

## Integrierte Versorgung zur Bewältigung komplexer Versorgungssituationen

Die Versorgung komplexer Fälle – Komplexität verstanden als Divergenz zwischen den Bedürfnissen der betroffenen Personen und den Unterstützungsangeboten des Systems – stellt die Sozial- und Gesundheitssysteme vor große Herausforderungen:

- Auf der Mikroebene stellen sich die Herausforderungen, die tatsächlichen, individuellen **Bedürfnisse** zu identifizieren und die richtigen Unterstützungen hierauf zur Verfügung zu stellen:
  - Medizinische Leitlinien konzentrieren sich auf bestimmte Krankheiten, selten auf Multimorbidität und noch seltener auf die Bedürfnisse der betroffenen Personen.
  - Die Prioritäten der Fachpersonen und der betroffenen Menschen gehen oft auseinander.
  - Die Rolle und die Autonomie der kranken Menschen und ihrer Angehörigen werden als nicht so bedeutend angesehen.
  - Die Fachpersonen fokussieren sich auf ihr jeweiliges Fachgebiet (Soziales oder Gesundheit). Es ist zudem herausfordernd, die Bedürfnisse der Betroffenen in ihrer Gesamtheit zu erkennen. Es werden daher oftmals fragmentierte oder sogar miteinander unvereinbare Lösungen vorgeschlagen.
  - Interprofessionelle und partnerschaftliche Versorgungslösungen lassen sich nur schwer in der täglichen Praxis umsetzen.
- Die Meso- und Makroebene ist bestimmt durch die System-Fragmentierung und die systembedingte Divergenz der Bedürfnisse und Unterstützungen:
  - Die Ausbildung der Fachpersonen folgt der klassischen «Spezialisierung» und setzt sich in den funktional strukturierten Organisationen fort.
  - Finanzierungen, Praxisrahmen, Gesetze usw. folgen oft den einzelnen «Fragmenten / Silos», welche jede Form der Zusammenarbeit außer Acht lässt.
  - Die vorhandenen und unterschiedlichen Daten- und Informations«speicher» sind nicht interoperabel und kompatibel.

Das Schweizer Forum für integrierte Versorgung setzt sich für die Förderung der integrierten Versorgung ein. Die integrierte Versorgung kann Antworten / Lösungen bieten, um die Divergenz zwischen den Bedürfnissen der betroffenen Personen und den angebotenen Dienstleistungen zu **verringern**.

### I. Identifizierung komplexer Situationen

Für die Identifizierung komplexer Situationen stehen unterschiedliche Screening-Tools zur Verfügung, um die zentralen Faktoren der Komplexität zu ermitteln. Diese Merkmale stehen im Zusammenhang mit den Bedürfnissen der betroffenen Person (z. B. Art der Erkrankung, soziale Schwierigkeiten) oder mit den Auswirkungen (z. B. unbefriedigende Interaktionen, geringer Grad an Übereinstimmung zwischen den Akteuren). Die Merkmale werden in vorliegendem Screening-Tool (siehe Anhang) in sechs Bereiche unterteilt: Patient:in, medizinische Aspekte, sozioökonomische und familiäre Aspekte, Akteure, Interaktionen zwischen den Akteuren, Instabilität.

In einem zweiten Schritt ermöglicht die Analyse der Merkmale die Auswirkungen auf die Versorgung zu beurteilen und ob die vorliegende Versorgungssituation einen interprofessionellen/integrierten Versorgungsansatz benötigt. Die Anwendung des Screening-Tools und die Bewertung der Ergebnisse können zunächst individuell, d. h. von einer einzigen Fachdisziplin vorgenommen werden. Es empfiehlt sich bei zunehmenden komplexeren Auswirkungen auf die Versorgung die Bewertung innerhalb eines integrierten Versorgungsansatzes vorzunehmen.

### II. Integrierte Versorgung komplexer Fälle in einem koordinierten Team

Bei einem integrierten Versorgungsansatz sind eine Reihe von kollaborativen **Prozessen** im Versorgungsteam zu beachten. Die interprofessionellen und interinstitutionellen **Teams** bestehen aus den Fachpersonen, Betroffenen sowie ihren Angehörigen. Die kollaborativen **Prozesse** erfordern interprofessionelle Kompetenzen (z. B. Klärung und Aushandlung von Rollen, Konfliktmanagement, Kommunikation, gemeinsame Entscheidungsfindung usw.) und setzen voraus, dass die Beteiligten ihre gegenseitige Verbundenheit anerkennen und jede Expertise, seien sie beruflicher oder erfahrungsbezogener Natur, wertschätzen.

In der Regel erfordern die kollaborativen Prozesse iterative Interaktionen/ Treffen, damit sich Fachpersonen, Betroffene und Angehörige auf einen gemeinsamen Behandlungsplan (*shared care plan*) verständigen können. Dieser Plan formalisiert die gemeinsam getroffenen Entscheidungen, Prioritäten, Ziele, Aufgabenverteilung, Kommunikationsmittel, Prozess der Neubewertung des Pflegeplans usw.

Der Shared Care Plan besitzt sowohl eine ganzheitliche wie eine auf jede Situation spezifisch zugeschnittene Perspektive. Er kann verschiedene Ziele umfassen: Ziele im Zusammenhang mit der Organisation rund um die Krankheit, im Zusammenhang mit der Bewältigung einer Krankheit, im Zusammenhang mit der Prävention der Erschöpfung der pflegenden Angehörigen, usw.... Darüber hinaus wird jedes Ziel in verschiedene Aufgaben unterteilt, die entsprechend den Kompetenzen der beteiligten Personen zugewiesen werden. So kann die Betroffene bestimmte Aspekte ihrer Krankheit selbstständig bewältigen (z. B. Gewichtskontrolle, Einnahme von Medikamenten), während die Angehörigen (z. B. Zubereitung geeigneter Mahlzeiten) und Fachkräfte andere Aufgaben übernehmen (z. B. Wundversorgung, Beantragung von Zusatzleistungen).

Diese Teamprozesse fördern die Selbstständigkeit der Betroffenen, die Zufriedenheit der Fachpersonen und eine effizientere Nutzung der Ressourcen.

### III. IT-Tools

Um die kollaborativen Prozesse zu unterstützen, sind klinische IT-Tools erforderlich. Ein gemeinsamer IT-gestützter Versorgungsplan ermöglicht sowohl die Rückverfolgbarkeit der oben genannten Entscheidungen als auch deren Nachverfolgung. Andere Instrumente, wie beispielsweise der Medikationsplan, sind ebenfalls sehr wertvoll. Da viele komplexe Situationen von interinstitutionellen Teams betreut werden, müssen diese IT-gestützten Instrumente zwischen den verschiedenen Primärsystemen interoperabel sein.

Für einen bevölkerungsbezogenen Ansatz können beispielsweise Register komplexer Situationen relevante Informationen liefern.

### IV. Ein System zur Unterstützung von Teamprozessen

Auf der Mesoebene müssen die Institutionen Teamprozesse unterstützen und fördern. Auf der Makroebene erfordern diese Prozesse eine Finanzierung, die an die zuvor erwähnten Kooperationspraktiken angepasst ist. Schließlich muss der rechtliche Rahmen für die Verantwortung für gemeinsam im Team getroffene Entscheidungen entsprechend weiterentwickelt werden.

Schweizer Forum für integrierte Versorgung (fmc), 2025

### Quellen

- SAMW. (2020). *Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen: Charta 2.0*. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). [www.samw.ch](http://www.samw.ch)
- Careau, E., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Deslauniers, M., & Museaux, A.-C. (2018). *Kontinuum der interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheits- und Sozialwesen: Erläuternder Leitfaden* (S. 23). Netzwerk für interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheits- und Sozialwesen (RCPI), Université Laval. [www.rcpi.ulaval.ca](http://www.rcpi.ulaval.ca)
- CPIS. (2024). *Kompetenzrahmen des CPIS zur Förderung der Zusammenarbeit im Gesundheits- und Sozialwesen* (Kanadisches Konsortium für Interprofessionalität im Gesundheitswesen (CPIS)). <https://cihc-cpis.com/resources/publications/>
- Grembowski, D., Schaefer, J., Johnson, K. E., Fischer, H., Moore, S. L., Tai-Seale, M., Ricciardi, R., Fraser, J. R., Miller, D., LeRoy, L., & AHRQ MCC Research Network. (2014). Ein konzeptionelles Modell zur Rolle der Komplexität bei der Versorgung von Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen. *Medical Care*, 52 Suppl 3, S7-S14. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000045>
- Perone, N., Schussel  Filliettaz, S., Budan, F., Schaller, P., Balavoine, J.-F., & Waldvogel, F. (2015). Konkrete Umsetzung der interdisziplinären ambulanten Versorgung komplexer Fälle. *Revue Française de Santé Publique*, 27(S1), 77-86. <https://doi.org/doi.org/10.3917/spub.150.0077>
- Perone, N., Schussel  Filliettaz, S., Waldvogel, F., Sommer, J., Schaller, P., & Balavoine, J.-F. (2022). Identifizierung komplexer Patienten für eine interprofessionelle Betreuung. *Rev.Med.Suisse*, 18, 560-565. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2022.18.774.560>
- Rosenmann, T., Bachofner, A., & Strehle, O. (2024). Kardiovaskuläre Erkrankungen in der Schweiz – Prävalenz und Versorgung. *Praxis*, 113(03), 57-66.

## Anhang: Merkmale der Komplexität und ihre Auswirkungen auf die Pflege

(Quelle: Perone et al. 2022)

<b>TABELLE 1</b> Merkmale der Komplexität und ihre Auswirkungen auf die Pflege		
a) Begrenzte Fähigkeit, Informationen zu finden, zu verstehen und zu nutzen, um die eigene Gesundheit zu verbessern oder die Selbstständigkeit zu entwickeln.		
Merkmale der Komplexität	Präsentiert	Vorhanden und dazu beiträgt, die Betreuung komplex oder schwierig zu machen
<b>Patient</b>		
Hohes Alter (≥ 75 Jahre)		
Geringe Literalität		
Kommunikationsbarriere		
Abhängigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens		
<b>Medizinisch</b>		
≥ 2 somatische Krankheiten und/oder chronische Probleme		
≥ 1 somatische Krankheit und/oder schlecht kontrolliertes Problem		
≥ 5 Langzeitmedikamente		
Schwieriger Umgang mit Medikamenten (Patient und/oder Fachkraft)		
Delirium, Demenz, Gedächtnisstörungen oder andere kognitive Störungen		
Suchtverhalten (Alkohol, Glücksspiel, Substanzen)		
Schizophrenie oder andere psychotische Störungen		
Stimmungsstörungen		
Angst- oder Aggressionsstörungen, somatoforme Störungen		
Geistige Retardierung, Lern- oder Entwicklungsstörungen		
Ess-/Schlafstörungen, unangepasste Persönlichkeitsmerkmale		
<b>Sozioökonomisch und familiär</b>		
Prekäre finanzielle Situation		
Problem mit der Versicherung		
Schwieriger Zugang zu Pflege-/Sozialleistungen		
Schwierigkeiten bei der Umsetzung sozialer, beruflicher oder familiärer Verpflichtungen		
Unangemessene Unterkunft und/oder Umweltbarriere		
<b>Akteure</b>		
Mehrere Fachkräfte		
Mangel an Fachkräften		
Vielzahl an pflegenden Angehörigen und/oder Familienmitgliedern		
Mangel an pflegenden Angehörigen und/oder Familienmitgliedern		
Mangelhafte Einbeziehung des pflegenden Angehörigen		
<b>Interaktionen zwischen Akteuren</b>		
Unbefriedigende, unzureichende oder erfolglose Interaktionen		
Diskrepanz zwischen den Prioritäten und Lebensentwürfen der Akteure		
Geringer Grad an therapeutischer Übereinstimmung zwischen den Akteuren		
Verbale und/oder physische Aggressivität, Konflikt zwischen den Akteuren		
Widerstand oder Opposition gegen die Behandlung		
Sorge des Patienten und/oder pflegenden Angehörigen		
Emotionale Belastung und/oder Erschöpfung der Akteure		
<b>Störung der Homöostase/Instabilität</b>		
Jüngste Verschlechterung des Gesundheitszustands und/oder der Selbstständigkeit		
Risiko unerwünschter Ereignisse		
Wiederkehrende unvorhergesehene Anforderungen von Fachkräften, pflegenden Angehörigen		
Verlust des Kontakts		
Übergangszeit		