



**Die integrierte
onkologische Versorgung**

Michael Ewers

28. Deutscher Krebskongress 2008
XII. Pflegekongress der KOK
20. Februar 2008 - Berlin

Integrierte Versorgung



§ 140a-d SGB V

«Abweichend von den übrigen Regelungen dieses Kapitels können die Krankenkassen Verträge über eine **verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung** der Versicherten oder eine **interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung** mit den in § 140b Abs. 1 genannten Vertragspartnern abschließen.»

§§ 63-65 SGB V

Modellvorhaben: Struktur- / Leistungsmodelle

§ 73a SGB V

Strukturverträge

§ 137 f-g SGB V

Strukturierte Behandlungsprogramme



Integrierte Versorgung - Verträge

Tabelle 7: Struktur der Verträge zur integrierten Versorgung nach dem Vertragsgegenstand

Vertragsgegenstand	Anzahl	Anteil	Vertragsgegenstand	Anzahl	Anteil
Hilf- und Kniegelenke	611	25,08 %	Behindertenhilfe	14	0,57 %
Ambulante Operationen	247	10,14 %	Schlaganfall	14	0,57 %
Orthopädie	203	8,33 %	Wundmanagement	13	0,53 %
Herz- und Kreislaufkrankungen	165	6,77 %	Fachübergreifende Behandlung	9	0,37 %
Chirurgische Erkrankungen	100	4,11 %	Tinnitus	8	0,33 %
Gynäkologie	94	3,86 %	Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit	7	0,29 %
Bandscheiben	73	3,00 %	Arztliche Therapie	7	0,29 %
Muskel- und Skelettkrankungen	68	2,79 %	Kopfschmerzen und Migräne	7	0,29 %
Gefäßkrankungen	62	2,55 %	Darmerkrankungen	5	0,21 %
Homöopathie	62	2,55 %	Zahnbehandlung	4	0,16 %
Schwangerschaft	42	1,72 %	Osteoporose	4	0,16 %
Augenerkrankungen	35	1,44 %	Pflegeheimbewohner	4	0,16 %
Kurzstationäre Behandlung	35	1,44 %	Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit	3	0,12 %
Atemwegserkrankungen	33	1,35 %	Demenzerkrankungen	3	0,12 %
HNO	33	1,35 %	Palliativmedizin	3	0,12 %
Rückenschmerzen	30	1,23 %	Präventivmedizin	3	0,12 %
Urologie	29	1,19 %	Ambulante Hospizbetreuung	2	0,08 %
Diabetes	28	1,15 %	Arthrose	2	0,08 %
Essstörungen	26	1,07 %	Hauterkrankungen	2	0,08 %
Alzheimer, Parkinson, Multiple Sklerose	25	1,03 %	AIDS	1	0,04 %
Rheuma	21	0,86 %	Hormonstörungen	1	0,04 %
Hausarztzentrierte Versorgung	19	0,78 %	Psychosomatische Erkrankungen	1	0,04 %
Schmerzlösende Behandlung	19	0,78 %			
			Summe	2.436	100 %

Quelle: <http://www.krankenkassenratgeber.de/iv.php>, Stand: 31.01.2007.

3.500 Projekte
(Stand 1. Quartal 2007)

darunter einige
«Leuchtturmprojekte»

(SVR Gutachten 2007)

Krebserkrankung

Anzahl der Verträge: 100

Anteil: 4,11 %



Integrierte onkologische Versorgung - Beispiele

Titel	Ort	Beteiligte Akteure
Brustkrebs KH Waldfriede	Berlin	Krankenhaus & niedergelassene Ärzte
Ambulante Brachytherapie im Krankenhaus	Berlin / Bayern	Krankenhaus & niedergelassene Ärzte
IGV ambulante Operation im Cyberknife Zentrum München-Großhadern mit radiologisch-neurochir. Therapieverfahren	München	Radiologie & Neurochirurgie
Anthroposophische Medizin	Bayern Niedersachsen	Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland e.V., Berufsverband für Anthroposophische Kunsttherapie e.V., Berufsverband Rhythmische Massage e.V., Berufsverband Heileurythmie e.V.
Brustkrebs	Bayern	Mammanetz Augsburg
Centrum für Integrierte Onkologie (CIO)	NRW Rheinland	Krankenhaus & niedergel. Fachärzte
Darmzentrum Duisburg	NRW Rheinland	Krankenhaus & niedergelassene Ärzte
Prostatakarzinom	NRW Rheinland	Krankenhaus & niedergelassene Urologen, Reha-Einrichtungen
Versorgung von Patienten mit entzündlichen Erkrankungen des ZNS, onkologischen Erkrankungen und AIDS	Niedersachsen	Pflege ???



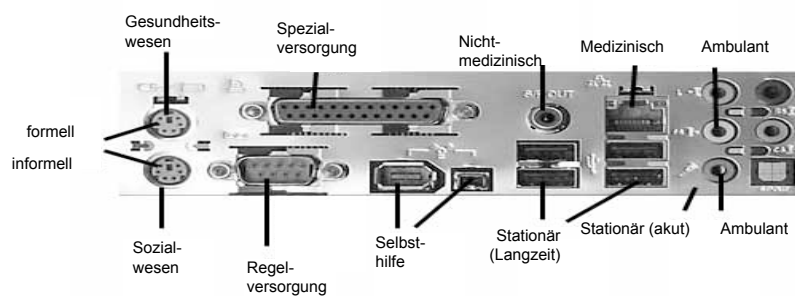
Fragestellung

- Welche Rolle wird der Pflege in der Diskussion über die integrierte onkologische Versorgung beigemessen und wie ist sie in die aktuellen Entwicklungen zu diesem Thema eingebunden?
- Welchen Beitrag kann die professionelle Pflege zur Bewältigung von Desintegration und Diskontinuität in der Versorgung von Menschen mit Krebserkrankungen leisten?
- Welche Voraussetzungen müssen gegeben sein, damit die Pflege ihren Part bei der integrierten onkologischen Versorgung übernehmen kann und welche Anknüpfungspunkte bieten sich ihr dafür derzeit?



Stand der Diskussion

- Weiter wachsende Schnittstellenprobleme



- Beschränkung auf strukturelle Desintegration
- Reduktion auf medizinische Behandlungsabläufe
- Steigender Innovations- und Handlungsdruck



Spezifische Herausforderungen

- Versorgung von Menschen mit Krebserkrankungen wird zunehmend komplexer, langwieriger und anspruchsvoller
- Häufig Kumulation von Krankheitslasten und psychosozialen Problemlagen im Zeit- / Krankheitsverlauf
- Unzureichende Einbindung familialer Ressourcen und informeller Hilfe in das Versorgungsgeschehen
- Steigender Steuerungsbedarf über die Grenzen von Sektoren, Organisationen und Professionen hinweg
- Sich weiter dynamisierende Ökonomisierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung
- Zugangsprobleme für Menschen aus bildungsfernen und sozial schwachen Schichten zur Spezialversorgung



Potenziale der Pflege



- «Pfleger sind überall» und können so eine sektorenübergreifende Versorgung realisieren
- Pfleger können als kompetente Mittler zwischen medizinischen und sozialen Belangen agieren
- Pfleger können Patienten im Alltag im Umgang mit Krankheits- und Therapiefolgen unterstützen
- Pfleger können familiäre Hilfe und soziale Netzwerke in die Versorgungsgestaltung einbinden
- Pfleger können gegenüber dem Gesundheitssystem anwaltschaftlich für die Patienten eintreten
- Pfleger können verantwortlich Aufgaben der Prozess- und Ergebnissteuerung übernehmen



Thesen zur integrierten onkologischen Versorgung (1)

1. Notwendig ist der Aufbau tragfähiger, überbetrieblicher und miteinander vernetzter **multiprofessioneller Organisationsmodelle.**

- ↳ Antwort auf den geringen Organisationsgrad, starke Fragmentierung und Zersplitterung in zahllose Klein- und Kleinstanbieter;
- ↳ Schaffung «Virtueller Krankenhäuser» (Pelikan et al. 1998) unter verbindlicher Einbeziehung der (spezialisierten) Pflege;

2. Notwendig sind **aufgabenorientierte Kooperationsmodelle, die dem Team-Gedanken verpflichtet und ergebnisorientiert ausgerichtet sind.**

- ↳ Antwort auf hierarchische Formen der Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege, welche die Kooperation nachweislich erschweren;
- ↳ Abkehr von der traditionellen «Kapitäns-Doktrin» (Baldwin/Mantel 1995) zugunsten gleichberechtigter Formen der Zusammenarbeit;



Thesen zur integrierten onkologischen Versorgung (2)

3. Notwendig ist die **Implementierung diverser Steuerungsverfahren auf unterschiedlichen Versorgungsebenen in pflegerischer Verantwortung.**

- ↳ Antwort auf unzureichende Prozesssteuerung und Prozessierung von Patienten durch das komplexe Versorgungsgeschehen;
- ↳ Schaffung angemessener Strukturen, Instrumente und Qualifikationen, um der Pflege die Übernahme dieser Aufgaben zu ermöglichen;



Herausforderungen

- **Rollenklärung** gegenüber anderen Akteuren (z.B. Medizin, Sozialarbeit) und anderen Funktionen bzw. Aufgaben der Pflege;



Pflegeberater ?
Pflegebegleiter ?
Case Manager ?

- **Neugestaltung von Versorgungsroutinen** unter Einbeziehung aller relevanten Akteure (inkl. Ärzten, Sozialarbeit, Verwaltung)
- **Grenzüberschreitung**, um Organisations- und Professionsseparatismus dauerhaft und wirksam überwinden zu können
- **Wirkungskontrolle** zur systematischen Weiterentwicklung der Maßnahmen zur Förderung der Versorgungsintegration



Thesen zur integrierten onkologischen Versorgung (3)

- 4. **Notwendig ist eine Verständigung über die angestrebten Ergebnisse der integrierten Versorgung sowie eine eingebaute Evaluierung.**

- ↳ Antwort auf die unzureichende Berücksichtigung von Outcome- bzw. Ergebniskriterien bei der arbeitsteilig angelegten Versorgungsgestaltung
- ↳ Anteile aller Akteure (z.B. auch der Pflege) an den Endergebnissen der gemeinsam erbrachten Versorgung herausstreichen und würdigen;

- 5. **Notwendig ist eine stärkere Profilierung der Pflege als professionelle Gesundheitsdisziplin mit eigenständigen Beiträgen zur Problemlösung**

- ↳ Antwort auf die anhaltende Dominanz von «cure» statt «care» und die damit einhergehende Vernachlässigung pflegerischer Sichtweisen;
- ↳ Konsequenter Ausbau der Wissens- und Evidenzbasierung des Pflegehandelns sowie aktive Verantwortungsübernahme;



Fazit

- Eine **Erweiterung der Perspektive** in der aktuellen Diskussion über Fragen der integrierten onkologischen Versorgung ist dringend geboten;
- Professionell Pflegende stellen in diesem Zusammenhang eine **wichtige Ressource** dar, die in ihrer Relevanz noch kaum wahrgenommen werden;
- Als «caring profession» bieten sie ein hinreichend **flexibles Rollenprofil** für die verantwortliche Übernahme von wichtigen Steuerungsaufgaben;
- Die nach wie vor **zögerliche Auseinandersetzung** der Pflege mit Fragen der Versorgungsintegration und -steuerung gilt es zu **überwinden**;
- Die Pflege muss sich ihrer **Verantwortung** in der integrierten Versorgung **stellen** und sich in politische Entscheidungsprozesse einbinden
- Hierfür bedarf die Pflege einer **besseren Qualifizierung, Förderung und Würdigung** sowie angemessener professioneller Freiräume.



Kontakt

Prof. Dr. Michael Ewers MPH
Hochschule München
Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften
AG «Gesundheit & Pflege»
Am Stadtpark 20, 81243 München
Tel. 089 1265-2316 / Fax 089 1265-2330

m.ewers@hm.edu

www.hm.edu/fk11
www.ewers-ecc.de

