

«Integrierte Modelle müssen noch besser die Menschen mit all ihren Bedürfnissen in den Blick nehmen.»



Elisabeth Seifert

Chefredaktorin

Liebe Leserin, lieber Leser

Wahrscheinlich haben auch Sie, um einen Prämienrabatt zu erhalten, ein alternatives Versicherungsmodell gewählt. Ein Modell womöglich, in dem der Hausarzt respektive die Hausärztin oder eine Gruppenpraxis die erste Anlaufstelle für gesundheitliche Fragen ist. Vielleicht aber wenden Sie sich auch zuerst an eine Apotheke oder an ein telemedizinisches Angebot. Wenn ja, gehören Sie damit zum überwiegenden Teil der Bevölkerung in der Schweiz.

Diese Modelle bildeten den Start der sogenannten integrierten Versorgung im Jahr 1996, im Zuge der damaligen Revision des KVG. «Integriert» deshalb, weil die erste Anlaufstelle eine Gatekeeping-Funktion übernimmt, was die Koordination mit den Spezialistinnen und Spezialisten oder nachgelagerten Einrichtungen wie mit der Spitex oder dem Spital einschliesst. Neben dem Ausdruck «integrierte» Versorgung haben sich in den vergangenen Jahren auch «koordinierte» oder «vernetzte» Versorgung eingebürgert. Und längst sind aus den ersten Anfängen der integrierten, ambulanten Grundversorgung zahlreiche Modelle integrierter Versorgung entstanden, die neben dem ambulanten auch den stationären oder teilstationären Bereich abdecken und eine Reihe unterschiedlicher Leistungserbringer einschliessen. Gemäss einem Bericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatorium aus dem Jahr 2017 gibt es mittlerweile über 150 Initiativen in diesem Bereich.

Das können auf einzelne Zielgruppen und Krankheitsbilder bezogene Modelle sein bis hin zu grossen Gesundheitsregionen oder -netzen. Die Anzahl der Initiativen darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich bei vielen dieser Initiativen um «Insellösungen» handelt, wie Ursula Koch im Interview mit der Fachzeitschrift feststellt (Seite 6). Sie ist die Präsidentin des Schweizer Forums für Integrierte Versorgung FMC. Unser Versorgungssystem sei immer noch stark auf singuläre Gesundheitsprobleme ausgerichtet, die ganzheitliche Sicht komme zu kurz, sagt Koch. Damit sich hier etwas ändert,

brauche es neben einem Kulturwandel auch die entsprechenden finanziellen Anreize und die Entwicklung einer digitalen Infrastruktur mit Plattformen, auf die alle Involvierten Zugriff haben.

Diese Herausforderungen akzentuieren sich mit Blick auf die wichtigste Patientengruppe: betagte, fragile Frauen und Männer. Neben dem rein Medizinisch-Pflegerischen kommen bei ihnen soziale, psychische oder finanzielle Themen dazu. Die noch stark auf den Gesundheitsbereich fokussierten Modelle müssen künftig besser die Menschen mit all ihren Bedürfnissen in den Blick nehmen. Die integrierte Versorgung wird sich immer mehr in Richtung sozialräumlich ausgerichteter Konzepte entwickeln: Dabei geht es darum, gemeinsam mit den Betroffenen und rund um sie herum ein auf ihre individuellen Bedürfnisse zugeschnittenes Hilfesystem zu entwickeln.

Neben professionellen Akteurinnen und Akteuren aus den unterschiedlichsten Bereichen werden in solch umfassend verstandenen Modellen auch Freiwillige und Nachbarschaften mit einbezogen. Ein derartiges ganzheitlich integriertes Modell ist etwa das in der Gemeinde Reichenburg SZ entstandene grosse Netzwerk mit dem Namen «Richäburg füränand» (Seite 19). Eine Vielzahl von Leistungserbringenden vereint auch die vor mehr als zehn Jahren aus der Not heraus entstandene Gesundheitsregion Engiadina Bassa (Seite 16). Neben der Zusammenarbeit der Leistungserbringer ergänzen private Initiativen das Angebot, die gerade auch der sozialen und mentalen Gesundheit zugutekommen. ●

Titelbild: Für eine erfolgreiche integrierte Versorgung braucht es eine verbindliche Zusammenarbeit der Leistungserbringenden.

Foto: Adobe Stock