeboten – und zugleich die Integrationsbemühungen zum integralen Bestandteil professionellen Handelns im Gesundheitssystem zu erheben.

Viele der derzeitigen Bestrebungen scheinen eher papierförmige Produkte zu sein, die dem Marketing und der Außendarstellung von Einrichtungen dienen oder allein deren Abrechnungsmodalitäten verbessern sollen, die aber die konkrete Versorgungsgestaltung im Alltag nur wenig verändern. Inwieweit hier die Einführung der G-DRGs im akutstationären Sektor zu einer Veränderung beiträgt und auch sektorenübergreifende Initiativen hervorbringt, die der eigentlichen Zielvision näher kommen, bleibt abzuwarten. Es gibt allerdings erste Hinweise darauf, dass insbesondere die großen stationären Leistungsanbieter eine horizontale und vertikale Integration – sprich die Anbindung von anderen Krankenhäusern oder auch von stationären Step-Down-Units und ambulanten Pflegediensten – in Erwägung ziehen und auf diese Weise auch die strukturellen Voraussetzungen dafür schaffen, dass Versorgungsprozesse entstehen, die auf Integration und Kontinuität angelegt sind und eine ebenso reibungslose wie bedarfsgerechte Prozessierung der Patienten durch die diversen Instanzen der Krankenversorgung sicherstellen können (Stock et al. 2005; Schröder/Zich 2006).

Bei einigen Bemühungen hat es – sarkastisch formuliert – zudem den Anschein, als würden die eigentlichen Integrationsherausforderungen so klein gearbeitet, dass übrig bleibt und erprobt wird, was nicht mit den Routinen kollidiert. Wird aus inhaltlicher Perspektive betrachtet, was „klein gearbeitet“ wird, zeigt sich, dass die Veränderung der Arbeitsweise und der Kooperationsroutinen offenkundig weitaus schwieriger ist als gedacht. Das gilt für die innerprofessionelle Kooperation, vor allem aber für die interprofessionelle Zusammenarbeit und hier besonders für die zwischen Medizin und Pflege. Sie strandet im Alltag nicht eben selten an der Hierarchie und dem Statusgefälle der Professionen. Eine integrierte (und multiprofessionelle) Versorgung ist jedoch – wie in der Literatur betont wird (Sullivan 1998; Kodner 2002, 2003; Leichsenring/Alaszewski 2004) – zwingend auf ein ineinander greifendes Handeln, ja auf eine kooperative Versorgungsgestaltung verwiesen. Zur Realisierung dessen müssen hierarchische Muster der Zusammenarbeit zu Gunsten aufgabenförmiger Modelle der Verantwortungs- und Arbeitsteilung aufgegeben wer-

den, müssen eingefahrene Wege verlassen, Vorurteile überwunden sowie herkömmliche Professionsgrenzen verschoben und abgebaut werden – eine Herausforderung, der durch Appelle nicht beizukommen ist. Sie muss vielmehr ihrerseits zum Gegenstand von Innovationsversuchen erhoben werden und bedarf längerer Lernprozesse, die durch Qualifikation gestützt und wissenschaftlich begleitet werden sollten (Ribbe 1998; Badura et al. 2001; Pundt 2006).

Ein letzter und besonders wichtiger Aspekt: Die meisten der aktuellen Integrationsbemühungen sind aus der Akteursperspektive konzipiert und schenken der Patientenperspektive zu wenig Beachtung. Im Mittelpunkt der Bemühungen stehen zumeist Effektivitäts- und Effizienzgesichtspunkte – wie etwa die Verminderung von Reibungs- und Informationsverlusten, die Verhinderung von Doppeluntersuchungen, Drehtüreffekten und anderen Kosten treibenden Faktoren oder auch schlicht die Neugestaltung von vertraglichen Beziehungen und Geldflüssen zwischen den diversen Leistungsanbietern im ambulanten und stationären Sektor (Amelung/Janus 2006). Das ist zweifelsohne sinnvoll, löst aber keineswegs zwingend auch all die Probleme, die sich für die Patienten stellen und auf ihre Versorgung als qualitätsmindernd auswirken. Mangelnde Patienten- bzw. Nutzerorientierung – wie sie hier zum Ausdruck kommt – ist seit Jahren Gegenstand der Kritik und wurde nicht zuletzt in den letzten Gutachten des Sachverständigenrats erneut angemahnt (exempl. SVR 2002). In der derzeitigen Debatte schlägt sie sich dergestalt nieder, dass zwar viel über Integration diskutiert wird, aber die Frage der Versorgungskontinuität – sozusagen die Patientenseite der Medaille – kaum Gegenstand von Auseinandersetzungen ist. Doch sind den Bemühungen um Verbesserung der Integration bestenfalls Teilerfolge beschieden, wenn Kontinuitätsgesichtspunkte und damit die Patientenperspektive nicht einbezogen werden (Schaeffer 2004).

Um Versorgungskontinuität herzustellen, bedarf es ergänzend anderer Konzepte, so etwa Trajekt- oder Pathway-Management, Case Management etc. (Muhally/Jensen 2004). Gemeinsam ist all diesen international viel diskutierten und vielerorts seit langem implementierten Konzepten, dass sie aus unterschiedlichen Perspektiven kommend zu einer effektiven und effizienten Prozessierung der Behandlungs- und Versorgungsabläufe beitragen wollen – speziell bei chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit und hier besonders bei vulnerablen Patientengruppen (Ewers/Schaeffer 2005; Ewers 2005b; Ewers i. E.). Auch in Deutschland werden diese Konzepte vermehrt diskutiert und partiell auch bereits umgesetzt. Standen anfänglich vor allem Care und Case Management im Zentrum der Aufmerksamkeit, erfreut sich neuerlich vor allem das Disease Management großer Popularität (Greulich et al. 2002; Häussler/Berger 2004). Wenn dieses Instrument in Deutschland nunmehr auf breiterer Basis Einkehr in den Versorgungsalltag hält, ist dies zweifelsohne ein Schritt in die richtige Richtung. Anzumerken ist allerdings, dass damit ein Konzept aufgegriffen wird, das durch einen vorrangig krankheitszentrierten Zugriff gekennzeichnet ist und damit in Gefahr steht, abermals auf „cure“, statt auf „care“ Aspekte reduziert zu sein, womit die gegenwärtig bestehende Schiefelage in der deutschen Diskussion reproduziert und

zugleich eine grundlegende Schwäche des hiesigen Gesundheitssystems, nämlich dessen somatische Fixierung (SVR 2002), fortgeschrieben zu werden droht. Dass diese Gefahr nicht von der Hand zu weisen ist, zeigt sich beispielsweise daran, dass den „caring professions“ hierzulande bei der Entwicklung und Umsetzung von Disease-Management-Programmen bestenfalls marginaler Status beigemessen wird, während sie in anderen Ländern – beispielsweise den USA – längst fester Bestandteil dieser Konzepte sind (Powell 2000; Zander 2002; Mahn-DiNicola/Zazworsky 2005). Während dort also durch die Einbindung aller relevanten Sozial- und Gesundheitsprofessionen sichergestellt wird, dass Disease Management-Programme nicht einzig auf Krankheit fokussieren, sondern der Komplexität der Patientenproblematiken ausreichend Beachtung schenken, drohen diese Anforderungen an eine integrierte und patientenorientierte Versorgung hierzulande aus dem Blickfeld zu geraten. Exemplarisch zeigt dies, dass es auch an dieser Front noch längerer Lernprozesse bedarf.

Konsequenzen für die Pflege

Es dürfte deutlich geworden sein, dass die integrierte Versorgung nach deutschem Muster durch zahlreiche Engführungen und Schiefhlagen gekennzeichnet ist. Eine der wichtigsten besteht – wie nochmals betont sei – in der Beschränkung auf „cure“ und der Vernachlässigung von „care“ und damit einhergehend in der Tatsache, dass die Pflege als „caring profession“ bislang weitgehend aus den gegenwärtigen Bemühungen und Diskussionen ausgeschlossen ist (vgl. Ewers/Schaeffer 2003). Auch dies ist partiell Resultat der sozialrechtlichen Trennung von gesundheitlicher und sozialer sowie von akuter und langzeitorientierter Versorgung, spiegelt aber zugleich den nach wie vor offenkundig randständigen Stellenwert der Pflege im hiesigen Gesundheitssystem wider. Ohne hier eine Veränderung herbeizuführen, dürfte den Bemühungen um Integration kaum Gelingen beschert sein. Denn die Pflege stellt als zahlenmäßig bedeutsamste Berufsgruppe im Gesundheitssystem eine tragende Säule der Versorgung dar – insbesondere wenn es um die Bewältigung der heute dominanten Gesundheitsprobleme, also um chronische Krankheiten, geht. Allein deshalb kann eine auf Integration ausgerichtete Versorgungsgestaltung nicht auf die Pflege verzichten.

Doch geht es nicht allein um die Frage des ja oder nein der bloßen Einbindung. Internationale Erfahrungen zeigen, dass der Pflege in integrierten Versorgungskonzepten sogar ein zentraler Part zukommt und sie über zahlreiche – hierzulande allerdings weitgehend ungenutzte – integrative Potenziale verfügt: Sie ist in allen Bereichen der Versorgung, also intersektorial tätig und verfügt daher über viele Möglichkeiten, um chronisch Erkrankte durch das Auf und Ab der Krankheit und auf dem Weg durch das Versorgungssystem zu begleiten. Zudem ist sie den Erkrankten über weite Strecken des Versorgungsverlaufs am nächsten und hat direkt Einblick in deren Alltag – auch in das Versorgungsgeschehen: Veränderungen des Krankheitsverlaufs und des Versorgungsbedarfs, Folgen unkoordinierter Versorgungsanstrengungen, ergebnislose Suchbewegungen durch das

Versorgungssystem sind für sie unmittelbar sichtbar. Des Weiteren verfügt sie über ein hinreichend flexibles Rollenprofil, um Vernetzungs- und Integrationsaufgaben angehen und das Ineinandergreifen von Versorgungsleistungen sichern zu können. International gilt sie daher als die geeignete Instanz unter den Gesundheitsprofessionen, um versorgungssteuernde Funktionen wahrzunehmen – eine Erkenntnis, die in vielen Ländern ihren Niederschlag darin gefunden hat, dass der Pflege (und nicht der Medizin) zentrale Integrations-, Steuerungs- und Koordinationsfunktionen zugeschrieben wurden – sei es im Rahmen von generellen Integrationsbemühungen, bei der Entwicklung und Implementierung multidisziplinärer klinischer Pathways, der Umsetzung von Disease- oder auch Care- und Case-Management-Programmen (Zander 2002; Ewers i. E.). Diese Potenziale der Pflege auch hierzulande zur Kenntnis zu nehmen und mehr noch: die Pflege – stärker in die derzeitigen Reformbestrebungen einzubeziehen, ist eine wichtige Aufgabe und unabdingbar, um die Engführungen der derzeitigen Diskussion zu überwinden.

Um das zu ermöglichen, sind allerdings etliche Herausforderungen zu bewältigen – allem anderen voran ein Umdenken der bislang hauptsächlich beteiligten Akteure. So lange die Pflege hierzulande als Restversorgungsinstanz betrachtet wird, der lediglich dann eine Funktion eingeräumt wird, wenn alle Möglichkeiten der Prävention, Kuration und Rehabilitation ausgeschöpft sind, wird dies nicht gelingen. Auch solange einem verkürzten Aufgabenverständnis der Pflege als ärztlicher Assistenzdisziplin gefolgt wird, dürfte schwerlich gelingen, die integrativen Potentiale der Pflege tatsächlich auszuschöpfen. Soll dies geschehen, ist also eine Revision des hierzulande vorherrschenden, überholten Pflegeverständnisses notwendig und ist außerdem erforderlich, die begonnene Profilierung der Pflege als wissenschaftsbasierter „caring profession“ nicht nur mit wohl wollendem Desinteresse (Garms-Homolová 1994) zur Kenntnis zu nehmen, sondern aktiv zu unterstützen. Denn um die anstehenden Probleme im Gesundheitssystem – auch die hier diskutierte Desintegration und Diskontinuität im Versorgungsgeschehen – zu lösen, bedarf es der Mitwirkung einer professionellen Pflege.

Doch nicht nur auf professionsübergreifender Ebene, auch in der Pflege selbst stehen etliche Herausforderungen zur Bewältigung an. Eine der wichtigsten ist, sich seitens der Pflege mehr als bislang an der Auseinandersetzung um Integrierte Versorgung zu beteiligen – sowohl auf praktischer, politischer wie schließlich auch auf wissenschaftlicher Ebene. Bislang ist die Reaktion der Pflege eher zurückhaltend – so jedenfalls der Eindruck, wird der innerprofessionelle Diskurs verfolgt. Die Zurückhaltung ist verständlich – Aufgaben des Versorgungsmanagements sind derzeit nur schwer mit dem gesetzlich festgeschriebenen, auf körperorientierte Maßnahmen konzentrierten Pflegeverständnis vereinbar, reiben sich mit den restriktiven Rahmenbedingungen im Pflegealltag und kollidieren zudem mit der nachrangigen Position der Pflege im Gefüge der Gesundheitsprofessionen. Dennoch, all dies anzumahnen und auf eine Erweiterung der pflegerischen Handlungsspielräume zu drängen, reicht nicht aus. Vielmehr ist notwendig, die bislang noch zögerlich-resignative Haltung aufzugeben und intensiver an den Reformauseinandersetzungen

– auch über Versorgungsintegration – zu partizipieren: im Interesse der eigenen Profilierung wie vor allem auch dem der Patienten.

Denn insgesamt ist – wie zuvor herausgestrichen – in der derzeitigen Auseinandersetzung über integrierte Versorgung erforderlich, den Adressaten der Versorgung – den Patienten – mehr Beachtung zu schenken und künftig nicht einzig die Imperative des Versorgungssystems, sondern die Patienten in den Mittelpunkt von Veränderungsbemühungen zu stellen, geht es doch letztlich um die Verbesserung ihrer Versorgung. Auch für die Pflege erwachsen daraus Konsequenzen. Stichwortartig benannt lauten diese: Rückbesinnung auf die innerprofessionell intensiv geführte Debatte um Patientenorientierung (vgl. Schaeffer 2001; Ewers 2005a) und vor allem darauf, dass die Pflege sich – wie in der internationalen Diskussion betont wird – traditionalerweise als Anwalt der Patienten begreift und die Herstellung einer patientenzentrierten Versorgung zu ihren Leitmaximen gehört. Mehr als bislang muss sie sich zudem mit Konzepten und Managementstrategien auseinandersetzen, die zur Realisierung einer patientenzentrierten Versorgung dienlich sind, wie es etwa mit Blick auf das hier zur Diskussion stehende Thema das Programm von Case Management ist. Dieses Steuerungsinstrument ist der Beseitigung von Versorgungsdefiziten auf der Patientenebene verpflichtet, intendiert eine Stärkung der Patientenposition und gilt aus diesem Grund als besonders geeignet, Integrationskonzepte und anders gelagerte Steuerungsinstrumente (z.B. Pathway-Konzepte, Disease-Management-Programme) zu ergänzen. In Ländern mit gewachsener Professionalisierungstradition in der Pflege gehört Case Management mittlerweile zum selbstverständlichen Bestandteil des Versorgungsalltags und ist – wie erwähnt – oftmals Aufgabe der Pflege, ohne dabei auf pflegerische Belange reduziert zu sein. Die auch an dieser thematischen Front nach wie vor vorfindbare Zurückhaltung aufzugeben, dürfte eine wichtige Herausforderung der Zukunft sein (Ewers/Schaeffer 2005; Ewers 2005b, i. E.).

Als Letztes sei das Thema Kooperation angesprochen. Eine über papierförmige Produkte und Willensbekundungen hinausgehende integrierte und multiprofessionelle Versorgung ist nicht realisierbar, ohne herkömmliche Kooperationsroutinen zu verändern und ohne bestehende Professionsgrenzen und -hierarchien anzugehen. Daraus erwachsen für alle Gesundheitsprofessionen Konsequenzen – auch für die Pflege. Zwar ist auf der Ebene kooperativen Handelns in den letzten Jahren in der Pflege viel an Innovation erprobt worden, insbesondere um die institutionsübergreifende Zusammenarbeit zu verbessern. Viele dieser Bemühungen sind jedoch auf die Verbesserung der innerprofessionellen Kooperation konzentriert. Die Revision überkommener Muster bei der professionsübergreifenden Zusammenarbeit ist weitaus schwieriger. Wie der Versorgungsalltag zeigt, prallen seitens der Pflege unternommene Bemühungen zur Verbesserung der Kooperation allzu leicht ab und scheitern an hierarchischen Professionsgrenzen und dies ist vermutlich der Grund dafür, weshalb monoprofessionellen Integrationsversuchen derzeit der Vorzug gegeben wird. Gleichwohl aber darf nicht übersehen werden, dass gerade die Pflege über sehr viel

interprofessionelles Kooperationswissen verfügt (Garms-Homolová/Schaeffer 1998). Nur selten bestreitet sie allein das Versorgungsgeschehen und ist in vielen Versorgungsbereichen sogar zwingend auf Kooperation verwiesen, um überhaupt tätig werden zu können. Zugleich besitzt sie überaus viel Wissen, was Störungen, Kooperationskonflikte und durch sie verursachte Reibungs- und Qualitätsverluste anbetrifft. Dieses Wissen zu „bergen“, es nicht länger als stillschweigendes Alltagswissen zu nutzen, sondern kritisch zu reflektieren und für die Entwicklung neuer Muster der Zusammenarbeit fruchtbar zu machen, dürfte eine weitere Aufgabe sein, deren Bewältigung künftig von zentraler Bedeutung ist, um einer der zentralen Schwachstellen der bisherigen Integrationsbemühungen entgegenzutreten zu können. Dass auch dazu wichtige Potentiale vorhanden sind, bestätigt ein nochmaliger Blick auf die internationale Diskussion: Er zeigt, dass zentrale Impulse zur Entwicklung einer integrativen und kooperativen Versorgungsgestaltung aus der Pflege kommen (Zander 1995, 2002; Sullivan 1998). Dies sollte auch hierzulande mehr als bislang als Inspiration aufgegriffen werden und die Pflege dazu ermutigen, sich als „caring profession“ im Interesse der Patienten an der Überwindung der zuvor aufgezeigten Schwächen der Integrierten Versorgung nach deutschem Muster auf allen Ebenen aktiv zu beteiligen.

Literatur

- Amelung, V.E.; Janus, K. (2006): Modelle der integrierten Versorgung im Spannungsfeld zwischen Management und Politik. In: Klauber, J.; Robra, B.-P.; Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2005. Schwerpunkt: Wege zur Integration. Stuttgart: Schattauer, 13-25
- Badura, B.; Iseringhausen, O. (Hrsg.) (2005): Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. Beiträge aus der Versorgungsforschung. Bern: Huber
- Badura, B.; Schaeffer, D.; von Troschke, J. (2001): Versorgungsforschung in Deutschland – Fragestellungen und Förderbedarf. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 9(4), 294-312
- Boult, C.; Kane, R.L.; Brown, R. (2000): Managed care of chronically ill older people: the US experience. British Medical Journal 312(), 1011-1014
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2004): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück
- Ewers, M. (2004): Case Management und Multidisziplinarität. Managed Care – Schweizer Zeitschrift für Managed Care, Public Health Gesundheits- und Sozialökonomie 8(1), 28-30
- Ewers, M. (2005a): Dimensionen von Patientenorientierung in der Pflege Schwerkranker. In: Pleschberger, S.; Heimerl, K.; Wild, M. (Hrsg.): Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht. 2., aktualisierte Auflage. Wien: Facultas Verlag, 83-100
- Ewers, M. (2005b): Krankenhausbasiertes Case Management als Baustein einer integrierten Versorgung. In: Badura, B.; Iseringhausen, O. (Hg.): Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. Beiträge aus der Versorgungsforschung. Bern: Huber, 156-165
- Ewers, M. (i. E.): Case Management in der Pflege. Versuch einer Bestandsaufnahme. In: Wendt, W.R.; Löcherbach, P. (Hrsg.): Case Management in der Entwicklung – Stand und Perspektiven in der Praxis. Heidelberg: Hüthig, Jehle und Rehm Verlagsgruppe
- Ewers, M.; Schaeffer, D. (2003): Die Rolle der Pflege in der integrierten Versorgung. In: Tophoven, C.; Lieschke, L. (Hrsg.): Integrierte Versorgung. Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze.
- Ewers, M.; Schaeffer, D. (Hrsg.) (2005): Case Management in Theorie und Praxis. 2., ergänzte Auflage. Bern: Huber

- Garms-Homolová, V. (1994): Das freundliche Desinteresse der Ärzte an der Pflege. Fehlende Kooperation zwischen Medizinern und Pflegekräften blockiert die Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung. *Forum Sozialstationen* 18(70), 18-20
- Garms-Homolová, V.; Schaeffer, D. (Hrsg.) (1998): *Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung*. Wiesbaden: Ullstein Medical
- Greulich, A.; Berchthold, P.; Löffel, N. (Hrsg.) (2002): *Disease Management. Patient und Prozeß im Mittelpunkt. 2., überarbeitete Auflage*. Heidelberg: Hüthig Verlag UTB
- Häussler, B.; Berger, U. (2004): *Bedingungen für effektive Disease-Management-Programme. Analyse, Bewertung und Lösungsansätze für Qualität und Finanzierung*. Baden-Baden: Nomos
- Klauber, J.; Robra, B.-P.; Schellschmidt, H. (Hrsg.) (2006): *Krankenhaus-Report 2005. Schwerpunkt: Wege zur Integration*. Stuttgart: Schattauer
- Kodner, D.L. (2002): *Integrated Care: Meaning, logic, applications, and implications: A Discussion Paper*. *International Journal of Integrated Care* Vol. 2, Nov.2002 - Gefunden am 02.05.2006 unter <http://www.ijic.org/>
- Kodner, D.L. (2003): *Consumer-directed services: Lessons and implications for integrated systems of care*. *International Journal of Integrated Care* Vol. 3, Jun.2003 - Gefunden am 02.05.2006 unter <http://www.ijic.org/>
- Leichsenring, K.; Alaszewski, A.M. (Eds.) (2004): *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons. A European Overview of Issues at Stake*. Aldershot: Ashgate
- Mahn-DiNicola, V.A.; Zazworsky, D.J. (2005): *The advanced practice nurse case manager*. In: Hamric, A.B.; Spross, J.A.; Hanson, C.M. (Eds.): *Advanced nursing practice: An integrative approach*. 3rd Edition. St. Louis MO: Elsevier Saunders, 617-676
- Muhally, C.M.; Jensen, D.K. (2004): *The Case Manager's Handbook*. 3rd. Edition. Boston MA: Jones and Bartlett Publishers
- Mühlbacher, A. (2002): *Integrierte Versorgung: Management und Organisation*. Bern: Huber
- Powell, S.K. (2000): *Advanced Case Management. Outcomes and Beyond*. Baltimore: Lippincott
- Pundt, J. (2006): *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven*. Bern: Huber
- Ribbe, M.W. (1998): *Weiterbildung der Ärzte. Voraussetzung der Kooperation zwischen Pflege und Medizin: Curriculum für „Verpleeghuis“ Physicians*. In: Garms-Homolová, V.; Schaeffer, D. (Hrsg.): *Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung*. Wiesbaden: Ullstein Medical
- Roth, A.; Rüschemann, H.H. (1999): *Ökonomisches Plädoyer für integrative Versorgung – Patientenkarrieren chronisch Kranker in Schleswig-Holstein*. In: Arnold, M.; Litsch, M.; Schwartz, F.W. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 1999*. Stuttgart: Schattauer, 93-118
- Schaeffer, D. (2000a): *Bruchstellen in der Versorgung chronisch kranker Menschen. Die Entlassung aus dem Krankenhaus*. In: Seidl, E.; Walter, I.M. (Hrsg.): *Autonomie im Alter*. Wien: Wilhelm Maudrich, 11-35
- Schaeffer, D. (2000b): *Versorgungsintegration und -kontinuität. Implikationen für eine prioritär ambulante Versorgung chronisch Kranker*. *Pflege und Gesellschaft* 5(2), 33-36
- Schaeffer, D. (2001): *Patientenorientierung und -beteiligung in der pflegerischen Versorgung*. In: von Reibnitz, C.; Schnabel, P.E.; Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Der mündige Patient*. München: Juventa, 49-59
- Schaeffer, D. (2004): *Der Patient als Nutzer. Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit*. Bern: Huber
- Schaeffer, D.; Ewers, M. (2002a): *Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerverkrankter*. Bern: Huber
- Schaeffer, D.; Ewers, M. (2002b): *Integration der Versorgung in Zeiten von DRGs - Bedeutung und Konsequenzen für die Pflege*. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 7(5), 310-317
- Schaeffer, D.; Moers, M. (2000): *Bewältigung chronischer Krankheit. Aufgaben der Pflege*. In: Rennen-Allhoff, B.; Schaeffer, D. (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. München: Juventa, 447-

484

- Schaeffer, D.; Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.) (2006): Lehrbuch Patientenberatung. Bern: Huber
- Schellschmidt, H.; Klauber, J.; Robra, B.-P. (2006): Wege zur Integration – Die deutsche Integrationsdebatte und ihre neuen Perspektiven. In: Klauber, J.; Robra, B.-P.; Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2005. Schwerpunkt: Wege zur Integration. Stuttgart: Schattauer, 1-9
- Schröder, W.F.; Zich, K. (2006): Das Krankenhaus als Motor für Integration in der medizinischen Versorgung. In: Klauber, J.; Robra, B.-P.; Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2005. Schwerpunkt: Wege zur Integration. Stuttgart: Schattauer, 55-65
- Schulz-Nieswandt, F. (2000): § 140 SGB Va ff. und DRGs im Krankenhaussektor. Möglichkeiten und Gefahren einer integrierten Versorgung für ältere Menschen. Sozialer Fortschritt 49(5), 115-118
- Stock, S.; Plamper, E.; Redaelli, M.; Gerber, A.; Lauterbach, K.W. (2005): Versorgungspolitische Ziele der Integrierten Versorgung. In: Badura, B.; Iseringhausen, O. (Hrsg.): Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. Beiträge aus der Versorgungsforschung. Bern: Huber, 85-98
- Sullivan, T.J. (1998): Collaboration. A Health Care Imperative. NewYork: McGraw-Hill
- SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden: Nomos
- Wagner, E.H. (2000): The role of patient care teams in chronic disease management. British Medical Journal 320(), 569-572
- Wingefeld, K. (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Huber
- Zander, K. (Hrsg.) (1995): Managing Outcomes through Collaborative Care. The Application of CareMapping and Case Management. Chicago: American Hospital Publishing
- Zander, K. (2002): Integrated care pathways: eleven international trends. Journal of Integrated Care Pathways 6(), 101-107

Prof. Dr. Doris Schaeffer

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universitätsstrasse 25, 33165 Bielefeld, doris.schaeffer@uni-bielefeld.de

Prof. Dr. Michael Ewers

Fachhochschule München – FB 11
Am Stadtpark 20, 81243 München, m.ewers@fhm.edu

Schlüsselwörter:

Integrierte Versorgung, Versorgungskontinuität, Chronische Krankheit, Pflege