

DENKSTOFF

N° 6

Besseres Zusammenwirken des Gesundheits- und Sozialsystems – so kann es gelingen

Erfahrungsberichte, Analysen und
Handlungsempfehlungen

Eine Publikation des

fmc

Schweizer Forum für Integrierte Versorgung
Forum suisse des soins intégrés
Forum svizzero delle cure integrate

Inhalt

	EDITORIAL	3
	HINTERGRUND	
	Gesundheits- und Sozialsystem – die Schnittstellen	4
Teil 1	BETROFFENENBERICHTE	
	Für wen arbeiten eigentlich die Systeme? Wie erleben Betroffene und Fachleute die Zusammenarbeit von Gesundheits- und Sozialwesen?	6
Teil 2	ERFAHRUNGSBERICHTE	
	Was wird bereits gemacht?	14
	Medizinische und soziale Betreuung in Schottland	16
	Trend zum Umdenken in Deutschland	20
	Kurzporträts von Schweizer Praxisbeispielen	24
Teil 3	HERAUSFORDERUNGEN UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	
	Bessere Zusammenarbeit von Gesundheits- und Sozialsystem	32
	Grafische Übersicht	34
	Die Herausforderungen an der Schnittstelle von Gesundheits- und Sozialwesen	36
	Die Handlungsempfehlungen des fmc	40
	ANHANG	
	Hintergrundinformationen & Links	47
	Quellenverzeichnis	48
	Das fmc	50
	Die fmc-Trägerschaft	51
	Impressum/Dank	52

Gesundheitsförderung braucht ganzheitliches Verständnis

Das fmc Schweizer Forum für integrierte Versorgung greift seit 25 Jahren die relevanten Themen im Bereich der Integrierten Gesundheitsversorgung auf. Wir wollen neue Impulse setzen, die Vernetzung unter den Akteuren stärken und letztlich zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung beitragen.

Betrachten wir Wohlbefinden und Gesundheit ganzheitlich, wird deutlich: Medizin und Versorgung spielen dabei nicht die alleinige Hauptrolle. Economiesuisse schätzt den Einfluss der Gesundheitsversorgung auf die Gesundheit auf gerade einmal etwas über 10 % (Economiesuisse, 2018). Ebenso wichtig sind Bildung, das soziale Arbeits- und Lebensumfeld sowie die finanziellen und persönlichen Ressourcen der Menschen. Dies zeigt das Gesundheitsdeterminaten-Modell von Dahlgren und Whitehead anschaulich (Abbildung 1).

Chronische Erkrankungen gehen oft mit psychischen und sozialen Beeinträchtigungen einher. Viele ältere Menschen benötigen neben pflegerisch-medizinischer Unterstützung auch soziale, juristische und alltagspraktische Hilfe. Gesundheitliche Probleme sind eine häufige Ursache für den Bezug von Sozialhilfe. Zugleich verhindern Krankheiten oft die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt. Letztlich besteht zwischen Armut und Gesundheit ein doppelter Zusammenhang: «Krankheit macht arm und Armut macht krank». Die Bedeutung der sozialen und finanziellen Verhältnisse für die Gesundheit zeigt sich in allen Lebenslagen und Altersphasen der Menschen.

Eine wirkliche Gesundheitsförderung setzt ein ganzheitliches Verständnis voraus. Wir brauchen eine sektorenübergreifende, interprofessionelle Zusammenarbeit sowie eine bessere Vernetzung zwischen medizinischen und sozialen Angeboten. Die gegenwärtigen Leistungen beider Bereiche stossen angesichts



Ursula Koch fmc-Vorstandsmitglied & fmc-Präsidentin bis Mitte 2022

dieser multidimensionalen Herausforderung rasch an ihre Grenzen. Dies liegt einerseits an der Fragmentierung der Systeme. Andererseits verhindern unterschiedliche Verantwortlichkeiten auf nationaler und kantonaler Ebene eine zusammenarbeitende Struktur. Dazu mangelt es an einem einheitlichen Finanzierungssystem. Denn mit dem Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) sind auf nationaler Ebene zwei verschiedene Behörden für die Finanzierung und die Qualitätssicherung der Leistungen zuständig. Hinzu kommen die fragmentierten Verantwortlichkeiten in den Kantonen und Gemeinden.

Der Denkstoff Nr. 6 zeigt die Bedeutung der interprofessionellen und interinstitutionellen Zusammenarbeit für eine bessere Versorgung - insbesondere bei körperlich-psychischen und sozialen Beeinträchtigungen. Einleitend werden die strukturellen Voraussetzungen in der Schweiz dargestellt. In Teil eins zeigen wir anhand einiger persönlicher Lebens- und Berufsbeispiele die Perspektive und Bedürfnisse einzelner Personen an eine vernetzte Versorgung auf. Im zweiten Teil beschreiben zwei internationale Beispiele und eine Reihe von Schweizer Praxisbeispielen konkrete Erfahrungen in der Zusammenarbeit des Gesundheits- und Sozialwesens.

Im Teil drei stellen wir auf Basis der Analyse differenzierte Handlungsempfehlungen vor: So kann die bessere Vernetzung der Akteure und der beiden Systeme gelingen, zum Wohle vulnerabler Gruppen wie etwa multimorbide, ältere, chronisch erkrankte oder sozial benachteiligte Menschen.

Ich wünsche eine inspirierende Lektüre!
Ursula Koch

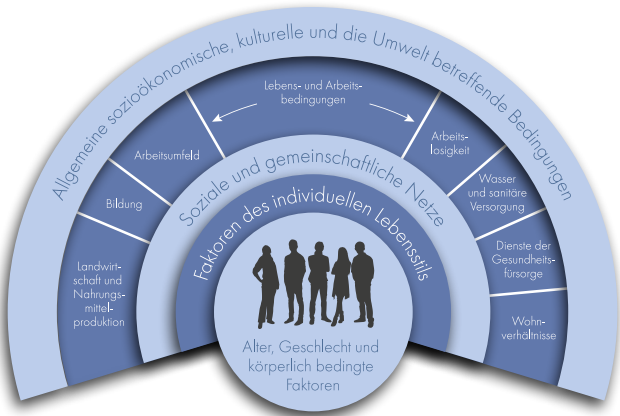


Abbildung 1: Adaption aus Scholz, N. (2020)
Quelle: Dahlgren und Whitehead, 1991

Gesundheits- und Sozialsystem – die Schnittstellen

Das Gesundheitswesen ist Teil des umfassenden Systems der sozialen Sicherheit. Die einzelnen Komponenten dieses Systems funktionieren zwar weitgehend autonom, weisen aber kritische Schnittstellen auf. Bei der Betreuung von Personen, die gleichzeitig mit gesundheitlichen und sozialen Herausforderungen konfrontiert sind, können sich deshalb verschiedene Herausforderungen zeigen.

Das System der sozialen Sicherheit

Das Gesundheitssystem gehört zur Grundversorgung im System der sozialen Sicherheit (vgl. **Tabelle 1**). Letzteres umfasst die verschiedenen Sozialversicherungszweige, die jeweils auf spezifische Risiken oder Lebenssituationen ausgerichtet sind. Die nationalen Sozialversicherungen werden ergänzt durch kantonal unterschiedlich ausgestaltete Bedarfsleistungen zur finanziellen Unterstützung von Personen, die ihren Lebensunterhalt nicht selbst bestreiten können und keinen ausreichenden Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen haben. Vermag eine Person das Existenzminimum nicht zu decken und sind Unterstützungsmöglichkeiten der vorgelagerten Teilsysteme ausgeschöpft, kommt als letztes Auffangnetz die Sozialhilfe zum Tragen. Letztere liegt in kantonaler und kommunaler Kompetenz (**Tabelle 1**).

Schnittstellen zum Gesundheitswesen

Die verschiedenen Bereiche des sozialen Systems sind zumeist voneinander weitgehend abgegrenzte Teilsysteme mit jeweils spezifischen, kaum aufeinander abgestimmten gesetzlichen Grundlagen, Zuständigkeitsstrukturen, Finanzierungsmechanismen und Handlungsarenen. Trotzdem bestehen gewisse Schnittstellen und Berührungspunkte zwischen ihnen, wie z.B.:

- Ein chronifiziertes Gesundheitsproblem kann zu Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Arbeitslosigkeit führen und so Bedarf an Leistungen des Sozialsystems begründen. Die zuständigen Stellen tauschen sich mit Akteuren des Gesundheitswesens aus, um für die Fallarbeit benötigte gesundheitsbezogene Informationen einzuholen oder um die Erwerbsfähigkeit und mögliche Integrationsmassnahmen abzuklären. Allenfalls veranlassen sie auch medizinische oder pflegerische Massnahmen.
- Im Rahmen der Gesundheitsversorgung können sich soziale Fragen stellen, z.B. bei der Austrittsplanung nach stationären Spitalaufenthalten und Bedarf an Nachsorge. In der Langzeitpflege ist die Frage nach dem idealen Versorgungssetting (Pflegeheim, Spitex, Unterstützung durch Angehörige) oft auch mit Finanzierungsfragen (Krankenversicherung, Ergänzungsleistungen, Eigenleistung durch Angehörige etc.) verknüpft.

- In verschiedenen Settings findet interprofessionelle Zusammenarbeit durch Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialsystem statt, z.B. in der Psychiatrie oder in der Suchthilfe. Punktuell finden sich interprofessionell zusammengesetzte Netzwerke von Leistungserbringern des Gesundheitswesens mit Einbezug von Sozialarbeitenden auch in der somatischen Grundversorgung.
- In Modellen wie Case Management, runden Tischen oder der Interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ) analysieren Fachpersonen aus verschiedenen Institutionen und Berufsgruppen gemeinsam Fallsituationen und suchen nach Lösungen für die betroffenen Personen.

Herausforderungen in der Zusammenarbeit zwischen den Systemen

Herausforderungen auf Systemebene:

- Oft ist die Finanzierung einer Leistung oder Abklärung durch ein anderes Teilsystem nicht vorgesehen und deshalb nicht gesichert.
- Je nach System sind unterschiedliche Staatsebenen und Verwaltungseinheiten für die Regulierung und Finanzierung der verschiedenen Systeme zuständig.
- Datenschutzregeln, das Berufsgeheimnis und unterschiedliche Fallführungssysteme können den fallbezogenen Informationsaustausch hemmen.

Herausforderungen auf Ebene der Einrichtungen des Gesundheits- oder des Sozialsystems:

- Fokus auf die Kerntätigkeit innerhalb des Teilsystems aufgrund knapper Ressourcen und Spardruck. Dadurch fehlende Kapazität, um sich mit Schnittstellen und Fragen, die das eigene Teilsystem überschreiten, zu befassen und interinstitutionelle Zusammenarbeit zu pflegen.
- Fehlende Instrumente und Angebote für eine zielgerichtete Fallarbeit mit Personen in multiplen Problemlagen, Lücken im Unterstützungssystem.
- Enges Auftragsverständnis: Einrichtungen des Sozialsystems erachten sich nicht für gesundheitliche Fragen zuständig, Gesundheitseinrichtungen nicht für soziale Probleme.

Herausforderungen auf Ebene Personal:

- Fehlendes Fachwissen im Umgang mit Personen in multiplen Problemlagen.
- Fehlende Kenntnis der Funktionsweise, Angebote, Grenzen und Möglichkeiten des jeweils anderen Teilsystems.
- Fehlendes Bewusstsein für die Zusammenhänge von gesundheitlicher und sozialer Situation.
- Fehlendes Bewusstsein für die Auswirkungen medizinischer Beurteilungen für die Leistungsansprüche in anderen Sozialversicherungszweigen.

- Verständigungsprobleme aufgrund unterschiedlicher Fachjargons, Sichtweisen und Denkmustern.
- Ansprüche auf die Deutungsmacht von Fallsituationen, Statusdenken, Angst vor Aufweichung der eigenen professionellen Identität durch die Zusammenarbeit mit anderen Stellen.

Christian Rüefli und Michèle Gerber, Büro Vatter, Politikforschung & -beratung: ruefli@buerovatter.ch

BEREICHE DES SOZIALEN SYSTEMS	LEISTUNGSBEGRÜNDUNG	ZIELE
Grundversorgung		
Bildungssystem, Gesundheitswesen, Rechtssystem, öffentlicher Verkehr, Telekommunikationssystem, etc.		
Sozialversicherungen		
Alters- und Hinterbliebenenversicherung (AHV)	Erreichen des Rentenalters Hilflosigkeit Tod des Ehegatten/eines Elternteils	Angemessene Deckung des Existenzbedarfs
Berufliche Vorsorge	Erreichen des Rentenalters Invalidität oder Tod der versicherten Person	Fortsetzung der gewohnten Lebenshaltung
Invalidenversicherung (IV)	Verlust oder Einschränkung der Erwerbsfähigkeit aufgrund von Beeinträchtigungen der Gesundheit (wegen Krankheit, Unfall oder Geburtsgebrechen)	Erhalt der Erwerbsfähigkeit Angemessene Deckung des Existenzbedarfs Eigenverantwortliche und selbstbestimmte Lebensführung
Arbeitslosenversicherung (ALV)	Arbeitslosigkeit Kurzarbeit	Ersatz für Erwerbsausfälle Eingliederung in den Arbeitsmarkt
Unfallversicherung (UV)	Unfall und Berufskrankheit	Zweckmässige medizinische Behandlung
Krankenversicherung (KV)	Krankheit, Unfall, Mutterschaft	Grundversorgung mit allgemeinen Leistungen des Gesundheitswesens
Mutter- und Vaterschaftsentschädigung	Mutterschaft, Vaterschaft	Entschädigung des Erwerbsausfalls
Erwerbsersatz	Dienst in Militär oder gewissen zivilen Einrichtungen	
Familienzulagen	Kinder	Unterstützung des Unterhalts
Bedarfsleistungen		
Ausbildungsbeihilfen, Zuschüsse an AHV-, IV- und EO-Beiträge, Prämienverbilligung in der Krankenversicherung, Opferhilfe, unentgeltliche Rechtspflege	Fehlende Mittel zur Sicherstellung des Unterhalts und kein/nicht ausreichender Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen	Zugang zur Grundversorgung gewährleisten Armut verhindern
Ergänzungsleistungen zur AHV und IV, Alters- und Invaliditätsbeihilfe, Alimentenbevorschussung, Elternschaftsbeihilfe, Arbeitslosenhilfe, Wohnbeihilfe	Kein/nicht ausreichender Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen und nicht ausreichende Ressourcen zur Deckung des Existenzbedarfs	Armut bekämpfen
Sozialhilfe		Bedarfsabhängige Deckung des Existenzminimums Armut verhindern

Tabelle 1: Überblick über das System der sozialen Sicherheit der Schweiz Quellen: BFS (2019), BSV (2021)

Für wen arbeiten eigentlich die Systeme?

Teil 1

Das fmc hat Betroffene und Fachleute aus verschiedenen Bereichen eingeladen, über ihre Erfahrung an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialwesen zu berichten. Wir wollten wissen, wo im Alltag die Hürden stehen und wie sie erlebt werden. Und in Erfahrung bringen, was man aus Sicht dieser Personen verbessern sollte, damit Betroffene mit chronischer Krankheit oder Behinderung und ihre Familien möglichst optimal versorgt sind. Diese Betroffenenberichte sind ein subjektiver Input der jeweiligen Person und geben nicht unbedingt die Meinung des fmc wieder. Einzelne Erkenntnisse werden in die Handlungsempfehlungen aufgenommen.

In den Betroffenenberichten beschreiben eine Patientin und ein Patient ihre Geschichte mit einer chronischen Erkrankung und eine betreuende Familie gibt Einblick in das Leben mit einem mehrfach behinderten Kind. Dazu berichten ein Hausarzt und eine Sozialarbeiterin von ihrer Arbeit an der Schnittstelle der beiden Systeme. Die Berichte wurden von Johannes Kornacher aufgezeichnet.

Cristina Galfetti | Patientin | Meisterschwanden

«Ich begriff: Du musst dir selbst helfen!»

In meinem vierten Lebensjahr wurde bei mir eine «juvenile chronische Polyarthritis» diagnostiziert, heute juvenile idiopathische Arthritis (JIA) genannt. Bei dieser rheumatischen Auto-Immunerkrankung sind die Gelenke betroffen. Doch die Krankheit kann auch auf Organe übergreifen. Bei mir sind inzwischen auch Herz und Lunge beteiligt.

Ich musste mich als Kind mehrerer Operationen unterziehen. Am Turnunterricht durfte ich nicht teilnehmen, das hat mich getroffen. Noch belastender fand ich, dass viele nicht richtig auf mich hörten, wenn es um meine Krankheit ging. Als ich zwölf war, erstellte ich ein Schmerzprotokoll in Relation zum Wetter. Der Arzt hat mich ausgelacht. Ich begriff: Du musst dir selbst helfen.

Nimm dein Schicksal in eigene Hände, das war immer meine Devise. Ich habe das Beste aus allem gemacht und kam so weit gut durchs Leben. Nach der Touristikfachschule arbeitete ich in der Hotellerie. Später studierte ich soziale Verhaltenswissenschaften und absolvierte Ausbildungen in Coaching und Mental Training.

Seit einigen Jahren arbeite ich als Case Managerin. Meine lebenslangen Erfahrungen mit einer chronischen Krankheit haben mich dazu motiviert. Ich unterstütze erkrankte oder verunfallte Menschen auf ihrem Weg zurück ins Berufsleben. Zusätzlich führe ich eine eigene Coachingpraxis für chronisch Erkrankte und gebe Seminare im In- und Ausland.

Viele meiner Klient:innen erleben Ähnliches wie ich. Sie sind belastet mit gesundheitlichen, oft auch wirtschaftlichen und sozialen Problemen. Im Umgang mit Behörden fühlen sie sich in der Defensive. Sie sind Bittsteller:innen und müssen den Beweis erbringen, dass sie Unterstützung brauchen. Das ist psychologisch eine ungünstige Position. Denn man ist ja emotional ohnehin schon in einer Ausnahmesituation: Eine chronische Erkrankung beeinflusst alle Lebensbereiche.

Nachdem ich 2010 während einer Operation einen leichten Schlaganfall erlitt, musste ich mich bei der Invaliditätsversiche-

rung (IV) anmelden. Dazu hat mich meine Kranken-Taggeldversicherung «gezwungen». Das habe ich damals als Beleidigung aufgefasst, denn ich hatte doch immer fest daran geglaubt, alles selbst zu schaffen. Heute verstehe ich die Zusammenhänge. Doch damals fühlte ich mich eingeschüchtert und ausgeliefert. Sachbearbeit:innen und Gutachter:innen bestimmen über dein weiteres Leben. Da sind Fristen, Drohungen, Sanktionen. Alles formuliert in oft kompliziertem Behörden-deutsch. Ist man ernsthaft erkrankt, ist dies eine zusätzliche Belastung. Die Menschen meinen es sicher gut, doch oft täte etwas mehr Empathie gut.

Was könnte man besser machen? Ich würde mir wünschen, dass die Medizin sich nicht nur als Diagnose- und Therapie-medizin versteht, sondern auch das Gespräch mit den Betroffenen und den involvierten Fachpersonen pflegt. Der Mensch sollte mehr im Zentrum stehen, nicht das System. Würden alle Akteure mit- und zueinander arbeiten – z.B. Ärzt:innen, Therapeut:innen, Arbeitgebende, Behördenpersonal – liessen sich in «Runden Tischen» kreative Lösungen finden. Alle reden von interprofessionellem Arbeiten. Doch im Alltag ist es noch die Ausnahme!

Bereits in den Schulen müssten die Sozialsysteme behandelt werden: Wie funktionieren Altersvorsorge, Versicherungen, IV, Frühpension usw.? Schliesslich kann es jeden treffen. Arbeitgebende müssten ihre HR-Abteilungen besser ausbilden. So würde das Wissen über den «Fall der Fälle» allgemein steigen. In der konkreten Situation würde das Wichtigste nicht vergessen gehen: Hier kämpft ein Mensch mit einer lebenslangen Krankheit – und gleichzeitig um seine Existenz.

Cristina Galfetti:
cg@cg-empowerment.ch

Michael Rubertus | Patient | Uitikon

«Nach der Untersuchung ist vor der Untersuchung»

«Sie verstehen von Ihrer Krankheit viel mehr als ich», sagt der Hausarzt und stellt mir das Rezept für die nächste Dünndarmuntersuchung aus. Vier Mal im Jahr muss ich das machen lassen. Mir fehlt ein Teil des Dünndarms, der Dickdarm ist bereits ganz entfernt. Dadurch ist mein Alltag stark beeinträchtigt. Ein Kinobesuch oder ein längeres Meeting können schon schwierig werden.

Ich bin am seltenen Lynch-Syndrom erkrankt. Dies wird durch einen genetischen Defekt fehlerhaft replizierter DNA-Sequenzen verursacht. So produziert mein Körper immer wieder Haut- oder Magen/Darmtumore. Die Folge ist ein sehr enges Kontrollregime, damit jeder neue Ableger rechtzeitig entdeckt und operativ entfernt werden kann. Die Liste der Kollateralschäden ist lang. Ich habe gleich mehrere chronische Erkrankungen, ein sehr labiles Immunsystem, bin psychisch angeschlagen. Auch die häufigen Vollnarkosen hinterlassen Spuren.

Die Prävalenz meiner Krankheit liegt im Promillebereich. Für die Medizin bin ich ein hochinteressanter Fall. Doch für die Forschung ist das Lynch-Syndrom zu selten, um zu investieren. Deshalb gibt es nur wenige Erkenntnisse zur Verbesserung meiner Situation.

Als ich 2008 endlich die Diagnose erhielt, dachte ich: Das war's dann wohl. Dass ich immer noch da bin, ist auch Resultat meines sorgfältigen sozial-medizinischen Case-Managements. Dieses leistet jedoch nicht eine Fachperson: Ich bin mein eigener Case-Manager.

Ich bin sehr dankbar für unser hochklassiges Gesundheits- und Sozialsystem. In manch anderem Land wäre ich längst gestorben. Dennoch sind meine Erfahrungen über die Jahre durchgewachsen. Mir fehlen die Schnittstellen und das übergreifende Engagement. Als engagierter Patient informiere ich mich über alles, koordine die Termine, frage auch mal hartnäckig nach. So weiss ich wohl mehr als viele Mediziner:innen über meine Erkrankung. Doch je mehr Augenhöhe, desto zurückhaltender begegnet man mir. Bin ich unbequem? Erwarte ich zu viel? Ich habe eine Dropbox eingerichtet mit der kompletten Dokumentation meiner Erkrankung, falls mal ein Spezialist etwas genau

wissen will. Bis heute hat ausser meinem Onkologen noch keiner reingeschaut. Ein anderes Beispiel: Nach verschiedenen Operationen musste ich selbst herausfinden, wie sich gewisse neue Medikamente mit den anderen vertragen. Das frustriert, da fühle ich mich ohnmächtig.

Fassungslos macht mich immer wieder die sture Standardisierung des Systems. Es muss doch einen Weg geben, bestimmte Abläufe zu verschlanken und zu individualisieren! Beispiel: Die IV-Anmeldung empfand ich als unnötige Zusatzbelastung und Erniedrigung. Trotz klarer Diagnose und Befunde musste ich das ganze Spiel mit X Untersuchungen und psychiatrischen Gutachten durchlaufen. Am Ende hiess es: Der Mann ist krank. Normalerweise steht nach fünf Jahren eine Revision an, wo mir nochmal dasselbe Prozedere gedroht hätte. Dank eines gewünschten Gesprächs an höherer IV-Stelle bin ich davon verschont geblieben.

Am Leben bin ich auch dank der engagierten Fürsorge meiner Lebenspartnerin. Immens, was sie für das System leistet. Doch in den vielen Jahren meiner Erkrankung kamen weder Krankenkasse noch IV auf die Idee, ihr ein paar Wochen Erholung zu bieten.

Leider fragt im System niemand: Wie läuft es denn bei Ihnen? Ich benötigte es selten, doch es wäre eine grosse Entlastung, kümmerte sich jemand professionell um alles. Der auch sieht: Da kämpft einer täglich ums Überleben. Viele chronisch Erkrankte brauchen ein professionelles sozialmedizinisches Case-Management. Da bin ich mal nicht der Exot – wir sind viele!

Michael Rubertus:
michael.rubertus@gmail.com

Jörg Spieldenner | Familienvater | Vevey

«Oft fehlen Logik und gesunder Menschenverstand»

Wir haben einen wunderbaren Sohn, Viktor. Er ist sieben Jahre alt und kam mit Trisomie

21 zur Welt. Bei dieser Erkrankung, auch Down-Syndrom genannt (nach dem britischen Arzt John Down, der sie 1866 beschrieben hatte), existiert das 21. Chromosom dreifach. Daher der Name Tri-Somie.

Wie die meisten Menschen mit Down-Syndrom (in der Schweiz etwa 5'000) hat Viktor ein stark erhöhtes Risiko für multiple Erkrankungen. Die wichtigsten seiner angeborenen Pathologien sind die Auto-Immunerkrankung Hashimoto-Thyreoiditis, eine chronische Entzündung der Schilddrüse. Dazu eine Zahnfehlstellung, eine Missbildung der Ohrtuben und seines Darmausgangs. Beide mussten operativ korrigiert werden. Viktor leidet an Stuhl-Inkontinenz und muss bis heute eine Windel tragen.

Im Alltag durchläuft Viktor ein intensives Programm in Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Letztere soll ihn unter anderem befähigen, seinen Muskeltonus zu stärken. Er macht Fortschritte und wir haben berechnete Hoffnung auf Besserung.

Unser Familienalltag ist geprägt von Organisation und Betreuung. Ich bin selbst Arzt und Gesundheitsökonom. Ich mache das medizinische Case-Management. Ich weiss, welche Untersuchungen wann dran sind, spreche mit den Kolleg:innen. Manches konnte so optimiert werden. Welch Glück, verfüge ich über die Kenntnisse. Es gibt sonst niemanden, der das macht. In unserem Gesundheitssystem fehlt die holistische medizinische Betrachtung.

Darüber hinaus bräuchte es ein bedürfnisorientiertes Case-Management an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialwesen, damit Betroffene und ihre Familien optimal versorgt sind. Meine Frau und ich machen das. Wir fragen uns oft: Was ist in anderen Familien, wo Wissen, Sprachkenntnisse oder Ressourcen fehlen?

Viktor erfährt gute Therapien. Seine soziale Integration ins Schulsystem funktioniert sehr gut. Insgesamt sind etwa 20 Akteure aus Medizin, Schule und Therapie in sein Leben involviert. Wir

sind oft gerührt vom Engagement der Fachleute, in allen Bereichen. Dafür sind wir sehr dankbar.

Unsere negativen Erfahrungen sind vor allem struktureller Natur und betreffen die verschiedenen Kostenträger. Ich beschränke mich auf einige Beispiele. Trisomie 21 ist in der Schweiz erst seit 2016 eine IV-erkannte Erkrankung (in Italien oder Deutschland seit den 1980er Jahren). Manche Leistungen übernimmt die IV, andere die Krankenkasse (KV), wieder andere der Kanton oder die Gemeinde. Die Zahnfehlstellung, obwohl eine inhärente Trisomie 21-Pathologie, steht auf keiner Liste. Dafür braucht es einen Antrag. Ich habe ihn gestellt und warte seit 1,5 Jahren auf Antwort.

Zwar werden Therapien oder operative Eingriffe aus dem medizinischen System bezahlt. Doch es braucht für fast jede Leistung einen Antrag. Das muss man wissen, doch niemand sagt es dir. Mit einem sozial-medizinischen Case-Management wüsste man, dass z.B. die IV die Logopädie nicht anerkennt. Dazu braucht es einen gesonderten Antrag, der beim Kanton zu stellen ist. Hier, wie in vielen anderen Fällen, fehlt vor allem eins: die Logik. Medizinische Leistungen gehören zum Gesundheitswesen, eine Präventionsleistung wie Beratung aber ins Sozialwesen, mit 20-prozentiger Eigenleistung. Der Kanton bezahlt die Logopädie und die IV die Physiotherapie. Wer denkt sich so etwas aus?

Es gibt Fachleute, die gross denken. Aber niemand traut sich wirklich, die Probleme anzusprechen. Anstatt am System herumzuflicken, müsste man es – vom Ende, also vom Betroffenen aus gedacht – neu aufstellen. Doch das ist eine illusorische Betrachtung.

Viktors sechsjähriger Bruder Anton versteht manches noch nicht. Warum sein grosser Bruder noch eine Windel braucht oder wir am Wochenende einen Wanderausflug in zwei Gruppen getrennt machen müssen. Manchmal denke ich, lieber Anton, ich verstehe hier auch so manches nicht.

Dr. med. Jörg Spieldenner:
J.Spieldenner@lung.ch

Vladimir Sibalic | Hausarzt | St. Gallen

«Auch Hausärzte für Sozialberatung ausbilden!»

Meine Praxis für Allgemeinmedizin in St. Gallen gehört zu den klassischen Einzelpraxen in der Stadt.

Ich bin Internist mit Fähigkeitsausweisen für Praxislabor und Sonografie. Dazu bin ich in manueller und in psychosomatischer Medizin ausgebildet. An der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich lehre ich in der Vorklinik und Klinik als Klinischer Dozent.

Ich arbeite mit zwei medizinischen Praxisassistentinnen. Ein spezielles Angebot für Sozialberatung besteht nicht. Dennoch bin ich mit dem Sozialwesen fast täglich konfrontiert. Auch in meiner Tätigkeit als Präsident des Hausärztereins St. Gallen sowie als Ausbilder von Studierenden stellt sich die Frage nach der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialwesen immer wieder.

Unser Gesundheitswesen hat hier ein strukturelles und praktisches Problem. Denn als Arzt bin ich für Sozialberatungen weder ausgebildet, noch gibt es dafür Taxpunkte im Abrechnungssystem. Dennoch gehören diese Leistungen zu meinem Alltag. Die Bürokratie mit Versicherungen und Behörden schafft für Patient:innen öfter Probleme. Viele sind damit überfordert. Ein Beispiel: Ein selbstständiger Plattenleger mit Migrationshintergrund muss nach einem Unfall wegen Knie- und Schulterverletzungen krank geschrieben werden. Er ist bei der SUVA versichert. Als die Rechnung unbezahlt blieb, fand ich durch Anruf heraus: Der Patient hatte den Unfall der Suva gar nicht gemeldet. Er spricht nicht gut Deutsch und konnte die Bürokratie nicht bewältigen. Nach einer halben Stunde waren das Formular ausgefüllt und die Anmeldung abgeschickt. Wohl gemerkt bei vollem Wartezimmer. Doch ich musste etwas tun.

Als Arzt bin ich vernetzt mit Fachleuten und Organisationen, die soziale Beratungsarbeit leisten. Bei «grösseren» Fällen schicke ich die Patient:innen weiter. Doch eine kleine Allgemeinpraxis ist auch ein «All-in-One» Betrieb, der viele Dinge noch nebenbei erledigt. So habe ich mein Personal intern weitergebildet, um die Patient:innen gerade in bürokratischen Fragen zu unterstützen. Wir haben die Formulare, wir wissen was es braucht, wenn es um komplexere Versicherungsfragen geht. So kann ich die Fehler-Hürde möglichst niedrig halten. Trotzdem geht dieser

Aufwand auf Kosten der wertvollen Behandlungszeit. Und das will ja eigentlich niemand.

Meine Vision für eine Lösung: Es braucht einen Fähigkeitsausweis für klinische soziale Arbeit für Hausärzte und Hausärztinnen. Das erfordert eine Ausbildung, das ist nichts Geringes. Daraus müsste eine Kassenleistung entstehen. Dann kann der Arzt entscheiden, die Leistung selbst zu erbringen oder sie zu delegieren. Dann kann die dringend notwendige Koordination über die Systemgrenzen hinaus endlich stattfinden. Solange diese Struktur nicht steht, macht es keiner!

Ich würde diese Ausbildung sofort machen. Die Vorteile liegen auf der Hand: Das Wohl der Patient:innen und die Qualität der ärztlichen Leistung würden gesteigert. Als Arzt hätte ich das bessere Verständnis in die persönliche Situation und könnte mich gegenüber sozialen Institutionen und Versicherungen wie etwa der IV gezielter einsetzen. Ablehnungen von Leistungen würden dann schwieriger. Eine solche Struktur wäre auch für das Gesundheitswesen viel effektiver.

KD Dr. med. et scient. med. Vladimir Sibalic:
praxis.sibalic@hin.ch

Marion Surbeck | Sozialarbeiterin HF/REAS-Fachperson | Schaffhausen

«Sozial- und Gesundheitswesen sind unterdotiert und unter Stress»

Als Pflegefachfrau HF mit Berufserfahrung in Akutspital und der ambulanten Pflege bildete ich mich

weiter zur Sozialarbeiterin HF. Zunächst arbeitete ich in Spitalsozialdiensten, danach sechs Jahre bei Pro Senectute. Seit 2017 bin ich bei der Krebsliga Schaffhausen im Bereich Sozialberatung und Unterstützung tätig. Wir sind ein kleiner Kanton. Durch meine beruflichen Stationen bin ich sehr gut vernetzt und kenne nahezu alle Beteiligten im Gesundheits- und Sozialwesen. Kurze Wege machen alles gut überschaubar. Beide Bereiche arbeiten nah und speditiv zusammen.

In den letzten Jahren beobachte ich eine auffällige Zunahme der Beratungsfälle bei der Krebsliga. Die Fälle werden auch komplexer. Schwierige soziale Situationen verstärken die gesundheitlichen Einschränkungen und umgekehrt. Gut leben mit Krebs hängt mit einem guten sozialen Leben zusammen. Dazu kommt: Krebs muss dank der Fortschritte der Onkologie kein Todesurteil mehr sein. Es leben heute mehr Menschen mit Krebs. Zudem werden Beratungsangebote heute tendenziell mehr genutzt als früher.

Beispiele aus meiner Alltagsarbeit: Eine jüngere Krebspatientin mit kleinen Kindern macht zurzeit eine Chemotherapie. Ich kümmere mich zusammen mit dem Roten Kreuz um die Kinderbetreuung während der Anwendungen. Krebs betrifft ja immer das gesamte Umfeld eines Menschen. Die Familienunterstützung der Krebsliga umfasst deshalb alle Bedürfnisse einer Familie während einer Erkrankung wie z.B. Kinderbetreuung oder die Zusammenarbeit mit Schule oder der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB).

Häufig geht es in meiner Arbeit um psychische Belastungen. Gespräche und Zuhören sind ebenso wichtig wie konkrete Alltagshilfe. «Anlaufstelle für Krebserkrankte», so würde ich meine Arbeit allgemein umschreiben.

Für eine andere Person organisiere ich derzeit finanzielle Unterstützung aus dem Fonds der Krebsliga. Hier geht es darum, die Gefahr von Verschuldung zu bannen. Durch die Krebserkrankung entstehen hohe Kosten für Franchise-Selbstbehalte der Krankenversicherung sowie für Therapietransporte

und häusliche Betreuung. Viele Menschen haben dafür kein grosses Finanzpolster. Sozio-ökonomische Abklärungen um Rechte und Ansprüche durch weitere Unterstützungssysteme gehören zu meinem Aufgabenbereich.

Denn finanzielle Not ist ein häufiges Problem vor allem bei jüngeren Krebspatient:innen vor dem AHV-Alter. Durch die Erkrankung werden sie oft beruflich weit zurückgeworfen, weil sie ihre Arbeitsstelle nur noch eingeschränkt oder gar nicht mehr wahrnehmen können. Häufig kommen zur Krebserkrankung noch Folgeerkrankungen dazu. Hier stellt sich die Frage nach einer IV-Anmeldung. Doch oft sind die Betroffenen zwar stark beeinträchtigt, erfüllen aber formal nicht die IV-Bedingungen. Hier ist das Risiko gross, dass jemand in die Sozialhilfe abrutscht.

Neben der Krebsliga bin ich im Projekt Regionale Anlaufstellen (REAS) engagiert. Die REAS bieten Unterstützung bei komplexen gesundheitlichen und sozialen Einschränkungen. Das sind meist jüngere Menschen, die wegen Mehrfacherkrankungen und komplexen psychosozialen Belastungsfaktoren die Standards des Systems nicht erfüllen und zwischen Stuhl und Bank fallen.

Ich persönlich erlebe in meiner praktischen Arbeit kein nennenswertes Manko an der Schnittstelle der Systeme. Wir haben auf beiden Seiten ein hohes Niveau und eine gute Zusammenarbeit. Verbesserungsbedarf sehe ich im starren System, es ist in manchen Bereichen nicht auf der Höhe der Zeit. Die Menschen werden zu sehr verwaltet. Beratende Stellen gehören ausgebaut, z.B. sollten SVA und IV auch Beratungen anbieten und flexibler werden. Sozial- und Gesundheitswesen sind unter Stress: zu knappe Kapazitäten/Finanzen, mehr Fälle, weniger Zeit für die Betroffenen – das ist keine gute Tendenz.

Marion Surbeck, Krebsliga Schaffhausen:
m.surbeck@krebsliga-sh.ch

Viel Denkstoff aus den Lebenswelten

Die Schilderungen der Betroffenen und der Fachleute sind eindrücklich. Sie sind Lebenswelten, nicht nur Momentaufnahmen. Es fällt nicht schwer, ein Fazit herauszufiltern: Wir leben in Systemen mit hervorragenden Leistungen. Doch sind sie aufeinander abgestimmt? Steht der betroffene Mensch dort, wo er hingehört, nämlich im Zentrum? Und steht er dort oft im Weg?

Fünf Kernaussagen aus den vorstehenden Berichten

- Alle Akteure sollten mit- und zueinander arbeiten.
- Sozial- und Gesundheitswesen sind unterdotiert und unter Stress.
- Die Bürokratie schafft immer mehr Probleme: Wir brauchen Navigationshilfe.
- Betroffene vermissen das übergreifende Engagement der Systeme.
- Es fehlt ein bedürfnisorientiertes Case-Management.

Wie wir Gesundheit verstehen (sollen)

Die Weltgesundheitsorganisation WHO definierte 1986 in ihrer Ottawa-Charta Gesundheit als wesentlichen Bestandteil des Alltagslebens. Sie hebt die Bedeutung individueller und sozialer Ressourcen (wie z.B. Bildung, Einkommen, Chancengleichheit) hervor: «Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben» (WHO, 1986). Gesundheit spiegelt also die «Bedingungen, in die Menschen hineingeboren werden, unter denen sie aufwachsen, leben, arbeiten und altern.» Die alleinige pathogene (krankmachende) Perspektive genügt nicht. Wir müssen die Bedingungen zur Entstehung und Erhaltung von Gesundheit betrachten. Der individuelle Gesundheitszustand entsteht durch ein Wechselspiel aus Risiken und Ressourcen. Wie das Gesundheits- und Sozialwesen dieses Wechselspiel unterstützen kann, zeigen die nachfolgenden internationalen und nationalen Praxisbeispiele.

Teil 2

Blick auf die Alltagspraxis

Was wird bereits gemacht?

Denkstoff nimmt einen Augenschein in zwei anderen Ländern und stellt die W-Fragen: Was macht ihr anders als wir? Wie und warum? Wo liegen die Probleme? Wohin führt euer Modell?

In Schottland gibt es ein komplett anderes System, in dem Medizin und Sozialarbeit schon seit langem zusammenarbeiten.
> Seite 16

Deutschland steht am Beginn einer sozialpolitischen Reform, die zu einer besseren Zusammenarbeit der beiden Systeme führen soll.
> Seite 20

Schweizer Praxisbeispiele

In der Schweiz haben wir eine Reihe interessanter Modellbeispiele gefunden. Hier arbeiten die Systeme gut miteinander.

- **HotA:** Familien-Home-Treatment
> Seite 25
- **Arros:** Versorgung und Betreuung älterer Menschen
> Seite 26
- **REAS:** Koordinierte Sozialarbeit für Menschen mit komplexen Einschränkungen
> Seite 27
- **SoBü Bärn:** Unterstützung sozialarbeiterischer Dienstleistungen in Hausarztpraxen
> Seite 28
- **Swica:** Ein Versicherer blickt auf die Schnittstelle von Gesundheits- und Sozialwesen.
> Seite 29
- **Onko Reha Aargau:** Onkologie-Reha mit ärztlicher und sozialarbeiterischer Zusammenarbeit
> Seite 30
- **richäburg.füränand:** Eine Schwyzer Gemeinde bringt Gesundheits- und Sozialsystem zusammen.
> Seite 31

Implementing integrated health and social care in Scotland

AUF EINEN BLICK

Medizinische und soziale Betreuung in Schottland

In Schottland wurden bereits Anfang des Jahrtausends strukturelle und finanzielle Massnahmen ergriffen, um die Integration von medizinischer und sozialer Versorgung für ältere Menschen zu fördern. Die Zusammenarbeit interdisziplinärer Leistungserbringerteams wurde zum Beispiel mit der Gründung der nationalen Vereinigung «Health und Social Care Scotland» und neuen Verträgen für Hausärzt:innen stark vorangetrieben. Themen wie Prävention, individualisierte Versorgung und Einbeziehung von Familien und Lebenspartnern, gerade bei Menschen mit komplexen Erkrankungen, rückten mehr ins Zentrum. Themen wie Einsamkeit und soziale Isolation werden nun auch in Korrelation mit Gesundheit und Wohlbefinden, mit dem Leben in Städten und Gemeinden und mit Häufigkeit und Dauer von Spitalaufenthalten betrachtet. Freiwilligendienste werden gefördert. Erfolge sind deutlich erkennbar. Dennoch stellen personelle Engpässe gerade die Modelle im sozialen Sektor auf Gemeindeebene vor grosse Herausforderungen.

<https://hscscotland.scot/> was established as a national collaboration of health and social care leaders and managers.

Integration has not changed the regulatory framework or accountabilities for professional practice. Initial concern over loss of professional identity has been mitigated by workforce development initiatives to build interdisciplinary and cross sector leadership and management capability. A new contract for general practitioners introduced in 2017 enabled greater multi-disciplinary working in primary care, supported by investment in a range of new roles: community mental health professionals, community link workers, pharmacists, and advanced nursing and allied health practitioners to support proactive and chronic care for people with multimorbidity, frailty or complexity (The Scottish Government, 2017).

The Scottish Parliament has devolved legislative powers for health and social care. Healthcare including nursing care is free at the point of delivery. In 2002, free personal social care was introduced for older people, extended in 2019 to all adults with degenerative neurological conditions. For over a decade there has been cross party consensus that separate, often fragmented, healthcare and social care systems can no longer meet the needs of a population that is ageing. Between 2011 and 2015, a Reshaping Care for Older People programme and £300 million Change Fund encouraged greater collaboration between health, social care, housing, third sector and independent providers to improve outcomes for older people (Hendry, Taylor, Marcer, 2016). Widespread engagement secured public, professional and political support for integrating healthcare and social care for all adults to ensure better health and wellbeing outcomes.

Nationwide collaboration

The Ministerial Strategic Group for Health and Community Care provides high level and cross sector national leadership for integration. The group brings together representatives from the Scottish Government, NHS Scotland, Local Government, and delivery organisations. The Public Bodies (Joint Working) (Scotland) Act 2014 established Integration Authorities, known as Health and Social Care Partnerships (HSCPs), as distinct legal entities directed by Integration Joint Boards comprising members of the local NHS Board, local government officials, professionals, Third sector and community representatives. Each HSCP has a Chief Officer and Chief Finance Officer who are accountable for the integrated services and budget and for planning and commissioning the care and support required by the local population. Health and Social Care Scotland

Improved living situation towards end of life

Integrated Health and Social Care Standards introduced in 2018 apply to all health and care providers and seek to improve care outcomes and personalisation. Implementation has focused on re-orienting conversations to achieve outcomes identified through collaborative care planning and shared decision making, as described in a series of Realistic Medicine Reports. For example, in Anticipatory Care Planning (ACP) practitioners work with patients, carers and families to help them express preferences and goals for future care. By October 2020, around 20% of primary care clinical records included an electronic summary ACP that is routinely shared with out of hours and acute care providers. This has contributed to a modest increase in the time people spend at home or in a community setting in the last six months of life.

The Health and Social Care Alliance Scotland, a national Third sector intermediary, hosts several national programmes that help build workforce capability for person centred integrated care, including social prescribing and signposting people to community resources and supports that will help them live their best life. Community Links Practitioners work alongside primary care to support people living in challenging circumstances or facing loneliness, mental health problems, addictions or debt to draw on individual and community assets. Scotland's House of Care programme promotes person centred collaborative care and support planning, builds skills in self management, leadership and team working, strengthens patient and staff health literacy capabilities, and builds knowledge of, and relationships with, local community assets and resources (Cook, Grant 2020). *My Condition My Life* is a national campaign and fund to support self management, complemented by resources for Health Literacy.

Emergency Beddays: Actual vs Expected; Scotland, aged 65 and over

(Expected based on 2008/09 rate)



Figure 1: Emergency beddays used by people aged 65+, 2008/09 to 2018/19: actual vs expected
Source: SMR01 (PHS), NRS population estimates

■ Actual Beddays ▲ Expected Beddays

Care Home Residents: Actual vs Expected; Scotland, aged 65 and over

(Expected based on rate at March 2009)



Figure 2: Long-Stay Care Home Residents aged 65+, 2009 to 2019: actual vs expected
Source: Scottish Care Home Censuses; NRS population Estimates

■ Actual Beddays ■ Expected Beddays

Across Scotland, communities are beginning to tackle loneliness and social isolation. For example, Compassionate Inverclyde is an award-winning social movement that is helping to transform attitudes and everyday practices around loneliness, social isolation, death and bereavement. The ethos is fundamentally about local people working alongside existing formal services, tapping into our desire to be kind, helpful and neighbourly. Ordinary people are part of a dynamic, growing and largely self-organising social movement of fundraisers, volunteers, befrienders, companions, community cafes, compassionate schools, businesses and neighbourhoods. All actions affirm that caring for one another at times of crisis and loss is everyone's responsibility. An independent evaluation describes examples of improved personal, relational and community outcomes experienced by many thousands of people.

Collective Endeavour across sectors is key

Personalisation, empowerment and co-production are supported by legislation that places a statutory duty to offer choice in how people are assessed and receive their social care or support, and by a human rights-based Carers Charter and legislation. The Scottish Government's Social Renewal Advisory Board calls for Collective Endeavour across sectors to enable individuals and communities to have more control over decisions that affect their lives; to empower teams to deliver services that improve the lives of the people and communities they serve; and to have a collective focus on building more resilient, fairer, healthier and stronger communities and places.

HSCPs produce publicly available strategic plans and annual performance reports for a suite of indicators that support nine national health and wellbeing outcomes. These reports draw on routinely recorded hospital and community data and on regular national surveys of care experience. National health and care data and data linkage systems offer ways to measure the impact of the reform, in particular through analysis of key trends over time and in the context of an ageing population. It is possible to consider how trends might have looked ('expected') in the absence of the reform.

For example, the number of acute hospital beds (emergency beddays) used by older people during 2018/19 (2.8 million) is considerably less than 'expected' (3.5 million) based on projection of the 2008/09 rate (Figure 1).

The number of people aged 65+ in long stay hospital care has markedly declined and their beddays reduced from 472,000

in 2008/09 to 229,000 in 2018/19. When long stay hospital care and acute hospital stays are combined, the actual bed days for people aged 65+ in 2018/19 are 27% lower than the population adjusted trend would have suggested. This has not been accompanied by an expansion in long term residential care. The number of age 65+ long-stay residents at March 2009 (30,418) is 20% lower than would have been expected based on 2009 rates (Figure 2).

Overall, around 10,000 more people aged 65+ were living at home each day in 2018/19 than 'expected', representing a significant shift to care at home, avoiding institutional care costs and releasing resource for investment in community health and care.

The pandemic has accelerated local collaboration and enhanced capability to make infrastructure and practice changes at unprecedented speed, including rapid innovation and adoption of digital solutions such as [Near Me video](#) enabled consultations. Faced with continuing stark health and economic challenges for recovery and remobilisation, HSCPs must further strengthen alliances with community and voluntary sector partners to improve lives and opportunities through a stronger focus on prevention, early intervention and community led action targeting mental wellbeing, loneliness, isolation and the wider determinants of health (see for example Compassionate Inverclyde)

Workforce capacity remains the biggest challenge and a recent independent review highlighted the extreme fragility of the adult social care sector in particular. In response, Scottish Ministers are consulting on the remit and governance of a National Care Service. And so the reforms continue ...

For further information see also:

Hendry A, Thompson M, Knight P, McCallum E, Taylor A, Rainey H, Strong A. Health and Social Care Reform in Scotland – What Next? International Journal of Integrated Care, 2021; 21(4): 7, 1–14. DOI: [Web-Link](#)

Anne Hendry: Director IFIC Scotland/Hon. Professor University of the West of Scotland. anne.hendry@lanarkshire.scot.nhs.uk

Deutschland

Neues Gesetz erweitert Gestaltungsspielraum

AUF EINEN BLICK

Trend zum Umdenken in Deutschland

Das deutsche Sozialversicherungssystem teilt die Bereiche in unterschiedliche Sozialgesetzbücher (SGB) auf, mit jeweils eigener Binnenlogik, unterschiedlichen Finanzierungstöpfen und Ministerien. Diese Strukturen fördern sektorales Denken und Handeln. Reibungspunkte und Zuständigkeitskonflikte bei den verschiedenen Trägern sind vorprogrammiert, besonders bei der Finanzierung der Leistungen.

Neue Rahmenbedingungen (seit Januar 2021) haben jedoch den Gestaltungsspielraum für integrierte Versorgungsmodelle sowie den Kreis der beteiligten Vertragspartner erheblich erweitert. Ein Umdenken ist erkennbar: Populationsbasierte Versorgungsansätze berücksichtigen neben gesundheitlichen Faktoren zunehmend auch soziale Aspekte. Ganzheitliches Vorgehen kann nun sektoren- und trägerübergreifend erfolgen. Die neue Bundesregierung will die Attraktivität von bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen (z.B. Gesundheitsregionen) fördern sowie niedrigschwellige Betreuungsangebote (z.B. Gesundheitskioske) einführen. Community Health Nurses sollen als neues Berufsbild etabliert werden. Auf dem Land sollen mehr Gemeindeschwestern und Gesundheitslotsen aktiv werden.

Mit dem zum 1. Januar 2021 in Kraft getretenen Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG) hat der deutsche Gesetzgeber die Zielsetzung für die integrierte Versorgung präzisiert und erweitert. Direkt im Gesetzestext ist nunmehr die Ausrichtung auf populationsbasierte und damit regional begrenzte Selektivverträge verankert. Wenngleich schon eine lange bestehende Möglichkeit, wurde diese kaum durch Krankenkassen genutzt, da die Krankenkassenaufsicht regionale Versorgungsansätze zuletzt als «diskriminierend» beanstandete und bundesweite Angebote forderte. Daneben hat das GPVG den Spielraum für die Kooperation mit anderen Sozialleistungsträgern erweitert, um die Entwicklung versicherungs- und trägerübergreifender Versorgungsformen voranzutreiben. Demnach lassen sich nun Selektivverträge bspw. mit Rehabilitationseinrichtungen aus dem Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung oder mit nichtärztlichen Leistungserbringern wie z. B. aus dem Bereich der Sozialarbeit abschließen. Auch die privaten Kranken- und Pflegeversicherungen werden als Vertragspartner zugelassen. Darüber hinaus wird den Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt, bisher durch den Innovationsfonds geförderte Projekte auf freiwilliger Basis weiterführen zu können. Mit den neuen Rahmenbedingungen wurde einerseits der Gestaltungsspielraum für integrierte Versorgungsmodelle sowie andererseits der Kreis der beteiligten Vertragspartner erheblich erweitert.

Unterschiedliche Welten: Gesundheits- und Sozialversorgung

Wesensmerkmal der integrierten Versorgung ist eine nicht nur sektoren-, sondern auch trägerübergreifende Zusammenarbeit, die sich am komplexen Gesundheits- und Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten statt an bestehenden Strukturen orientiert. Für eine umfassende Gesundheitsunterstützung und -versorgung bedarf es aber eines ganzheitlichen Versorgungsansatzes, der neben der Behandlung von Krankheiten auch Massnahmen zur Krankheitsvermeidung, Gesundheitsförderung und sozialen Teilhabe z. B. am Arbeitsmarkt in den Blick nimmt.

Mit der Aufteilung der Sozialversicherungsbereiche stellt sich Deutschland dabei selbst ein Bein: unterschiedliche Sozialgesetzbücher (SGB) mit jeweils eigener Binnenlogik, unterschiedliche Finanzierungstöpfen und unterschiedliche Ministerien fördern sektorales Denken und Handeln. Hinzu kommt, dass die Gesundheitsversorgung in Deutschland primär im SGB V geregelt ist und sich vorrangig auf den Schutz bei Krankheit konzentriert. Massnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung werden zwar auch in Deutschland von den gesetzlichen Krankenkassen erbracht, sie teilen sich diese Aufgabe aber mit Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung, deren Rolle und Zuständigkeiten in SGB VII geregelt sind, sowie mit kommunalen Trägern. Patientinnen und Patienten mit Pflegebedarf

finden ihren Hauptansprechpartner wiederum vorrangig bei den gesetzlichen Pflegekassen (SGB XI). Damit nicht genug: Wer Massnahmen zur medizinischen Rehabilitation beantragen möchte, wird je nach Zuständigkeit von Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V), der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) und der Unfallversicherung (SGB VII) betreut. Reibungspunkte und Zuständigkeitskonflikte bei den Trägern sind also vorprogrammiert und treten besonders deutlich zu Tage, wenn es um Finanzierung der Leistung geht. Leidtragende sind die Menschen mit einem umfassenden Versorgungs- und sozialen Unterstützungsbedarf, die sprichwörtlich zwischen den Sozialgesetzbüchern verloren gehen.

Das wirft einerseits eine Gerechtigkeits- und Zugangsdebatte auf, andererseits führt das mangelnde Ineinandergreifen der Sozialleistungen letztendlich auch zu höheren Kosten. Das Bewusstsein für eine ganzheitliche Gesundheits- und Sozialversorgung ist vorhanden. Dennoch bleibt zu konstatieren, dass trägerübergreifende Versorgungsprogramme derzeit stark von Einzelakteuren und persönlicher Beziehungsarbeit wie beispielsweise regionalen Verbänden abhängen. Gesetzliche Massnahmen konzentrieren sich zumeist auf die Korrektur oder Ergänzung von einzelnen Sozialgesetzbüchern. Das Bestreben, Gesundheit- und Sozialversorgung zusammen zu denken, ist in der Politik nur schwach ausgeprägt – muss aber dringend auf die Agenda.

Pionierarbeit bringt Bewegung

Trotz der genannten Schwierigkeiten finden sich auch in Deutschland zahlreiche Projekte, die das Ziel einer stärkeren integrierten Gesundheits- und Sozialversorgung verfolgen. Auch die seit fünf Jahren im Rahmen des Innovationsfonds bestehende Möglichkeit zur Finanzierung von neuen Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen, hat Bewegung in das Gefüge der Sozialversicherungsbereiche gebracht. Aktuell wird der Fonds ausschliesslich aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert. Dies hat jedoch zur Folge, dass sozialleistungsträgerübergreifende Projekte nur dann gefördert werden können, wenn sich die jeweiligen Träger ausserhalb der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend ihrer Zuständigkeiten an der Finanzierung der Projekte beteiligen. Dies gilt insbesondere für originäre Leistungen der jeweiligen Sozialversicherungszweige oder Unterstützungssysteme. Entsprechende Finanzierungszusagen sind bei der Antragsstellung beizufügen und erhöhen sowohl Aufwand als auch Unsicherheiten bei den betroffenen Projekten. Eine GKV-unabhängige Förderung des Innovationsfonds könnte die Realisierung sozialleistungsträgerübergreifender Projekte fördern.

Brücken für die integrierte Versorgung bauen

Neben der hohen Komplexität des deutschen Sozialversicherungssystems tragen auch fehlende Anreize für die potenziellen Kooperationspartner dazu bei, dass sich integrierte Versorgungsmodelle in Deutschland bisher nur in Pilotformen aber nicht in grösserem Stil durchgesetzt haben. Die zunehmend angespannte Finanzlage, besonders bei den Krankenkassen, kann jetzt in zwei Richtungen wirken: Sie kann einerseits eine trägerübergreifende Zusammenarbeit weiter erschweren, denn Ausgaben, die nicht originär dem eigenen Leistungsbereich zuzuschreiben sind, könnten Sparmassnahmen besonders schnell zum Opfer fallen. Knappe Finanzen können aber auch die Kreativität der Krankenkassen und der Akteure aus dem Gesundheits- und Sozialwesen befördern und neue Lösungen zur Gesunderhaltung und Prävention hervorbringen.

Angesichts der neuen Legislaturperiode in Deutschland werden aktuell deshalb von vielen Seiten Forderungen laut, eine Ausrichtung auf populations- statt indikationsbezogene Versorgungsansätze zu verfolgen. Eine an den spezifischen Bedürfnissen einer klar definierten Bevölkerungsgruppe ausgerichtete medizinische Versorgung und soziale Unterstützung hat primär die Verringerung von Krankheitslasten und die soziale Integration zum Ziel. Hierfür nehmen populationsbasierte Versorgungsansätze neben gesundheitlichen Faktoren auch soziale Aspekte in den Blick. Solch ein ganzheitliches Vorgehen kann folglich nur sektoren- und trägerübergreifend erfolgen.

Die neue Bundesregierung hat diese Notwendigkeit erkannt und setzt sich mit ihrem Koalitionsvertrag «Mehr Fortschritt wagen» das Ziel, die Attraktivität von bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen (z.B. Gesundheitsregionen) zu fördern, in benachteiligten Kommunen und Stadtteilen niedrigschwellige Betreuungsangebote (z.B. Gesundheitskioske) zu errichten, Community Health Nurses als neues Berufsbild zu etablieren und im ländlichen Bereich das Angebot durch Gemeindeschwestern und Gesundheitslotsen auszubauen. Wir hoffen, dass den Worten Taten folgen und diese zu einer besseren Versorgung und Unterstützung der besonders betroffenen Bevölkerungsgruppe beitragen.

Johanna Nüsken (Geschäftsführerin) und Christian Hinke (Referent),
Bundesverband Managed Care (BMC). hinke@bmcev.de

Schweiz

Über die Zukunft entscheidet oft das Budget

Wo gibt es Projekte und Modelle, welche die interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) und die Individualisierung der Versorgung verbessern? Und wie begegnen sich dabei das Gesundheits- und das Sozialwesen? Wir haben eine ganze Reihe interessanter Beispiele gefunden, wie man IPZ «von unten» unterstützt und die Versorgung verbessert. Wie kamen diese Angebote zustande? Was sind ihre Visionen und Ziele? Wo liegen die Herausforderungen?

In den Beispielen sehen wir, wie unterschiedlich die Zusammenarbeit der Systeme sein kann. Dies in Bezug auf die Zielgruppen (HotA für Familien, AROSS für ältere Menschen) oder auf die Versorgungsorte (REAS zentral in den Städten, SoBüBärn dezentral in ausgewählten Grundversorgerpraxen). Unterschiedlich sind auch die beiden Case Management-Modelle: Aarau hat ein Modell an der Schnittstelle der ambulanten und stationären Onko-Reha, Swica legt den Fokus auf versicherungsrelevante Aspekte. Zuletzt zeigt die Gemeinde Reichenburg, wie Politik die Zusammenarbeit an der Schnittstelle der beiden Systeme fördert.

HotA – Begleitung von Familien zuhause

Das Hometreatment der Stiftung HotA behandelt mehrfach belastete Familien zuhause – und damit dort, wo der Bedarf nach einem gelingenden und heilenden Miteinander für alle Familienmitglieder am grössten und wirkungsvollsten anzugehen ist.

Eine Umfrage und Bedarfserhebung im Herbst 2010 hat gezeigt, dass in der psychosozialen Versorgung von Multiproblemfamilien im Kanton Aargau ein ausgewiesener Mangel an übergreifenden praxisnahen Hilfs- und Unterstützungsangeboten besteht. Dieser Umstand hat Fachleute aus dem Gesundheits- und Sozialbereich 2011 bewogen, das Pilotprojekt HotA zu initiieren. Gleichzeitig erlaubte die von den Krankenkassen ebenfalls unterstützte «gemeindenähe Versorgung» die Abrechnung der psychiatrisch indizierten Leistungen.

In den seit Projektstart 2012 von HotA aufgenommenen Familien war zu 80 Prozent mindestens ein Familienmitglied psychisch krank. Bei gut der Hälfte der Familien war mindestens ein Elternteil betroffen, meistens waren dies die Mütter. Mehrheitlich wurden affektive Störungen diagnostiziert. In knapp 60 Prozent der Familien litten die Kinder an einer psychischen Störung und hier überwiegend an hyperkinetischen Störungen. In einem Viertel der Familien waren sowohl die Elternteile als auch die Kinder von einer psychischen Störung betroffen.

HotA bietet ein Hometreatment im Übergangsbereich zwischen Sozialpsychiatrie und Sozialpädagogik an. Die Leitidee für die aufsuchende Familienarbeit basiert auf dem Prinzip der systemischen- und ressourcenorientierten Beratung, Begleitung und unterstützenden Behandlung der Familie als System. Durch Förderung der Selbstwirksamkeit und Stärkung der Elternkompetenz werden heilsame Prozesse und Veränderungen für die ganze Familie möglich. Somit wird durch Sicherstellung einer gesunden Kindesentwicklung auch präventiv innerhalb der Familienpolitik und Gesundheitsversorgung gearbeitet. Fachpersonen aus dem sozial-, heilpädagogischen und psychologischen Bereich gehen zu den Betroffenen nach Hause und helfen vor Ort, mit der ganzen Familie Lösungen zu suchen und umzusetzen. In einem mehrstufigen Prozess wird die Indikation nach Anmeldung geprüft, zusammen mit dem Zuweiser werden die Behandlungsziele mit der Familie definiert und regelmässig überprüft und angepasst. Intern werden die Behandlungsschritte fachärztlich supervidiert.

Die Hochschule Luzern evaluierte die Arbeit von HotA und urteilte, dass die Zielerreichung zu rund 80 Prozent bei «sehr gut» bis «gut» lag. Die definierten Ziele - Familien zu stabilisieren, um wieder eigenständig zu funktionieren – wurden nachhaltig erreicht. Das BAG zeichnete HotA 2018 als «Modell guter Praxis für Interprofessionalität im Gesundheitswesen» aus.

Familien sollen wieder eigenständig funktionieren können.

HotA erhielt als Pilotprojekt u.a. Gelder des Swisslos-Fonds. Danach stellte die Finanzierung das wesentliche Problem für die Weiterführung des Angebots dar. Eine dauerhafte Finanzierung scheint nur u.a. durch Kantonsbeiträge möglich.

Eine Ausbreitung des Angebots in andere Kantone sowie die Entwicklung intensiverer aufsuchender Therapieformen sind zukünftige Entwicklungsthemen für die Stiftung Hometreatment.

Regula Berchtold (Geschäftsführung) und Isabelle Grobauer (ärztliche Leitung), Aarau. Regula.Berchtold@hota.ch

AROSS - Kostenloser Beratungsdienst für Senioren, Angehörige und Fachleute

AROSS (Association Réseau Orientation Santé Social) ist ein unabhängiger Informations- und Beratungsdienst für ältere Menschen (65+), ihre Angehörigen und Fachleute im Gesundheits- und Sozialwesen. Der vom Kanton Neuenburg finanzierte Dienst ist kostenlos. AROSS hat den Auftrag, über das Angebot des Neuenburger Gesundheitssystems zu informieren und bei Bedarf beratend zu begleiten. Gebrechliche Personen sollen frühzeitig unterstützt werden, um spätere Einschränkungen und Abhängigkeiten zu verzögern bzw. zu verhindern. Die Beratungen sollen dazu beitragen, die koordinierte Betreuung mit den verschiedenen Akteuren des Versorgungsnetzes zu optimieren. Das Koordinationsteam aus Fachkräften aus dem Gesundheits- und Sozialbereich wird unterstützt durch wöchentliche Supervision durch einen Arzt für Geriatrie oder Psychogeriatrie.

«Wir müssen die Angebote besser bekannt machen.»

Die Besonderheit von AROSS: Jede Angehörige bekommt, mit dem Einverständnis der betroffenen Person, Auskünfte, ein Orientierungsgespräch, eine geriatrische Beurteilung, die Behandlung eines komplexen Falles oder ein Unterstützungsgespräch mit einer Fachperson. Das Orientierungsgespräch findet bei der älteren Person statt, die von ihrem/ihrer pflegenden Angehörigen begleitet wird. Im Anschluss an das Assessment findet ein Feedbackgespräch statt, an dem die erarbeiteten Empfehlungen vorgestellt werden (Hilfsleistungen, Kosten, Wohnsituation usw.). Dabei werden auch weitere Massnahmen durch den Betroffenen festgelegt. Anschliessend wird ein Interventionsbericht an den Hausarzt und andere Anbieter geschickt.

Praxiserfahrungen

Die Leistungen von AROSS werden von den Betroffenen und ihren pflegenden Angehörigen sehr geschätzt. Oft kennen diese

die Leistungen und Angebote gar nicht. Fachpersonen schätzen das Angebot ebenfalls, obwohl die Beratungen manchmal auch als einschränkend empfunden werden. Herausfordernd wird es dann, wenn Anfragen nach Interventionen zu spät bei AROSS eingehen und nur noch wenig Handlungsspielraum bleibt.

Haupthindernisse und Herausforderungen:

- Eine systematische Erkennung der zunehmenden Gebrechlichkeit fehlt
- Mangelnde Antizipation der Fachkräfte
- Die Schwierigkeit, Informationen über Betroffene zu teilen
- Die Anosognosie von älteren Menschen mit den verbundenen neurokognitiven Störungen

Förderliche Massnahmen

- Ein interprofessionelles Team mit differenziertem Wissen und Kompetenzen
- Einverständniserklärung der betroffenen Person/Bevollmächtigten, die den Informationsaustausch zwischen den Fachleuten erlaubt
- Der ständige Austausch der Fachleute zur Stärkung von Zusammenarbeit und Qualität

Claudia Grünenfelder
info@aross.ch | www.aross.ch

REAS – Hilfeplan bei komplexen gesundheitlichen und sozialen Problemen

Chronische Erkrankungen, insbesondere Multimorbidität, können von psychosozialen Problemlagen begleitet sein, die sich wechselseitig beeinflussen. Etwa familiäre Konflikte oder Arbeitslosigkeit können sowohl Auslöser für gesundheitliche Probleme als auch die Folge ebendieser sozialen Probleme sein. Die bestehenden Versorgungsschwierigkeiten verlangen deshalb nach einer umfassenden Unterstützungsstruktur.

Die Regionalen Anlaufstellen (REAS) richten sich an Personen mit Mehrfachbelastungen, deren Bedarf an Unterstützung aufgrund ihrer Lebenssituation über das bestehende Angebot hinausgeht. Unter Einbezug aller relevanten «Health und Social Professionals» und dem persönlichen Netzwerk der Betroffenen sollen tragfähige Versorgungsstrukturen entstehen.

Alle beteiligten Fachleute in den Hilfeplan involvieren.

Personen in Multiproblemlagen brauchen Unterstützung und Stabilität in ihrer sozialen Lebenswelt, wenn Leistungen des Gesundheitssystems nachhaltig wirken sollen. Damit sollen bspw. Therapien durch eine höhere Adhärenz verlässlicher erfolgen. Das «sozialtherapeutische Case Management» (Sommerfeld, 2016) von REAS kombiniert dafür Interventionen der klassischen Gesundheitsversorgung und psychosozialen Unterstützung in einem abgestimmten Hilfeprozess.

Dabei stellt das REAS-Assessment ein zentrales Puzzleteil im Gesamtprozess dar. Die Sozialarbeit nutzt in der diagnostischen Phase die projektspezifische Methodik sowie unterschiedliche Instrumente (u.a. zur Netzwerkdiagnostik, Ressourcenanalyse). Diese und die fortlaufende Erhebung der Lebensqualität dienen dabei als Monitoring der Lebensbewältigung. Dies führte zum Wissen über wesentliche Aspekte gesundheitlicher und sozialer

Problemstellungen und dies wiederum zu einem besseren Fallverständnis, was für die Gestaltung der Versorgung zentral ist. Der grössere (zeitliche) Handlungsspielraum ermöglicht eine effektivere Klientenzentrierung und weniger Stress für die Betroffenen im «Versorgungsdschungel». Als herausfordernd zeigt sich die teils schwierige Erreichbarkeit der Betroffenen und die Entwicklung der notwendigen Motivation.

REAS geht über die Koordination von Hilfeleistungen hinaus und strebt deshalb eine «Synchronisation» und Integration der Leistungen an. Es ist demnach Aufgabe der Sozialarbeit, alle im Fall relevanten Fachpersonen, die Betroffenen und deren persönliches Netzwerk in den übergreifenden Hilfeplan zu involvieren. Alle Leistungen im Verlauf der Behandlung sollen so aufeinander abgestimmt sein, dass eine wirksame Kaskade relevanter Versorgungsleistungen entsteht. Nicht zuletzt wird damit das Ziel verfolgt, dass die Klient:innen mit ihren (chronischen) gesundheitlichen Einschränkungen ein Leben in einem stabilen und förderlichen sozialen Umfeld führen können.

Praktikabilität und Nutzen des REAS-Angebots werden wissenschaftlich untersucht. Zudem werden verschiedene Outcome-Variablen (z.B. gesundheitsbezogene Lebensqualität -SF-12- oder subjektive Handlungsfähigkeit) auf Ebene der Betroffenen gemessen und auf mögliche Veränderungen hin analysiert.

Simon Süsstrunk M.A., Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW.
simon.suesstrunk@fhnw.ch

Hannes Lüthi M.A., Schweizerische Gesundheitsligenkonferenz GELIKO.
hannes.luethi@aha.ch

SoBü Bärn – für mehr sozialarbeiterische Dienste in Hausarztpraxen

Arme leben kürzer als Wohlhabende und sind häufiger krank. Wissenschaftliche

Studien belegen eine enge Kausalverbindung zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit. Medizinische Mittel allein reichen oft nicht aus, wenn soziale Problemlagen den Therapie- und Genesungsprozess überschatten. Viele Spitäler bieten deshalb ihren Ärzt:innen die Möglichkeit, Patient:innen der spitalinternen Sozialarbeit zuzuweisen. Diese kann soziale Gesundheitsrisiken erkennen und die damit verbundenen sozialen Schwierigkeiten angehen. Diese Erkenntnisse führten zur Idee zum *Sozialberatungsbüro für Hausarztpraxen SoBü Bärn* und zur Gründung des Vereins Sozialberatung für eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung sbgg.

SoBü Bärn wird von den Zuweisern sehr geschätzt. In den Worten eines Arztes: «Gäbe es SoBü Bärn nicht, müsste man es erfinden.»

Auch die Patient:innen sind erleichtert, dass Lösungen gemeinsam herbeigeführt werden. Ob bei der Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber Sozialversicherungen, bei der Suche nach Heimlösungen, bei der Erschliessung von Hilfen in finanziellen Notlagen oder für Sofortmassnahmen bei Obdachlosigkeit: SoBü Bärn schaut genau hin und versucht immer wieder, das Unmögliche zu ermöglichen.

Durch ein weit verzweigtes Netz an ausgewiesenen Fachpersonen und -stellen gelingt es oft, verfahrenere Situationen zu lösen sowie Perspektivenwechsel und Schritte zur Verbesserung der Lebenslagen herbeizuführen.

Durch praxisinterne Weiterbildungen werden die Hausärzt:innen sensibilisiert für den sozialen Kontext ihrer Patient:innen. Mit Erfolg, wie dieses Zitat einer Hausärztin nach einer Asyl-Weiterbildung zeigt: «Herzlichen Dank für die Inputs. Es schafft Klarheit. Wir können uns nun besser in die Situation der einzelnen Menschen hineindenken.»

Immer wieder wird von Seiten unserer Partnerpraxen der Wunsch geäussert, das Projekt SoBü Bärn unbefristet weiterzuführen. Aktuell wird SoBü Bärn hauptsächlich durch Stiftungen

und Fonds finanziert. Diese sind überzeugt von der Projektidee und stehen hinter dem Projekt. Eine langfristige und nachhaltige Finanzierung können sie allerdings nicht leisten.

*Dank dem Netz
an Fachleuten gelingen
oft Lösungen in
verfahrenen Situationen.*

Dank einer Vereinbarung mit mediX bern ist seit Sommer 2022 das Ziel der nachhaltigen Finanzierung von SoBü Bärn etwas näher gerückt. Es wird sich zeigen, wie weit der Kanton Bern nachziehen wird. SoBü Bärn hält es diesbezüglich mit Goethe: «Was immer du tun kannst oder träumst, es zu können – fang damit an.»

Eva Horat (Präsidentin Verein Sozialberatung für eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung sbgg). www.sbgg.ch

SWICA – Was kommt nach dem Klinikaufenthalt?

Patient:innen mit komplexen Gesundheitssituationen sind nach stationärem Aufenthalt bei der anschliessenden ambulanten Versorgung bei der psychosozialen Koordination oft auf sich allein gestellt.

Ein Care Management der Krankenversicherungen stellt ein geeignetes Instrument dar, um Patient:innen in der poststationären Phase zu unterstützen. Dies entspricht auch einem klaren Bedürfnis, wie SWICA in einer Studie kürzlich ermitteln liess (Schermann et. al., 2020).

SWICA hat punktuell mit stationären Leistungserbringern eine Kooperationsform mit ihrem Care Management entwickelt. Es entsteht ein Mehrnutzen für alle Beteiligten, insbesondere für die Patient:innen. Die Kooperationsform soll, im Sinne eines gemeinsamen Lernens, stetig weiterentwickelt und den sich verändernden Rahmenbedingungen angepasst werden.

*Es braucht einen
Konsens über Ziele,
Rollen und die Prozesse
zur Umsetzung.*

Die Zusammenarbeit zwischen den Kliniken und den Krankenversicherungen findet grundsätzlich immer über den Kostengutsprache- und Rechnungsprozess statt. Wurde die bisherige Zusammenarbeit von beiden Seiten bisher als positiv erlebt, sind die Voraussetzungen für die Entwicklung einer vertieften Kooperation besser gegeben. In einem ersten Schritt ist ein Austausch mit der Klinikleitung zu empfehlen, bei dem die Absicht einer gemeinsamen Bearbeitung der Schnittstelle zur ambulanten Versorgung thematisiert wird. Es ist ein Konsens über Ziele, Rollen und mögliche Prozesse zur Umsetzung zu finden. Folgende inhaltliche Aspekte der Zusammenarbeit haben sich als sinnvoll erwiesen:

- Ziel der Kooperation ist eine nachhaltige Versorgung der Patient:innen nach einem stationären Aufenthalt. In der Regel besteht bei diesen Personen ein umfassender psychosozialer Unterstützungsbedarf.
- Sprechstunden des Care Managements vor Ort in den Kliniken haben sich zur Vertrauensbildung für die Patient:innen und auch für die Mitarbeitenden der Kliniken als eine gute Unterstützung im Prozess erwiesen. Die Organisation der Besprechungstermine erfolgt meist über den klinikinternen Sozialdienst bzw. die Reha Koordinatoren oder ähnliche Funktionen.
- Zur Weiterentwicklung und Optimierung der Prozesse ist ein jährlicher, in der Aufbauphase halbjährlicher Austausch zwischen den in den Prozess involvierten Personen der Kliniken und Kostenträger notwendig. Am besten erfolgt dies anhand von konkreten Fallbeispielen. Dieser Praxisaustausch kann durch eine jährliche Besprechung auf Leitungsebene von Kliniken und Krankenversicherern im Sinne einer Reflexion der generellen Zusammenarbeit ergänzt werden.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Patient:innen einen solchen gemeinsam entwickelten Prozess integral erleben. Von der dadurch höheren Patienten- bzw. Kundenzufriedenheit haben die Kliniken wie die Kostenträger einen direkten Nutzen. Es ist wünschenswert, wenn diese Erfahrungen durch den Einbezug von entsprechenden Fragen in den Patientenbefragungen der Kliniken noch transparenter gemacht werden. Durch den persönlichen Austausch «vor Ort» werden Prozesse transparenter gemacht, die integrierte Versorgung gefördert. Für die Kliniken stellt sich generell die Herausforderung, mit verschiedenen Kostenträgern individuelle Prozesse zu vereinbaren. Beispiel: Das AMEOS Seeklinikum Brunnen hat dazu ein gemeinsames Vorgehen mit den interessierten Krankenversicherern, die ein Care Management anbieten, entwickelt. Dies konnte in einer ersten Phase erfolgreich realisiert werden und könnte ein Modell der Zukunft sein. Von einer organisationsübergreifenden Koordination haben Patient:innen, Leistungserbringer und Kostenträger einen nachhaltigen Nutzen.

Erich Scheibli (Leiter SWICA Care Management, Winterthur).
erich.scheibli@swica.ch

Aargau – Onkologische Reha verbessert die Lebensqualität

Seit 2014 benutzen wir in der Radiotherapie Hirslanden ein elektronisches «Patient Reported Outcome System» (ePRO von KAIKU-Health, Helsinki). Die Patient:innen beantworten digital Fragen zu Symptomen und Lebensqualität während und nach der Behandlung. Viele litten drei bis neun Monate nach Therapieabschluss unter Müdigkeit, Ängsten und dem Einbruch der körperlichen Leistungsfähigkeit.

Wie können wir diese Menschen ganzheitlich unterstützen? Das Konzept der onkologischen Rehabilitation soll es den Krebskranken ermöglichen, krankheits- oder therapiebedingte körperliche, psychische oder soziale Probleme zu überwinden und wieder eine optimale Funktionalität zu erlangen. Wir fragten verschiedene Anbieter an, die zu dieser Verbesserung der Lebensqualität beitragen konnten. Die Reaktionen waren so positiv, dass wir im Juni 2020 mit dem Projekt starten konnten.

Die Onko Reha Aargau wird unter Führung der Krebsliga Aargau (Finanzierung der Koordinatorin-Stelle), der Hirslanden Klinik Aarau und der Radiotherapie Hirslanden organisiert. Das Kernelement ist ein umfassendes und abgestimmtes Versorgungs- und Unterstützungssystem mit derzeit 27 ärztlichen und nicht-ärztlichen Massnahmen.

Aufgenommen werden alle, deren Lebensqualität durch Einschränkungen alltäglicher Tätigkeiten (z.B. durch eine ausgeprägte Müdigkeit oder Zukunftsängste, verbunden mit Problemen im sozialen Bereich und/oder am Arbeitsplatz) während oder nach der Therapie signifikant reduziert wird. Anmeldungen erfolgen über die Koordinationsstelle. Während dieser Therapie (Dauer 12 bis 16 Wochen) werden die Patient:innen immer vom Reha Coach begleitet.

Nach dem Erstgespräch mit Reha-Coach, Pflegefachfrau und Reha-Mediziner:in erstellen wir ein den Bedürfnissen angepasstes Massnahmenprogramm. Beispiele: Förderung der körperlichen Aktivität und Ernährungsberatung bei einer Fatigue, psychologische Unterstützung bei Angstproblemen, bei sozialen Problemen Hilfe durch Sozialarbeit:innen oder unterstützende Massnahmen wie Achtsamkeitstraining. Zur Reduzierung der Krebstherapie-Nebenwirkungen werden oftmals TCM-Mass-

nahmen angewendet. Auch eine Sexualtherapeutin steht zur Verfügung.

Das KAIKU wurde speziell für die Onko Reha angepasst, mit definierten Assessments der Anbieter. Zudem beantworten die Patienten regelmässig Fragen zur Lebensqualität. So können alle Beteiligten Erfolge und Probleme erkennen und entsprechend reagieren.

Das Programm wird wissenschaftlich begleitet und in einer Masterarbeit ausgewertet. Bis heute (Stand März 2022) wurden 123 Patient:innen aufgenommen. 87 Therapien sind abgeschlossen. Erste erfreuliche Auswertungen zeigen bei 84 Patient:innen eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität.

Die Finanzierung ist die grösste Herausforderung.

Die Onko Reha Aargau und speziell das Zusammenwirken der Massnahmen entwickeln sich auf den verschiedenen Ebenen sehr positiv. Eine Herausforderung, wie so oft, stellt die Finanzierung dar: Gängige Massnahmen (Aktivierungstherapie/Physiotherapie, Ernährungsberatung und Psychoonkologie) übernehmen meist die Krankenversicherer. Allerdings erst nach Kostengutsprache, die oft zuerst abgelehnt wird. Neben dem beträchtlichen administrativen Mehraufwand für die Koordination entstehen dadurch Härtefälle. Erfreulicherweise besteht hier mit der Krebsliga Aargau eine Vereinbarung für Unterstützung. Zur Förderung der onkologischen Rehabilitation wäre ein eigene Tarifposition ideal. Hierfür bedarf es aber einen entsprechenden politischen Willen. Für dieses Ziel setzt sich der Verein <https://oncoreha.ch/> ein.

Dr. med. Christian von Briel (ärztl. Leiter) und Anita Gutiérrez (leit. Pflegefachfrau). Radiotherapie Hirslanden.
christian.vonbriel@hirslanden.ch

Richäburg füränand – Wie wollen wir alt werden?

Die Frage nach dem «wie» stellte sich Matthias Radtke, ehemaliger Leiter des

«Alterszentrums Zur Rose» in Reichenburg, und seine Mitarbeitenden immer wieder. Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum nach Antonovsky zeigt, dass Gesundheit kein fixer Zustand ist. Vielmehr wird sie, je nach Einflussfaktoren, mehr auf der kranken oder der gesunden Seite empfunden. Aus dieser Grundüberlegung wurde schnell klar: Für unsere ältere Bevölkerung reicht die Infrastruktur alleine für ein würdiges und befriedigendes Leben im Alter nicht aus. In Reichenburg wurde deshalb gehandelt und nicht auf den Staat gewartet.

Unser Ansatz: «richäburg.füränand» soll eine ganzheitliche, generationenübergreifende integrierte Versorgung im angestammten Sozialraum ermöglichen. Es soll über kürzere Aufenthalte sowie spätere Heimeintritte den steigenden Gesundheitsausgaben im stationären Bereich entgegenwirken. Der Ansatz der «Caring Communities» fördert gezielt Kooperationen aller Akteure und spricht alle Generationen an. Das motiviert zur gegenseitigen Freiwilligenarbeit und Nachbarschaftshilfe und bezieht das private Umfeld der älteren Menschen nach Möglichkeit systematisch mit ein. Zusätzlich soll die Vernetzung der regionalen Akteure durch die Integration digitaler Lösungen gefördert werden.

«Caring Communities» erreicht alle Generationen.

Eine Anschubfinanzierung durch das Migros Kulturprozent, der Carl Elsener Stiftung und vor allem der Age-Stiftung hat die Initiierung des Projektes ermöglicht. Der frühzeitige Einbezug der regionalen Akteure sowie die Information über Inhalte und Ziele haben zudem Verständnis und Akzeptanz sehr gefördert.

Bereits im Jahr 2017 haben wir im Alters- und Pflegeheim eine regionale Koordinationsstelle für Altersfragen eingerichtet. Sie wird in der Mehrheit von Nicht-Heimbewohnern aufgesucht. Dies belegt aus unserer Sicht die Akzeptanz, aber auch

die Notwendigkeit der Koordinationsstelle. Für 2018 hat die Stelle für acht Senior:innen intermediäre Lösungen gefunden. Diese Menschen konnten zu Hause bleiben und mussten vorläufig nicht ins Heim umziehen.

Seit 2019 wird die Caring Community durch die Gemeinde unterstützt. Seitdem konnten wir die «Kommission richäburg.füränand» einführen und mit einem entsprechenden Budget ausstatten. Dazu gründeten wir 2019 den Verein «Generationentreff». In den Räumen eines ehemaligen Kindergartens bietet der Verein vielfältige und generationsübergreifende Angebote an. Seit Mitte 2021 befindet sich «richäburg.füränand» im Regelbetrieb und ist kein Pilotprojekt mehr.

Key-Learnings

- Von der Konzepterstellung bis zum erfolgreichen Regelbetrieb braucht es initiative «Kümmerer». Eine politische Führung ist durch die Miliztätigkeit nur die bedingt richtige Wahl. Langfristig braucht es unbedingt eine Verwaltungsstelle.
- Der partizipative Ansatz und die aktive Integration der Akteure ins Netzwerk sind zentral. Das «Gärtlidenken» soll mit einem «Bottom-Up-Ansatz» möglichst aufgelöst werden.
- Die (Anschub-) Finanzierung hat es erheblich erleichtert, für die Politik Fakten zu schaffen.

Die Gemeinde hat sich entschieden, am kantonalen Aktionsprogramm «Altersgerechte Gemeinde» teilzunehmen. Damit will sie bestehende Strukturen weiter entwickeln und förderliche Rahmenbedingungen gestalten. Seitdem haben bereits mehrere Mitwirkungsveranstaltungen stattgefunden. Einige erfreuliche Ergebnisse seien hier genannt: Reichenburger Senior:innen übernehmen den Lead für die Arbeitsgruppe zur Umsetzung verschiedener Angebote wie das «Gleichaltrigen-Treffen», den «Hopp-la Bewegungsparcour», «Seniorenturnen» und «Computer-Kurse». Auch der Relaunch der Plattform «füränand.ch» kam zustande. Getreu unserem Motto «richäburg.füränand».

Armin Kistler | armin.kistler@reichenburg.ch
richäburg.füränand – Gemeinde Reichenburg

Teil 3

Bessere Zusammenarbeit

von Gesundheits-
und Sozialsystem

Herausforderungen und Handlungsempfehlungen

Es besteht ein weit reichender Konsens: Gesundheits- und Sozialsystem müssen besser zusammenarbeiten. Dabei geht es um Haltungen, Strukturen und Rahmenbedingungen.

Teil drei des Denkstoff beschreibt, wie es gelingen kann, dass beide Systeme besser zum Wohle der Menschen zusammenarbeiten. Zunächst untersuchen wir die Herausforderungen auf den Ebenen der Betroffenen, von Fachleuten und der Politik. Anschliessend stellen wir die Handlungsempfehlungen des fmc vor.

Übersicht der Herausforderungen/ Empfehlungen zur besseren interprofes- sionellen Zusammenarbeit (IPZ) von Gesundheits- und Sozialsystem

Herausforderungen

Patient:innen/Betroffene

- Komplexität der medizinischen und sozialen Bedürfnisse
- Fehlende ganzheitliche bio-psycho-soziale Betrachtung
- Standardisierte und unkoordinierte Versorgung und Betreuung
- Geringe Gesundheitskompetenz und Kenntnisse der Unterstützungsangebote
- «Alleine gelassen» und Überforderung

Fachpersonen aus dem Gesundheits-/Sozialwesen

- Fehlende Kenntnisse und Anerkennung der Hilfsangebote
- Isolierte und nicht koordinierte Arbeitsweise
- Komplexe Finanzierungsarten/fehlende finanzielle Anreize zur Förderung von IPZ
- Rechtliche und technische Hindernisse

Gemeinden/Kantone/Bund

- Leistungen des Gesundheits- und Sozial-Departements politisch bestimmt
- Unterschiedliche gesetzliche Grundlagen
- Unterschiedliche Zuständigkeiten

Handlungsempfehlungen

Ebene Gesellschaft

- Wissen für das bio-psycho-soziale Krankheits- und Gesundheitsmodell fördern
- Interprofessionelle und interinstitutionelle Zusammenarbeit fördern und Nutzen sichtbar machen

Ebene Gesetzgebung

- Intersektorale gesundheits- und sozialpolitische Policies erarbeiten
- Schaffen von national einheitlichen Regelungen
- Förderung von interprofessionellen Leistungsaufträgen, Versorgungs- und Betreuungsstrukturen sowie der Versorgungsforschung
- Finanzierungsmöglichkeiten der IPZ verbessern
- Einfacherer Datenaustausch innerhalb der IPZ ermöglichen

Ebene Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens

- Wissen für das bio-psycho-soziale Krankheits- und Gesundheitsmodell fördern
- Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeitskultur und Austauschformate
- Etablierung interprofessioneller Versorgungs- und Betreuungsformen

Ebene Patient:innen und Betroffene

- Persönliches Engagement und Leadership der Systemakteure fördern
- Erkennen und Nutzen von Gelegenheitsfenstern
- Aktivierung der Patient:innen, Betroffenen und Klient:innen

Förderung der IPZ

Abbildung: Übersicht der Herausforderungen und Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der IPZ auf verschiedenen Ebenen des Gesundheits- und Sozialwesens

Die Herausforderungen an der Schnittstelle von Gesundheits- und Sozialwesen

Ebene Patient:innen und Betroffene

Komplexität medizinischer und sozialer Bedürfnisse

Patient:innen, Betroffene, Klient:innen, die an die Schnittstelle des Gesundheits- und Sozialsystems gelangen, sind mit multiplen Problemen konfrontiert. Die medizinischen Probleme sind meistens mit hohen psychischen Belastungen verbunden. Hinzu kommen finanzielle Probleme, Einsamkeit/soziale Isolation, Arbeitslosigkeit/fehlende berufliche Integrationsperspektiven. Diese stehen in Wechselwirkung zueinander und verstärken sich gegenseitig. Offen ist, was der Auslöser ist – gesundheitliche oder soziale Probleme. Belegt ist aber, dass z.B. Personen, die Sozialhilfe beziehen, über einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand als die Rest-Bevölkerung verfügen, fast doppelt so häufig psychische Störungen aufweisen, mehr unter chronischen Schmerzen leiden und die Wahrscheinlichkeit für chronische Erkrankungen oder für einen Spitalaufenthalt höher ist (Kessler et. al., 2021, & Wolffers, Reich, 2015).

Das aktuelle medizinisch-soziale Versorgungs- und Unterstützungssystem ist fragmentiert und sektoren- und organisationszentriert. Solche Systeme sind nur selten in der Lage, multiple Probleme aufzunehmen und eine ganzheitliche Unterstützung anzubieten. Betroffene in fortgeschrittenen Krankheitssituationen leiden enorm unter diesem System (Eychmüller, Pautex, 2022).

Fehlende ganzheitliche bio-psycho-soziale Betrachtung

Vor allem das medizinische Versorgungssystem wurde bis weit in das letzte Jahrhundert durch das biomedizinische Modell geprägt. Dieses Modell ist stark von naturwissenschaftlichen Ansichten geprägt. Es erklärt Gesundheit und Krankheit vor allem durch physikalische und chemische Prozesse. Die Dimensionen des Menschen als denkendes und fühlendes Wesen, das mit einer sozio-kulturellen Umwelt in ständiger Interaktion steht, sieht dieses Modell nicht vor (Egger, 2018).

Die Dominanz des biomedizinischen Menschenbildes, verstärkt durch das sektoren- und organisationszentrierte System, führt dazu, dass Fachpersonen die multiplen Probleme mehrheitlich nur aus ihrer Perspektive und zu selten aus holistischer Sicht betrachten. So entstehen ein Reparieren und Konsumieren im Krankheitswesen statt ein proaktives Gesundheits- und Sozialsystem. Die Umsetzung des wichtigen bio-psycho-sozialen Assessment, das Bedürfnisse und Ziele der Patient:innen erfasst, wird so von den bestehenden Systemstrukturen zu wenig unterstützt und umgesetzt.

Standardisierte und unkoordinierte Versorgung und Betreuung

Im medizinischen System wird immer wieder auf die Problematik der Guideline-Empfehlungen bei Multimorbidität hingewiesen. Würden alle Empfehlungen befolgt, erhielten Patient:innen nicht selten lebensverkürzende Versorgungsleistungen. Welche Empfehlungen gibt es nun für Betroffene? Das Fehlen von klaren Empfehlungen verunsichert und ist für die Betroffenen belastend.

Auch werden «technische Leistungen» oft der sprechenden und unterstützenden Leistung vorgezogen. So kann es im Gesundheitswesen einfacher sein, in den letzten Lebenswochen einer Patient:in noch eine Radiotherapie durchzuführen, da die Krankenversicherung diese Kosten übernimmt. Der Aufbau eines interprofessionellen Versorgungsteams, das die Bedürfnisse der Patient:innen ganzheitlich bedienen kann, ist hingegen mit ungedeckten Kosten verbunden (Eychmüller, Pautex, 2022).

Diese teilweise widersprüchlichen Empfehlungen und Strukturen sind auch im Sozialsystem anzutreffen. Gerade im Bereich der IV-Anmeldung sowie der IV-Revision berichten Betroffenen von administrativ-widersprüchlichen Prozessen und stark belastenden Situationen.

Die unkoordinierte Versorgung und Betreuung zeigt sich auch auf der Entscheidungsebene. Viel zu oft werden Entscheidungen nur aus der eigenen Perspektive getroffen. Dadurch kann man zwar durchaus Kosten im eigenen System einsparen – mögliche Folgekosten im anderen System werden jedoch ignoriert.

Das Prinzip der «Health in all Policies», somit das Grundverständnis, dass Gesundheitsaspekte in allen Gesellschaftsbereichen wie Wohnen, Arbeit, öffentliche Sicherheit und Bildung berücksichtigt sein müssen, ist im heutigen System zum Leidwesen der Betroffenen noch viel zu wenig verankert.

Geringe Gesundheitskompetenz* und Kenntnisse der Unterstützungsangebote

Die multiplen Probleme fordern die Betroffenen sehr heraus. Dabei verfügen sie meist nur über bedingte Kenntnisse über die bestehenden Unterstützungsangebote der Versorgungssysteme. Das Bildungswesen bietet kaum eine (Grund-) Ausbildung über das Gesundheits- und Sozialsystem sowie die nationalen, kantonalen und kommunalen Unterstützungsangebote an – mit gravierenden Auswirkungen auf die Gesundheitskompetenz. Nach aktuellen Studien hat die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung sogar abgenommen. Berichteten 2015 noch 42 Prozent der Schweizer Bevölkerung von häufigen Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen und -diensten, waren es 2019 bereits 49 Prozent (De Gani et. al., 2021). Erschwerend kommt hinzu, dass gerade Personen mit prekären finanziellen Verhältnissen, fehlender sozialer Unterstützung oder mit einer chronischen Erkrankung eine geringere Gesundheitskompetenz aufweisen. Obwohl gerade für diese Gruppe die Gesundheitskompetenz eine mitentscheidende Bedeutung besitzt.

Gefühl des «Alleine-gelassen-sein» und von Überforderung

Die Komplexität der Probleme, fehlende ganzheitliche Betrachtung und die oft unkoordinierte Versorgung lösen bei vielen Betroffenen Gefühle von Überforderung aus. Sie fühlen sich allein gelassen. Viele erleben Scham und Stigmatisierung. Die Erfahrung, nicht mehr selbstständig zu agieren und sich Sachbearbeiter:innen ausgeliefert zu fühlen, kann sehr belastend sein. Man stelle sich vor, jemand hat das Leben immer selbstständig geführt und muss nun in einer IV-Anmeldung sehr persönliche Fragen beantworten oder gar dem Verdacht entgegentreten, gar nicht richtig krank zu sein. Oder jemand sieht sich durch eine Verstrickung von Krankheit und sozialen Problemen am Rande der Gesellschaft angelangt und muss beim Staat um Unterstützung «betteln». Viele Betroffene vermissen eine niederschwellige Anlaufstelle oder ein Case Management durch eine Fachperson, die beratend und/oder koordinierend zur Seite steht.

Kommen noch private Schwierigkeiten, finanzielle Engpässe oder allein schon die Angst vor Arbeitsverlust dazu, finden sich gerade Betroffene mit multiplen Problemen in einer körperlichen, psychischen und sozialen Notsituation wieder. Dabei sind diese Menschen mit ihren medizinischen Problemen schon genug herausgefordert: Viele kämpfen um ihre Existenz oder gar um ihr Leben.

*Gesundheitskompetenz bedeutet die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen und Dienstleistungen beschaffen, verstehen, beurteilen und anwenden zu können, um im Alltag Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken.

Ebene Fachpersonen im Gesundheits-/Sozialwesen

Die Herausforderungen für Patient:innen, Betroffene und Klient:innen mit ihren multiplen Problemen an der Schnittstelle des Gesundheits- und Sozialsystems sind relativ ähnlich wie für medizinische Leistungserbringer & Therapeuten sowie für soziale Beratungs- und Betreuungsstellen. Wir beschreiben hier deshalb nur zusätzliche Herausforderungen für diese Akteure.

Fehlende Kenntnisse und Anerkennung des ergänzenden Hilfsangebots/nicht koordinierte Arbeitsweise

Studien aus vergangenen Jahren zeigen, dass soziale Patientenliegen wie Einsamkeit/soziale Isolation, finanzielle Schwierigkeiten oder problematische Wohnverhältnisse keine Seltenheit in Schweizer Arztpraxen sind. Diese stellen für viele Ärzt:innen eine fachliche Überforderung dar. Das führt dazu, dass Konsultationen als Belastung empfunden werden. Gleichzeitig zeigen die Studien, dass bei diesen multiplen Problemen mit sozialen Folgen oder Ursachen gerade die interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) zu effizienten und zielführenden Ergebnissen führen kann und die Gesundheitsversorgung signifikant verbessert (Rüegg, 2021). Trotzdem findet IPZ zwischen den beiden Systemen nur auf sehr bescheidenem Niveau statt. Das Beharren auf die fachspezifische Perspektive, das Fehlen von gemeinsamer Strategie und Zielen sowie das mangelnde Verständnis für die Anliegen der Kooperationspartner verhindern häufig eine interprofessionelle Zusammenarbeit (Gerber et. al., 2020).

Komplexe Finanzierungsarten/fehlende finanzielle Anreize zur Förderung von IPZ

Diese Systemkomplexität zeigt sich nahtlos bei der Finanzierung möglicher Unterstützungsleistungen. Diese werden aus unterschiedlichen Quellen finanziert. Durch die Krankenkassen via KVG/KVL, der IV und/oder Suva, der Sozialhilfe oder im Rahmen von Ergänzungsleistungen. Eine solche Vielfalt erschwert die Umsetzung und macht eine koordinierte und integrierte Versorgung, auch bei den besten Ansätzen, fast unmöglich. Auch wenn Empfehlungen zur Finanzierung von «Runden Tischen» bei Patient:innen mit multiplen Problemen bestehen (Giger et. al., 2018), kann man sie in der Praxis selten umsetzen. Oft besteht gerade bei der IPZ eine Unterfinanzierung. Die aktuellen

Finanzierungssysteme sind an die einzelnen Berufe gebunden und reproduzieren dadurch die Fragmentierung des Systems fortwährend weiter (Schmitz et. al., 2020).

Rechtliche und technische Hindernisse beim Informationsaustausch

Für das Vertrauensverhältnis sind im Gesundheitswesen ein «Arztgeheimnis» und im Sozialsystem ein «Berufsgeheimnis» zentral. Doch gleichzeitig erschwert dies den Informationsaustausch und eine proaktive Kontaktaufnahme zum «anderen System» – was das Potential der IPZ stark einschränkt (Rüefli et. al., 2020). Zusätzlich hinderlich sind die zum Teil noch vorhandenen technischen Hindernisse, wie fehlende sichere E-Mail-Kommunikationsstandards oder die papierbasierten bzw. abrechnungsorientierten elektronischen Patientenakten.

Ebene Gemeinden/Kantone/Bund

Leistungen des Gesundheits- und Sozial-Departements politisch bestimmt

Die Sozialhilfe liegt in der Kompetenz der Kantone. Die kantonalen Regelungen unterscheiden sich heute deutlich. In Kantonen, welche die Sozialhilfe an die Gemeinden delegiert haben und die keinen Soziallastenausgleich kennen, gibt es Tendenzen, Sozialhilfebeziehende vor einem Zuzug abzuhalten bzw. zu einem Wegzug zu bewegen. Zum Beispiel durch zu tiefe Mietzinsrichtlinien, die das Finden einer Wohnung in einer Gemeinde erschweren oder durch respektlosen Umgang mit den Klient:innen. Zwischen den verschiedenen Systemen der sozialen Sicherheit (IV, ALV, UVG, Sozialhilfe) gibt es auch Tendenzen, die Klient:innen in ein anderes System zu verschieben.

Unterschiedliche und komplexe rechtliche Grundlagen

Das Schweizer Sozialversicherungssystem deckt durch verschiedene Institutionen spezifische Risiken ab und ist auf jeweils gesetzlich festgelegte Anspruchsgruppen ausgelegt. Die Arbeitslosenversicherung (ALV) kümmert sich z.B. um Stellensuchende, der Fokus der Invalidenversicherung liegt hingegen auf den Folgen von Krankheit und Unfall. Bei der Arbeitsmarktintegration spielen zudem die Berufsbildung, die Sozialhilfe und der Migrationsbereich eine wichtige Rolle.

Diese strikte Ausrichtung auf einzelne Institutionen ermöglicht eine hohe Effizienz für die jeweilige Zielgruppe. Gleichzeitig verursacht diese Differenzierung auch Schwierigkeiten – insbesondere bei Betroffenen mit multiplen Problemen und wenn die Art des Risikos unklar ist. Kann ein Betroffener nicht eindeutig einer Institution zugeordnet werden, gerät das System an seine Grenzen. Die Betroffenen erhalten einen erschwerten Zugang zur sozialen Absicherung und für die kommunalen Stellen sind diese Fälle belastend und schwer zu klären (Schenk, Kieser, 2018).

Unterschiedliche Zuständigkeiten

Die Zuständigkeiten im Schweizer Gesundheits- und Sozialwesen sind ein Flickenteppich. Sie folgen kaum einer einheitlichen Struktur, was Bund, Kantonen und Gemeinden ein gesamthaftes Handeln erschwert. Der Bund ist für die Gesetzgebung in den Sozialversicherungen und in der Kranken- und Unfallversicherung zuständig, die Kantone für die Umsetzung. Darüber hinaus besitzen sie autonome Zuständigkeiten im Gesundheits- und Sozialwesen. Sie können in beide Systeme Leistungsaufträge vergeben und Einrichtungen finanzieren. Die Kompetenzen der Gemeinden richten sich nach den kantonsspezifischen Zuständigkeitsregelungen. Sie erbringen meistens soziale Dienstleistungen für die Bevölkerung und sind zuständig für einzelne Bereiche der Gesundheitsversorgung, namentlich für die Langzeitpflege und die (Spitex-)Pflege zu Hause (Rüefli et. al., 2020).

Die Betroffenen mit multiplen Problemen benötigen vielfältige Unterstützung wie soziale Unterstützungsleistungen, Spitex oder Sozialhilfe, die auf unterschiedlicher Weise kommunal geregelt sind. In der Praxis können sich daher die Leistungen (Anerkennung und Umfang) je nach Wohnort im Kanton unterscheiden.

Die Handlungsempfehlungen des fmc

Wie kann die Zusammenarbeit des Gesundheits- und Sozialwesens zukünftig verbessert werden? Als Diskussionsgrundlage führen wir Handlungsempfehlungen auf. Sie zielen auf verschiedene Ebenen: Gesellschaft, Politik/Gesetzgebung, Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie auf Akteure und Betroffene. Wir leiten diese Empfehlungen aus den geschilderten Problembeschreibungen, den Praxisbeispielen sowie aus vielen Diskussionen mit Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialsystem ab.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ), verstanden als die Zusammenarbeit mehrerer Personen mit unterschiedlichem beruflichem Hintergrund, besitzt dabei eine Schlüsselrolle. Die Umsetzung der IPZ im Gesundheitswesen stellt bereits eine grosse Herausforderung dar. Die Ausweitung und der Einbezug des Sozialbereichs führt zu zusätzlicher Komplexität. Die multiplen Probleme der Betroffenen reichen aber auch über die jeweiligen Systemgrenzen hinaus. Deshalb muss die IPZ zukünftig nicht nur systeminterne Schwierigkeiten, sondern auch die Systemgrenzen überwinden.

Ebene Gesellschaft

Wissen über das bio-psycho-soziale Krankheits- und Gesundheitsmodell fördern

Medizinische Behandlungen reichen nicht aus, um die Gesundheit einer Bevölkerung zu erhalten und zu fördern. Grössere soziale Zusammenhänge wie Bildung, Beschäftigung, Armut, Wohnverhältnisse oder Hygiene spielen eine grundlegende Rolle für die Entstehung und Manifestation von Krankheiten. Medizinische Interventionen können das Leben von Menschen verlängern, aber erst die sozialen Aspekte ermöglichen eine bessere Lebensqualität. Die Akutversorgung kann nur dann erfolgreich sein, wenn die Menschen nach der Krise dabei unterstützt werden, in die Gemeinschaft zurückzukehren oder dort Unterstützung zu erhalten. In Bezug auf die psychische Gesundheit haben die sozialen Netzwerke und der Zugang zu Beschäftigung oft den grössten Einfluss auf die Verbesserung des Wohlbefindens (Eastwood, Miller, 2021).

Soll eine bessere Gesundheit erreicht werden, müssen diese Aspekte berücksichtigt und die damit verbundenen Probleme angegangen werden. Grundvoraussetzung dafür: Betroffene müssen nach dem bio-psycho-sozialen Menschenbild betrachtet werden. Es braucht eine neue umfassende Definition von Gesundheit (siehe u.a. SAMW, 2021), auf welche die Versorgungs- und Unterstützungssysteme konsequent ausgerichtet sein müssen.

Gesellschaftliche Bedeutung der Zusammenarbeit deutlicher kommunizieren

Studien zeigen, dass die soziale Ungleichheit in den letzten 25 Jahren anstieg. Dies drückt sich unter anderem dadurch aus, dass der subjektive Gesundheitszustand deutlich schlechter als vor 25 Jahren eingeschätzt wird (fmc, 2021 a).

Die demographische Entwicklung führt zu mehr älteren, hochbetagten und dadurch multimorbiden Patient:innen und zu einer Abnahme der familiären Betreuungsstrukturen. Die Baby-boomer gehen in Rente. Ihnen folgen die geburtenschwachen Jahrgänge. Nach Schätzungen stehen in den nächsten 10 bis 20 Jahren für über hunderttausend Betreuungsbedürftige keine Familienangehörigen mehr zur Verfügung (fmc, 2021b).

Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit (IPZ)

Die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen ist ein entscheidender Erfolgsfaktor bei der Bewältigung dieser Herausforderungen. Es braucht gut koordinierte Behandlung, geeignete Kommunikation zwischen den Berufsgruppen und angemessene Wahrnehmung der anderen Beteiligten, kurz gesagt die interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ), damit wir Unter- und Überversorgung, unnötige Kosten sowie sozial-isolierende und lebensgefährliche Situationen vermeiden können. In einer funktionierenden IPZ müssen neben den medizinisch ausgebildeten Gesundheitsfachleuten auch die Fachpersonen für die soziale, spirituelle und systemische Unterstützung im Versorgungsprozess mitwirken (SAMW, 2020).

Förderung der interinstitutionellen Zusammenarbeit

Neben der IPZ ist auch die inter-institutionelle Zusammenarbeit (IIZ) im Bereich der sozialen Sicherheit, Integration und Bildung weiter zu fördern. Dazu muss man die verschiedenen Systeme optimal aufeinander abstimmen. Nach Schätzungen befinden sich rund 3,5 Prozent der Erwerbslosen in einer Situation, die eine IIZ aufgrund eines erhöhten Koordinationsbedarf oder unklarer Zuständigkeiten benötigen (IIZ, 2020). Bei Betroffenen mit multiplen Problemen dürfen diese beiden Bereiche nicht an der Systemgrenze stehen bleiben. Vielmehr müssen Strukturen für eine spezifische Zusammenarbeit mit dem Gesundheitswesen aufgebaut werden.

Ebene Politik und Gesetzgebung

Die Kurzporträts von Schweizer Praxisbeispielen zeigen exemplarisch auf: Bereits im heutigen System sind Strukturen für eine Zusammenarbeit von Gesundheits- und Sozialsystem möglich. Oft handelt es sich noch um Pilotprojekte, die innerhalb kantonaler Strukturen umgesetzt werden. Damit eine interprofessionelle und interinstitutionelle Zusammenarbeit kantonsübergreifend an der Schnittstelle der beiden Systeme möglich wird, stellen wir folgende Handlungsempfehlungen für die Politik und Gesetzgebung zur Diskussion.

Initiierung intersektoraler gesundheits- und sozialpolitischer Policies

Gesundheits- und sozialpolitische Policies bieten sowohl die strategisch-programmatische Grundlage für eine interprofessionelle Zusammenarbeit als auch einen organisatorischen Rahmen. Dabei müssen zukünftige Policies intersektoral angelegt und umgesetzt werden. So können sie Massnahmen und Akteure aus den verschiedenen Teilsystemen des Gesundheits- und Sozialwesens involvieren und Plattformen und Keimzellen für die IPZ darstellen (Rüefli et. al., 2020).

Einheitliche nationale Regelung, vor allem in der Sozialhilfe

Die Diskussion über ein Rahmengesetz für die Sozialhilfe oder die Existenzsicherung wurde in den vergangenen zehn Jahren im Parlament ausführlich geführt. Doch im politischen Entscheidungsprozess wurde ein Gesetz bisher immer wieder verworfen. Das Argument: Mit den SOKS-Richtlinien (Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe SKOS) bestünden heute bereits Orientierungsleitplanken, wie sich in der Sozialhilfe kantonsübergreifend eine Harmonisierung erreichen lässt. Wir empfehlen daher, die Anwendungen der Richtlinien in den Kantonen weiter zu fördern und ihre Entwicklung fortlaufend an neue gesellschaftliche Gegebenheiten anzupassen (Joss, Belser, 2015).

Verankerung der Interprofessionalität in den Versorgungsstrukturen

Interprofessionelle Leistungsaufträge

Die von den Gemeinden und Kantonen vergebenen Leistungsaufträge erfolgen nach dem Prinzip der sektoren- und organisationszentrierten Versorgung. Sie berücksichtigen dadurch die notwendige Interprofessionalität zur ganzheitlichen Betrachtung der multiplen Probleme Betroffener zu wenig (fmc, 2018).

Leistungsaufträge für die Versorgung Betroffener mit multiplen Problemen sollen an Gruppen interprofessioneller Leistungserbringer vergeben werden können, die auch überkantonal tätig sind.

Zulassung von interprofessionellen Versorgungs- und Betreuungsteams

Im Gesundheitswesen entstehen immer mehr grössere Versorgungseinrichtungen, sogenannte «Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen (KVG Art. 35 Abs 2n)». Auf den 1. Januar 2022 haben sich für diese die Zulassungsvoraussetzungen geändert. Von diesen Einrichtungen sollten neben der Erfüllung der Qualitätsanforderungen, dem Beitritt zu einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft für das elektronische Patientendossier in Zukunft auch die Einführung von interprofessionellen Versorgungs- und Betreuungsteams eingefordert werden.

Interprofessionelle Versorgungsforschung

Mit den beiden Programmen «Nationales Forschungsprogramm 74» und «Gesundheitsförderung Schweiz» bestehen zwei Initiativen, welche die Grundlagen für diese interprofessionellen Versorgungs- und Betreuungsteams erforschen und erarbeiten. Einerseits zeigen die bereits vorhandenen Ergebnisse auf, in welchen Bereichen und wie eine interprofessionelle Zusammenarbeit aufgebaut sein sollte (NFP74, 2022). Andererseits sollten die Programme fortgeführt und interprofessionelle Projekte bevorzugt gefördert werden.

Strukturen zur Finanzierung von interprofessionellen Versorgungsmodellen

Neue Finanzierungsstrukturen müssen vor allem die Arbeit an der Schnittstelle der beiden Systeme verbessern und so zur Förderung der IPZ beitragen.

Interprofessioneller Innovationsfonds

Deutschland (siehe Seite 20) sammelte mit dem Innovationsfonds diesbezüglich bereits positive Erfahrungen. Staatliche und private Mittel sollten auch in der Schweiz einen interprofessionellen Innovationsfonds finanzieren, der Projekte für die bessere interprofessionelle Behandlung und Betreuung von Betroffenen mit multiplen Problemen unterstützt. Dieser Fonds würde auch Mittel für innovative Versorgungs- und Betreuungsprojekte im Rahmen des Experimentierartikels bereitstellen (fmc, 2018).

Interprofessionelle Vergütungssysteme

Zusätzlich sollte es flexiblere Möglichkeiten für die Abrechnung nichtärztlicher Gesundheitsleistungen im Rahmen der regulären Grundversorgung geben (Schmitz, Atzeni, Berchtold 2020). Das Beispiel SoBü Bärn (siehe Seite 28) zeigt, dass hier ein Bedarf besteht. In ambulanten psychiatrischen Arztpraxen kann man bereits Sozialarbeitende über den TARMED abrechnen (Rüegg, 2021). Diese Möglichkeiten gilt es zur Förderung der IPZ auch in anderen Fachbereichen zu schaffen.

Interprofessionelle Versorgungsstrukturen in Ärztenetzen/HMOs

Mehr als ein Viertel der Schweizer Versicherten (fmc, 2020) haben ein alternatives Versicherungsprodukt mit einer finanziellen Mitverantwortung der Ärztenetze/HMOs gewählt. Die Studie von Reich und Wolfers (2015) zeigt eindrücklich: Sozialhilfebezügler weisen mit CHF 5'596 zu CHF 2'768 deutliche höhere Gesundheitskosten als Personen ohne Sozialhilfe auf. Für Ärztenetze und HMOs mit Budgetmitverantwortung würde es sich daher lohnen, nicht nur in die Optimierung der medizinischen Versorgungsstrukturen zu investieren, sondern auch in die Zusammenarbeit und Finanzierung interprofessioneller Versorgungs- und Betreuungsteams. Gerade diese «Innovatoren der Integrierten Versorgung» befinden sich in einer Schlüsselfunktion zur Förderung von innovativen sozial-medizinischen Versorgungsstrukturen.

Zeitsorge-Modell und interprofessionelles Betreuungsgeld

Die Finanzierung der spitalexternen Pflege ist in der Schweiz durch das KVG klar geregelt. Bei der Finanzierung von Betreuungsleistungen entstehen immer mehr kantonsindividuelle Möglichkeiten. Ein beachtenswertes Angebot ist mit der Zeitvorsorge 2015 in St. Gallen entstanden (Zeitvorsorge, 2022). Menschen ab 50 Jahren können durch erbrachte Betreuungsleistungen für ihre eigene Betreuungsphase «vorsorgen», die beteiligten Gemeinden garantieren dabei die spätere Einlösbarkeit. Einen

anderen Ansatz verfolgt die Paul Schiller Stiftung mit dem Konzept eines erweiterten Betreuungs- und Pflegemodells (Paul Schiller Stiftung, 2021). Beide Ansätze haben das Ziel, durch ein erweitertes interprofessionelles Versorgungsnetzwerk ein längeres und eigenständiges Leben im gewohnten Umfeld zu ermöglichen.

Möglichkeiten der gemeinsamen Datennutzung in interprofessionellen Versorgungsstrukturen

Sowohl im Gesundheits- wie auch im Sozialsystem sammeln Fachpersonen versorgungs- und betreuungsrelevante Informationen zu Betroffenen mit multiplen Problemen. Die gegenseitige Nutzung ist aber derzeit nicht geregelt bzw. nicht möglich. Ein Gutachten von 2017 zur interinstitutionellen Zusammenarbeit im Sozialsystem schätzt zumindest die gemeinsame Nutzung über die einzelnen Sozialversicherungsdaten unter gewissen Voraussetzungen als möglich ein (Schenk, Kieser, 2018).

Zugriffsberechtigung EPD für Sozialarbeitende

Im Gesundheitswesen soll das elektronische Patientendossier die gemeinsame Nutzung der Behandlungsdaten ermöglichen. Zugriff darauf haben aber nur «Gesundheitsfachpersonen». Speziell Sozialarbeitende und sozialmedizinische Einrichtungen wie beispielsweise Behinderteninstitutionen haben nach dieser Definition daher keinen Zugriff auf versorgungs- und betreuungsrelevante Informationen. Sofern vorhanden können sie lediglich von der ärztlichen Leitung als Hilfspersonen registriert werden und handeln demnach stets im Namen der vorgesetzten Gesundheitsfachperson (e-health suisse, 2019).

données pertinentes accessibles aux équipes interprofessionnelles

Wir brauchen entsprechende gesetzliche Grundlagen, um die relevanten Daten den interprofessionellen Versorgungs- und Betreuungsteams, unter klar definierten Voraussetzungen, zugänglich zu machen (Rüefli et. al., 2020).

Ebene Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens

Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens spielen eine wichtige Rolle bei der Förderung der IPZ an der Schnittstelle des Gesundheits- und Sozialsystems. Sie können die Gestaltungsspielräume aktiv nutzen und die Handlungsautonomie der beteiligten Akteure direkt fördern (Rüefli et. al, 2020). Im Rahmen der Organisationsentwicklung stellen wir folgende Empfehlungen für diese Organisationen zur Diskussion.

Wissen für das bio-psycho-soziale Krankheits- und Gesundheitsmodell fördern

Innerhalb der Organisationen braucht es ein Bewusstsein, dass gesundheitliche und soziale Probleme in einer Wechselbeziehung stehen und sich gegenseitig verstärken können. Die Versorgung und Betreuung von Betroffenen mit multiplen Problemen kann nur erfolgreich sein, wenn die Leistungen im Kontext des bio-psycho-sozialen Krankheits- und Gesundheitsmodells erbracht werden. Dieses holistische Verständnis muss von den Leitungspersonen glaubhaft anerkannt, gelebt und in den Organisationen als Grundphilosophie verankert werden.

Interprofessionelle Zusammenarbeitskultur fördern

Jedes Unternehmen, unabhängig von der Grösse, hat seine eigene Kultur. Führungspersonen müssen die IPZ in ihrer täglichen Arbeit vorleben und besitzen eine entsprechende Vorbildfunktion.

Interprofessionelles Leitbild

Für die Mitarbeitenden wird die Kultur in einem Leitbild festgehalten. Es ermöglicht IPZ als «kulturelle Praxis». Die interprofessionelle Zusammenarbeitskultur soll zu einem systemischen Denken und Handeln im Sinne des bio-psycho-sozialen Krankheits- und Gesundheitsmodells führen. Nur so kann man bestehende oder wahrgenommene Grenzen zwischen den verschiedenen Bereichen und Systemen erkennen und überwinden. Entsprechend müssen die Organisations-Ressourcen (Personal, Geld, Zeit) diesem interprofessionellen Ansatz zugewiesen und die Rahmenbedingungen förderlich ausgestaltet werden.

Interprofessionelle Austauschformate einführen

«Wer sich persönlich kennt, arbeitet besser zusammen». Dieser Leitsatz aus der Organisations- und Personalmanagementlehre trifft explizit auch auf die IPZ zu. Allzu häufig scheitern die besten Ansätze, da die verschiedenen Stellen zu wenig mit dem Angeboten, Unterstützungsmöglichkeiten, Funktions- und Arbeitsweisen des anderen Systems vertraut sind.

Interprofessionelle Anlässe

Innerhalb der Organisationen sind Kennenlernformate mit anderen Institutionen und zum interprofessionellen Austausch zu schaffen, z.B. Informationsanlässe, interprofessionelle Fallbesprechungen und regionale runde Versorgungs- und Betreuungs-tische. Diese Austauschgefässe und persönliche Bekanntschaften helfen, die andere Profession zu verstehen, ein gemeinsames Verständnis für Sachfragen und von Situationen und eine gemeinsame Sprache zu entwickeln (Gerber et. al., 2020).

Interprofessionelle Qualitätszirkel

In der ambulanten Versorgung haben sich Qualitätszirkel als wichtiges Austausch- und Weiterbildungsformat etabliert. Erste interprofessionelle QZ-Formate im Bereich der Pflegeheime zeigen auf, dass im Konsens von Ärzt:innen, Apotheker:innen und Pflegefachpersonen erarbeitete Medikamentenempfehlungen die Qualität der Medikation für die Heimbewohner verbessern (Niquille, 2020). Im Ausland wurden darüber hinaus bereits positive Erfahrungen mit interprofessionellen Qualitätszirkeln mit Einbezug von Sozialarbeitenden gesammelt (z.B. im Gesundheitskiosk Billstedt/Horn in Hamburg – fmc, 2021c).

Interprofessionelle Versorgungs- und Betreuungsformen entwickeln

Die multiplen Probleme der Betroffenen werden am besten durch interprofessionelle Versorgungs- und Betreuungsformen und mit einem bio-psycho-sozialen Assessment erfasst (Perone et. al., 2022). Hierfür ist, wie ausgeführt, eine neue interprofessionelle Kultur notwendig, in der die Anerkennung wächst, dass für die Bearbeitung von Gesundheitsfragen z.B. auch die Sozialarbeit einen Teil der Aufgaben übernimmt. Heute sind vor allem die Hausärzt:innen für die Gesundheitsanliegen der Patient:innen verantwortlich und sind für diese auch die bevorzugte Koordinationsstelle. Im Rahmen interprofessioneller Versorgungs- und Betreuungsformen können je nach Aufgaben-gebiet geschulte Laien oder Sozialarbeiter diese Koordinations- oder Navigatorenfunktionen zu gesundheitsfördernden Leistungen übernehmen (SAMW, 2019). Auch der Einsatz von weitergebildeten medizinischen Praxisassistent:innen (MPA) und ausgebildeten Pflegefachpersonen ist denkbar und zeigt in der Praxis positive Ergebnisse auf die Versorgungs- und Betreuungssituation von Betroffenen mit multiplen Problemen (Altheer, 2020). Gerade chronisch Erkrankte sind überdurchschnittlich offen für die Übernahme von Koordinationsaufgaben durch «Fachpersonen Gesundheit mit Lehrabschluss» (Kaufmann et. al., 2021).

Interprofessionelles Casemanagement

Neben der Offenheit bzgl. der Fachkompetenz für die Koordinationsaufgabe spielt für die Patient:innen die kontinuierliche Betreuung (Kaufmann et. al., 2021) eine wichtige Rolle. Speziell Personen mit multiplen Problemen wünschen sich eine Unterstützung von jemanden, der «die Fäden in der Hand» hält.

Nicht nur beim Übertritt von der stationären in die ambulante rehabilitative Versorgung ist daher ein Case- bzw. Care-Management zu installieren, sondern auch für Patientengruppe, bei denen ein umfassender psychosozialer Unterstützungsbedarf besteht. Ein entsprechendes interprofessionelles Case-Management sollte dabei medizinische, soziale, psychische und sozialversicherungsrechtliche Aspekte berücksichtigen und Fachkompetenzen besitzen.

Ebene Patient:innen und Betroffene

Die bisherigen Erfahrungen zur Etablierung und Aufrechterhaltung interprofessioneller Zusammenarbeitsformen zeigen, dass diese auch von den persönlichen Eigenschaften der Akteure und Betroffenen beeinflusst und gefördert werden können (Rüefli et. al., 2020). Für diese notwendigen Schlüsselfunktionen stehen hier folgende Empfehlungen zur Diskussion.

Persönliches Engagement und Leadership der Systemakteure

Ein System ist immer abhängig von Engagement und Einstellung der einzelnen Akteure. Die Fachpersonen müssen offen für das bio-psycho-soziale Krankheits-Gesundheitsmodell und eine IPZ sein. Hierzu bedarf es der individuellen Bereitschaft, die eigene Tätigkeit und die individuelle Rolle im Gesamtkontext der Betroffenen zu hinterfragen. Im Mittelpunkt stehen die Bedürfnisse und Ziele der Patient:innen, Betroffenen und Klient:innen und nicht die historisch festgelegten Funktionsrollen. Vor allem Führungspersonen besitzen eine Schlüsselfunktion. Sie können IPZ bewusst anregen und gestalten oder Initiativen aus ihrer Organisation unterstützen und ihnen so Rückhalt geben (Eastwood, Miller, 2021). Dies kann auch den erweiterten finanziellen Handlungsspielraum beinhalten (Rüefli et. al., 2020). Gefördert wird das persönliche Engagement durch interprofessionelle Grund- und Weiterbildungen. Erfolgt die Ausbildung – wie in ersten Hochschulen in der Deutsch- und Westschweiz – bereits in einem interprofessionellen Setting, entsteht die Grundlage für eine spätere erfolgreiche Etablierung von interprofessionellen Versorgungs- und Betreuungsstrukturen.

Erkennen und Nutzen von Gelegenheitsfenstern

Das bekannte «Window of Opportunity» ist oft für die erfolgreiche Realisierung innovativer Lösungen entscheidend. Im Arbeitsalltag entstehen immer wieder Gelegenheiten, neue Prozesse und Strukturen zu entwickeln. Durch Offenheit sowie kontinuierliche Aus- und Weiterbildung können diese Gelegenheiten erkannt und genutzt werden. Durch Ausprobieren, z.B. in Rahmen von Piloten, können wichtige Erkenntnisse gesammelt werden, die zu einem späteren Zeitpunkt zu neuen Formen der IPZ führen.

Offen für Neues

Neues zu wagen erfordert Mut und Zuversicht. Das aktuelle System, historisch gewachsen, besitzt eine sektorale und organisationzentrierte Organisation. Mittlerweile bestehen aber diverse Beispiele (BAG-Verzeichnis «Modelle guter Praxis – Interprofessionalität») dafür, dass eine interprofessionelle Zusammenarbeit an der Schnittstelle des Gesundheits- und Sozialsystems möglich ist. Sie sollen inspirieren und Mut machen, eigene Ideen umzusetzen und neue Strukturen von IPZ zu entwickeln und zu testen.

Aktivierung der Betroffenen

Betroffene mit multiplen Problemen stehen vor grossen Herausforderungen. Gleichzeitig wissen sie aber auch am besten über sich und die eigenen Bedürfnisse Bescheid. Sie sind daher wichtige Treiber für die Weiterentwicklung neuer Strukturen. Unterstützt durch digitale Innovationen sind neue Formen von Betroffenennetzen denkbar. Als eigenständige Organisationen könnten sie die ganze Breite der bedürfnisgerechten Versorgung (somatisch, psychisch, sozial) anbieten. Sie fördern die Gesundheitskompetenz. Sie fokussieren auf Selbstmanagement, Austausch sowie die gegenseitige Unterstützung (fmc, 2020). Seit langem gibt es Patientenorganisationen für Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Parkinson, Krebs, Rheuma, Alzheimer). Viele haben als Selbsthilfeorganisation begonnen und sind heute hochqualifizierte Fachstellen. Sie könnten als Modell dienen für Betroffenennetze und niederschwellige Angebote als Hilfe zur Selbsthilfe. Auch wenn dies auf den ersten Blick herausfordernd erscheint. Die Erfahrungen zur Unterstützung von Betroffenen (Erkrankte und ihre betreuenden Partner:innen/Angehörige) zeigen eindeutig: Dieser Bereich hat im Zusammenspiel von Gesundheits- und Sozialwesen eine hohe Wichtigkeit.

Hintergrundinformationen und Links

«Bessere Vernetzung des medizinischen und sozialen Systems. Wie gelingt das?» fmc – Symposium 2021

Am 16. Juni 2021 fand das 1. virtuelle fmc-Symposium zum Thema «Bessere Vernetzung des medizinischen und sozialen Systems - Wie gelingt das?» statt. Internationale und nationale Expert:innen stellten im Rahmen von Keynotes und Projektpräsentationen ihre Initiativen zur Förderung der beiden Systeme vor. Folgende Videoaufzeichnungen stehen zum Download zur Verfügung:

- Aufzeichnung der Keynote **«Zusammenarbeiten oder auseinander wachsen: Integration von Gesundheits- und Sozialfürsorge in Grossbritannien»**, Professor **Robin Miller**, Head of Department Social Work and Social Care, Co-Director, Centre for Health & Social Care Leadership, University of Birmingham > **weiterführende Information zum Beitrag: Implementing integrated health and social care in Scotland** [Web-Link](#)
- Aufzeichnung der Session **«Gesundheitskiosk Billstedt/Horn»**, Alexander Fischer, Geschäftsführer, Gesundheit für Billstedt/Horn > **weiterführende Information zum Beitrag: Deutschland: Neues Gesetz erweitert Gestaltungsspielraum** [Web-Link](#)
- Aufzeichnung der Session «Soziale Arbeit in der Arztpraxis», **René Rüegg**, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Soziale Arbeit, Berner Fachhochschule/**Fabian Schalch**, Sozialarbeiter und **Dr. med. Emil Schalch**, Hausarzt und VPR der Praxis, Gesundheitspunkt Oberägeri/**Dunja Vetter**, MA Soziale Arbeit, Caritas beider Basel/**Prof. Dr. med. Jan Bonhoeffer**, Facharzt Kinder- und Jugendmedizin, Facharzt Infektiologie, Anthroposophische Medizin (VAOAS), YouKiDoc – **weiterführende Information zu den Handlungsempfehlungen für Politik und Gesetzgebung sowie Organisationen aus dem Gesundheits- und Sozialwesens** [Web-Link](#)
- Aufzeichnung der **Podiumsdiskussion** zum Thema **«Interprofessionelle Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Sozialhilfe»** mit den Teilnehmer:innen **Astrid Wüthrich** (Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), Vizedirektorin), **Christian Rüefli** (Büro Vatter, Geschäftsführer), **Gaby Szöllösy** (Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK),

Generalsekretärin), **Markus Kaufmann** (Schweizer Konferenz der Sozialhilfe (SKOS), Geschäftsführer), **Salome von Greyerz** (Bundesamt für Gesundheit (BAG), Leiterin Abteilung Gesundheitsstrategien) > **weiterführende Information zur grundsätzlichen Förderung der Zusammenarbeit des Gesundheits- und Sozialsystems** [Web-Link](#)

Hintergrundinformationen zu den Praxisbeispielen (Seite 24–31)

AROSS

Als Anosognosie bezeichnet man eine hirnnorganisch bedingte Körperschemastörung, in deren Folge körperliche Defizite und/oder Erkrankungen nicht wahrgenommen werden können.

REAS

GELIKO (Dachverband der Schweizerischen Gesundheitsligen) ist Träger des REAS-Projekts, das durch die Gesundheitsförderung Schweiz gefördert wird. Die Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) ist Forschungspartner des Projekts.

Peter Sommerfeld et al. (2016). Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Wiesbaden: Springer VS.

HotA

Evaluation HotA – Evaluation der Hochschule Luzern Sozial Arbeit [Web-Link](#)

Onko-Reha Aargau

[Web-Link](#)

Richäburg füränand

Netzwerk Caring Communities [Web-Link](#)

Swica Case Management

Schermann, U., Scheibli, E., Sousa-Poza, A., Wes, A. (2020): Was hilft nach einem stationären Aufenthalt bei Burnout und/oder Depression?, Case Management, 4,, S. 188-193 [Web-Link](#)

Quellenverzeichnis

Editorial

Economiesuisse (2018): Gesundheit: Vier Faktoren, die für die Gesundheit wichtiger sind als Behandlungen und Therapie [Web-Link](#)

Scholz, N (2020): Bewältigung gesundheitlicher Ungleichheiten in der Europäischen Union [Web-Link](#)

Beitrag Seite 4:

Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Sozialsystem
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (2021). Übersicht über die schweizerische soziale Sicherheit, www.bsv.admin.ch [Web-Link](#)

Bundesamt für Statistik BFS (2019). Statistischer Sozialbericht Schweiz 2019. Neuchâtel: BFS.

Gerber, M., Suppa, A., Rüefli, C. (2020): Analyse der Schnittstelle zwischen Sozialhilfe/Sozialdienst und dem Gesundheitswesen, Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit [Web-Link](#)

Rüefli, C., Gerber, M., Suppa, A. (2020): Erfolgsbedingungen bei der Etablierung interprofessioneller Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Sozialhilfe, Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit [Web-Link](#)

Beitrag Seite 16:

Implementing integrated health and social care in Scotland
Scottish Government. (2014). Public Bodies (Joint Working) (Scotland) Act 2014. Edinburgh: Scottish Government [Web-Link](#)

Public Health Scotland. Core Suite of Integration indicators [Web-Link](#)

Taylor A. New act new opportunity for integration in Scotland. Journal of Integrated Care, 2015; 23 (1): 3–9 [Web-Link](#)

Hendry A, Taylor A, Mercer S, Knight P. Improving Outcomes through Transformational Health and Social Care Integration – The Scottish Experience. Healthcare Quarterly, 2016; 19: 73–79, [Web-Link](#)

Audit Scotland. (2018). Health and social care integration: Update on Progress [Web-Link](#)

The Scottish Government. Delivering the new GMS contract in Scotland: memorandum of understanding. Edinburgh: 2017 [Web-Link](#)

Scottish Government (2017). Health and Social Care Standards My support, my life. Edinburgh: Scottish Government [Web-Link](#)

Baylis A, Trimble A. Leading across health and social care in Scotland: Learning from chief officers’ experiences, planning and next steps. London: The King’s Fund, 2018 [Web-Link](#)

COSLA & Scottish Government. (2019). Ministerial Strategic Group for Health and Community Care: Health and Social Care integration: progress review (Final Report) [Web-Link](#)

Cook A, Grant A. From Fixer to Facilitator, Evaluation of the House of Care programme in Scotland. Matter of Focus, 2020 [Web-Link](#)

Health and Social Care Alliance Scotland (the ALLIANCE). Developing a Culture of Health, The role of signposting and social prescribing in improving health and wellbeing, 2017, [Web-Link](#)

Compassionate Inverclyde – Ardgowan Hospice [Web-Link](#)

Beitrag Seite 20:

Deutschland: Neues Gesetz erweitert Gestaltungsspielraum
Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP, Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, Punkt 2787 [Web-Link](#)

Beitrag Teil III, Seite 32 ff:

Probleme und Handlungsempfehlungen
Altheer, J., Janz, D., Siebenhaar, C., Stürmer, N., Eckert, P. Kiefer, D. Y. (2020): Neue Wege in der Grundversorgung, Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Projekt CASE
Coordinated APN-Support for the Elderly [Web-Link](#)

BAG, Verzeichnis Modelle guter Praxis Interprofessionalität [Web-Link](#)

De Gani, S. M., Jaks, R., Bieri, U., Kocher, J. Ph. (2021): Health Literacy Survey Schweiz 2019–2021. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Zürich, Careum Stiftung [Web-Link](#)

Eastwood, J., Miller, R. (2021): Integrating Health- and Social Care Systems, P 81–103, in: Amelung, V., et. Al. (2021): Handbook Integrated Care, Springer Nature Switzerland

Egger, J.W. (2018): Das biopsychosoziale Modell, Schweizer Ärztezeitung, 99 (35), S. 1156–1158 [Web-Link](#)

e-health-suisse (2019): Factsheet: Wer kann auf das EPD zugreifen? Gesundheitsfachpersonen nach EPDG [Web-Link](#)

Eychmüller, S., Pautex, S. (2022): Biopsychosoziale Intensivmedizin am Lebensende, Swiss Med Forum. 2022;22(0708):126–128 [Web-Link](#)

FMH (2022): Zulassungsrecht [Web-Link](#)

fmc (2018): Denkstoff Nr. 4: Bund, Kantone und Gemeinden in der Integrierten Versorgung: Rollenszenarien 2026 [Web-Link](#)

fmc (2020): Denkstoff Nr. 5: Vernetzte Grundversorgung, Trendszenarien 2028 [Web-Link](#)

fmc (2021a): Warum Soziale Arbeit und Gesundheitsversorgung stärker zusammenarbeiten müssen, fmc Digitales Hintergrundgespräch mit Dr. phil. Nicole Bachmann am 03. März 2021 [Web-Link](#)

fmc (2021b): Gute Betreuung im Alter für alle, fmc Digitales Hintergrundgespräch mit Prof. Carlo Knöpfel am 17. Februar 2021 [Web-Link](#)

fmc (2021c): Der Gesundheitskiosk Billstedt/Horn in Hamburg: Informationen und Evaluationsbericht über ein innovatives medizinisch-soziales Versorgungsmodell [Web-Link](#)

Gerber, M., Suppa, A., Rüefli, C. (2020): Analyse der Schnittstelle zwischen Sozialhilfe/Sozialdienst und dem Gesundheitswesen, Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit [Web-Link](#)

Giger, M.A., Häusler, E., Sander, M., Staffelbach, D. (2018): Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung, Bericht im Rahmen des Projektes «Koordinierte Versorgung» des Bundesamts für Gesundheit BAG [Web-Link](#)

IIZ (2020): Panorama zu den kantonalen Strukturen und zur Umsetzung der IIZ, Nationale IIZ-Fachstelle [Web-Link](#)

Joss, A. E., Belser, E. M. (2015): Ein Rahmengesetz für die Sozialhilfe?, SKMR-Newsletter Nr. 26 vom 19. Mai 2015 [Web-Link](#)

Kaufmann, C., Föhn, Z. & Balthasar, A. (2021): Zukünftige ambulante Grundversorgung: Einstellungen und Präferenzen der Bevölkerung (Obsan Bericht 04/2021). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium [Web-Link](#)

Kessler, D., Höglinger, M., Heiniger, S., Läser, J., Hümbelin O. (2021). Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden – Analysen zu Gesundheitszustand, -Verhalten, -Leistungsanspruchnahme und Erwerbsreintegration. Schlussbericht zuhanden Bundesamt für Gesundheit. Bern/Winterthur: Berner Fachhochschule und Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften

Niquille. A. (2020): Opportunities and limits of deprescribing for older people in nursing homes (OLD-NH), NFP74 Forschungsprojekt [Web-Link](#)

Paul Schiller Stiftung (2021): Kosten und Finanzierung für eine gute Betreuung im Alter in der Schweiz [Web-Link](#)

Perone, N., Schusselé Fillietaz, S., Waldvogel, F., Sommer, J., Schaller, P., & Balavoine, J.-F. (2022): Identification du patient complexe pour une prise en charge interprofessionnelle. Rev.Med.Suisse, 18, 560-565. [Web-Link](#)

Rüegg, R. (2021): Soziale Arbeit in der Arztpraxis, Broschüre der Berner Fachhochschule [Web-Link](#)

Rüefli, C., Gerber, M., Suppa, A. (2020): Erfolgsbedingungen bei der Etablierung interprofessioneller Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Sozialhilfe, Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit [Web-Link](#)

SAMW (2019): Nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems. Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Vol. 14, No 2 [Web-Link](#)

SAMW (2020): Charta 2.0 Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen [Web-Link](#)

SAMW (2021): Das Meikirch Modell: eine neue Definition der Gesundheit? SAMW Bulletin 03/2021 [Web-Link](#)

Schenk, C., Kieser, U. (2018): Arbeitsmarktintegration: Am gleichen Strick ziehen, Volkswirtschaft, 8–9, S. 48–49 [Web-Link](#)

Schmitz, C.; Atzeni, G., Berchtold, P. (2020). Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung: erfolgskritische Dimensionen und Fördermassnahmen. Swiss Academies Reports 15 (2). Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [Web-Link](#)

Wolffers, F., Reich, O. (2015): Welche Ursachen haben hohe Gesundheitskosten in der Sozialhilfe, Soziale Sicherheit, 2/2015, S. 89–93 [Web-Link](#)

Zeitvorsorge 2022: Webseite der Stiftung Zeitvorsorge aus dem Kanton St. Gallen [Web-Link](#)

Die aufgeführten Dokumente sind in der Online-Version von Denkstoff Nr 6 direkt zugänglich:
[www.fmc.ch](#) > Publikation > Denkstoff



Das fmc

Unser Profil: Vernetzen – Vordenken – Anstossen – Publizieren

Das fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung fördert den Austausch von Wissen, Erkenntnissen und Erfahrungen zur besseren Vernetzung und Koordination der Gesundheitsversorgung. Immer mit dem Ziel, die Qualität, Effizienz und Sicherheit der Behandlung und Betreuung von Patient:innen zu erhöhen.

Seit 1997 stärken wir die sektorenübergreifende Integration der Versorgung in der Schweiz: Was damals auf grosse Skepsis stiess, ist heute ein anerkanntes und zukunftsweisendes Konzept. Dank unserer Mitglieder und Leistungen haben wir uns als Thinktank der sektorenübergreifenden Vernetzung und Koordination etabliert.

Unsere Leistungen von A bis Z

Arbeitsgruppen

Unsere Mitglieder erarbeiten in intensiven Diskussionen Dokumente zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen (mit Fokus Integration) oder zur Weiterentwicklung der Versorgung.

Denkstoff

Mit dieser Schriftenreihe unterstreicht das fmc den Anspruch, Impulsgeber und Kompetenzzentrum für die Integrierte Versorgung in der Schweiz zu sein.

Denk-Werkstatt

In diesem Format werden ausgewählte Themen der Integrierten Versorgung interprofessionell und moderiert bearbeitet. Die Ergebnisse stehen allen Interessierten zur Verfügung.

Erhebungen

Das fmc erhebt und publiziert regelmässig quantitative und qualitative Daten zur Verbreitung und Gestaltung der Integrierten Versorgung in der Schweiz.

fmc-Club

Um den Aufbau und die Funktion von innovativen Versorgungskonzepten zu verstehen, ist es wichtig, diese hautnah zu erleben und mit den Initianten vor Ort zu sprechen.

Hintergrundgespräche

In diesen Gesprächen werden wissenschaftliche Erkenntnisse oder politische Vorstösse und Entwicklungen von Experten präsentiert und gemeinsam diskutiert.

Wir kennen keine Standardlösungen, sondern berücksichtigen die regionale Vielfalt und unterschiedlichen Eigenheiten der Akteure. Wir skizzieren Szenarien und denken in Varianten. Unser Blickfeld deckt eine Vielzahl von Aspekten ab wie Prozesse, Finanzierung, Vergütung, Digitalisierung, Transformation oder Befähigung der Patientinnen und Patienten.

Das fmc spricht alle Versorgungspartner an wie Leistungserbringende, Patientinnen und Patienten, Versicherer, Behörden und Politik von Bund, Kantonen und Gemeinden, Industrie, Bildung. Unsere Leistungen umfassen Analysen, Erhebungen, Forschung, Veranstaltungen und Publikationen.

Kooperationen

Das fmc strebt themenspezifische Partnerschaften mit Berufsverbänden, Institutionen oder Fachzeitschriften an.

Nationales Symposium

300 Teilnehmer:innen aus allen Bereichen der Integrierten Versorgung treffen sich einmal pro Jahr zum Austausch bei Keynote-Referaten, Projektpräsentationen und Workshops.

Newsletter

Wir bedienen rund 6500 Adressaten regelmässig mit relevanten Informationen zur besseren Koordination und Vernetzung der Gesundheitsversorgung.

Projektclub (Webinare)

Der Projektclub fördert den Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis. Aktuelle Forderungsergebnisse werden präsentiert und durch Fachexpert:innen praxisorientiert reflektiert.

Studienreisen

Das fmc bietet gemeinsam mit dem Deutschen Bundesverband Managed Care (BMC) jedes Jahr eine Studienreise an, um neue Ideen für Versorgungskonzepte zu gewinnen.

www.fmc.ch

Unsere Website bildet zum einen die Leistungen und Produkte des fmc ab. Zum anderen werden aktuelle Informationen rund um die Integrierte Versorgung aufbereitet.

Die fmc-Trägerschaft

Goldpartner



Partner

Argomed
BMS Bristol-Myers Squibb
Centramed
Ctésias
DIE POST
eastcare
hawadoc
HCI Solutions
MiSANTO
MSD Merck Sharp & Dohme
PonteNet
Senevita Gruppe
Sandoz Pharmaceuticals

Gelebte Vielfalt

Das fmc ist so vielfältig zusammengesetzt wie keine andere Organisation im Versorgungssystem. Die verschiedenen Akteure bringen ihre unterschiedlichen Perspektiven und Expertisen in die Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung ein und stärken damit den Stellenwert unserer Aktivitäten. Wir danken allen Mitglieder:innen und Kooperationspartner:innen für ihre Unterstützung, ihre Anregungen sowie das aktive Mitwirken an zahlreichen konstruktiven und lösungsorientierten Diskussionen.

