



KANTON
APPENZELL INNERRHODEN

INTEGRIERTE VERSOR- GUNG IN APPENZELL I.RH.



Bericht erstes Teilprojekt: Handlungsbe-
darf und Handlungsoptionen

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	1
1 Einleitung	3
1.1 Ausgangslage	3
1.2 Projektziele und Fragestellungen	3
1.3 Projektorganisation.....	4
1.4 Dank.....	4
2 Vorgehen	4
2.1 Literaturrecherche	4
2.2 Interviews	4
2.3 Workshops	4
2.4 Berichterstattung und Empfehlungen.....	5
3 Konzepte und Begrifflichkeiten	5
3.1 Definition «integrierte Versorgung»	5
3.2 Handlungsoptionen des Kantons.....	7
4 Ergebnisse	7
4.1 Aktuelle Aktivitäten zur integrierten Versorgung im Kanton	7
4.2 Was läuft gut, was weniger?.....	8
4.3 Wo besteht dringlicher Handlungsbedarf?	9
4.4 Lösungsansätze	10
5 Empfehlungen zum weiteren Vorgehen	14
6 Literatur	16
Impressum	17
Anhang	18

Zusammenfassung

Ziel einer integrierten Versorgung ist die optimale Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen verschiedenen Leistungserbringern, um eine effektive, sichere und effiziente Versorgung von Patientinnen und Patienten über die gesamte Behandlungskette hinweg zu gewährleisten. Die Standeskommission legte in den Perspektiven 2022-2025 die Erarbeitung und Umsetzung eines Konzepts zur integrierten Versorgung als eine Massnahme fest. Aus diesem Grund initiierte das Gesundheits- und Sozialdepartement ein Projekt zur Ermittlung des Handlungsbedarfs und der Handlungsoptionen des Kantons zur Förderung der integrierten Versorgung. Ziel dieses ersten Teilprojekts war es, bestehende integrierte Versorgungsmodelle im Kanton zu erfassen, den Handlungsbedarf unter Einbezug aller Akteure im Kanton zu ermitteln und Empfehlungen für weitere Massnahmen auszusprechen. Die Bedarfsanalyse bestand aus einer Literaturanalyse, zehn Interviews mit Fachpersonen sowie zwei halbtägigen Workshops mit jeweils rund 25 Teilnehmenden aus dem Gesundheits- und Sozialwesen. Der vorliegende Bericht fasst die Ergebnisse aus dieser ersten Projektphase zusammen.

In Appenzell I.Rh. gibt es bereits einige Aktivitäten im Bereich der integrierten Versorgung. Dazu gehören regelmässige Anlässe zur Vernetzung und dem Austausch unter Fachpersonen. Ein standardisierter palliativer Betreuungsplan ermöglicht zudem ein einheitliches Vorgehen und eine effektive Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen in der Versorgung am Lebensende. Auch innerhalb von Organisationen gibt es bereits berufsübergreifende Kooperationen, wie das Beispiel des medizinischen Zentrums Appenzell und des kantonalen Gesundheitszentrums Appenzell zeigen. Aus den Interviews lässt sich schliessen, dass die gute persönliche Vernetzung und die Überschaubarkeit der Akteure im Kanton für die Zusammenarbeit vorteilhaft sind. Die Vernetzung hat zudem in den letzten Jahren im Kanton spürbar zugenommen. Es bestehen jedoch auch Herausforderungen für eine optimal koordinierte Versorgung. Die unzureichende Informationsweitergabe zwischen Versorgungssektoren und uneinheitliche Vorgehensweisen können beispielsweise zu Doppelspurigkeiten, Mehraufwand und Fehlern führen können. Der Zeit- und Kostendruck und der Fachkräftemangel erschweren die optimale Versorgungskoordination, ebenso wie das fehlende Wissen über die Angebote von anderen Leistungserbringern. An den Workshops wurde in sechs Themenfeldern zentrale Hürden für die integrierte Versorgung identifiziert:

- (1) Häufig ungeklärte Fallführung.
- (2) Fachkräftemangel und Kapazitätsengpässe im Gesundheitswesen.
- (3) Unzureichende Abgeltungsmöglichkeiten und fehlende/unklare rechtliche Grundlagen.
- (4) Fehlende Kenntnisse über Angebote anderer Leistungserbringer.
- (5) Personenabhängige, wenig verstetigte Zusammenarbeit.
- (6) Unterschiedliche Vorstellungen und Erwartungen unter den Leistungserbringern.

Im zweiten Workshop wurden verschiedene Lösungsansätze diskutiert, welche diese Hürden gezielt angehen und eine verstärkte Koordination und Zusammenarbeit auf allen Ebenen fördern sollen. Die Lösungsansätze umfassen:

- (1) Aufbau einer Beratungs- und Koordinationsstelle.
- (2) Verankerung der Sozialarbeit in der ambulanten Grundversorgung.
- (3) Einführung des eMediplans.
- (4) Stärkung der Vernetzung durch die Etablierung eines «Gesundheitsforums».
- (5) Abschluss von Kooperationsverträgen zwischen Leistungserbringern in ausgewählten Bereichen.

Die Beratungs- und Koordinationsstelle erhielt am Workshop die höchste Zustimmung und wurde als vielversprechend erachtet, um Leistungserbringer, Betroffene und Angehörige zu unterstützen und zu entlasten. Auch die anderen Lösungen wurden von den Workshopteilnehmenden positiv bewertet. In allen Lösungen sind eine ausreichende Finanzierung, klare Regelungen zum Datenschutz und die aktive Beteiligung der Leistungserbringer entscheidende Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung.

Gestützt auf die Ergebnisse der Bedarfsanalyse formuliert der Lenkungsausschuss zwei Empfehlungen für das weitere Vorgehen im Kanton. Erstens schlägt er vor, das bereits bestehende Beratungs- und Koordinationsangebot (z.B. von Spitex und Pro Senectute) mittels Kooperationsvereinbarungen noch stärker zu koordinieren und ggf. auszubauen. Zweitens empfiehlt er die Initiierung eines Gesundheitsforums, das die Leistungserbringer im Gesundheits- und Sozialwesen zusammenbringt und besser vernetzt. Dieses Forum soll bestehende Vernetzungsgefässe berücksichtigen und neben der Netzwerkarbeit auch den fachlichen Austausch fördern.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

An der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten sind häufig mehrere Berufsgruppen in unterschiedlichen Versorgungssektoren beteiligt. Dies gilt insbesondere dann, wenn Patientinnen und Patienten über einen längeren Zeitraum behandelt werden, beispielsweise bei chronischen Krankheiten, Mehrfacherkrankungen oder wenn psychische und körperliche Gesundheitsprobleme kombiniert auftreten. Für die Versorgung in komplexen Patientensituationen ist eine gute Koordination zwischen den beteiligten Leistungserbringern wichtig. Viele komplexe Patienten und Patientinnen benötigen zudem nicht nur medizinische und pflegerische Hilfe, sondern auch soziale Unterstützung. Die integrierte Versorgung stellt die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt. Das Ziel ist es, die Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen verschiedenen Leistungserbringern zu verbessern, um eine effektive, sichere und effiziente Versorgung der Patienten und Patientinnen über die gesamte Behandlungskette hinweg zu gewährleisten.

Die Standeskommission hat in den Perspektiven 2022-2025 die Erarbeitung und Umsetzung eines Konzepts zur integrierten Versorgung als eine Massnahme festgelegt (1). In der Vergangenheit äusserten zudem verschiedene Akteure im Kanton den Bedarf nach einer verbesserten integrierten Versorgung, ohne dabei konkrete Massnahmen vorzuschlagen. Aus diesem Grund hat das Gesundheits- und Sozialdepartement ein Teilprojekt durchgeführt, um den Handlungsbedarf und die Handlungsoptionen des Kantons zur Förderung der integrierten Versorgung zu prüfen. Der vorliegende Bericht fasst das Vorgehen und die Ergebnisse aus den Arbeitsschritten zusammen und spricht Empfehlungen für das weitere Vorgehen aus.

1.2 Projektziele und Fragestellungen

Die folgenden Ziele und Fragestellungen waren für das Projekt handlungsleitend:

Ziel 1: Überblick über bestehende Aktivitäten im Bereich der integrierten Versorgung schaffen und Handlungsoptionen des Kantons aufzeigen.

- Was bedeutet «integrierte Versorgung» und was kann mit einer integrierten Versorgung erreicht werden?
- Welche Initiativen, Modelle oder Strukturen der integrierten Versorgung gibt es im Kanton bereits?
- Welche Möglichkeiten hat der Kanton, um die integrierte Versorgung zu fördern?
- Welche Massnahmen zur Förderung der integrierten Versorgung sind im Kanton bereits angedacht oder werden bereits umgesetzt?

Ziel 2: Handlungsbedarf ermitteln.

- Was sind die grössten Hürden für eine gute Koordination und Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern?
- Wo besteht der grösste Bedarf nach mehr Koordination, Vernetzung und Zusammenarbeit im Gesundheits- und Sozialwesen im Kanton?

Ziel 3: Empfehlungen für das weitere Vorgehen des Kantons formulieren.

- Welche Schwerpunkte soll der Kanton zur Förderung der integrierten Versorgung zukünftig setzen?
- Welche Massnahmen sollten prioritär umgesetzt werden?

Abgrenzung: Die eigentliche Konzipierung und Umsetzung von Massnahmen zur Förderung der integrierten Versorgung war nicht Gegenstand dieses Teilprojekts.

1.3 Projektorganisation

Auftraggeberin: Standeskommission

Projektleitung: Andrea Niederhauser, Projektleiterin Gesundheitsamt

Lenkungsausschuss:

- Frau Statthalter Monika Rüegg Bless, Vorsteherin Gesundheits- und Sozialdepartement
- Mathias Cajochen, Departementssekretär Gesundheits- und Sozialdepartement und Leiter Gesundheitsamt
- Dr. med. Simon Graf, Leiter Hausarztmedizin, Kantonsspital St.Gallen
- Claudia Loher, Leitung Pflegedienst kantonales Gesundheitszentrum Appenzell
- Flurina Meier, StV Leiterin Versorgungsforschung, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften

Fachliche und methodische Unterstützung: Irene Kobler, wissenschaftliche Mitarbeiterin Versorgungsforschung, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften

1.4 Dank

Ein grosser Dank sei an dieser Stelle an alle Personen gerichtet, die sich die Zeit genommen haben, in einem Interview und/oder an den Workshops ihre Erfahrungen, Sichtweisen und Ideen einzubringen und damit diese ausführliche Bedarfsanalyse ermöglicht haben.

2 Vorgehen

Das Projekt wurde im Zeitraum von Januar 2023 bis April 2024 durchgeführt. Das Vorgehen bestand aus den folgenden Arbeitsschritten:

2.1 Literaturrecherche

Anhand aktueller Publikationen in der Schweiz wurden Begrifflichkeiten zur integrierten Versorgung definiert, Beispiele von guten Massnahmen zur Förderung der integrierten Versorgung zusammengestellt und eine Übersicht über die verschiedenen Steuerungsinstrumente, die dem Kanton zur Verfügung stehen, erstellt.

2.2 Interviews

In einem zweiten Schritt wurden leitfadengestützte Gespräche mit zehn Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen aus dem Kanton Appenzell I.Rh. durchgeführt. Die Interviews dienen dazu, die Ausgangslage und den Handlungsbedarf im Kanton auszuloten und eine Basis für die weiteren Arbeitsschritte zu schaffen. Interviewt wurden Vertreterinnen und Vertreter von Hausärzteschaft, Spitex, Mütter- und Väterberatung, Hospiz Dienst, Pro Senectute, Psychiatrie, Sozialdienst und der IV-Stelle (Anhang 1: Liste der interviewten Personen).

2.3 Workshops

In Anschluss an die Interviews war vorgesehen, eine breit angelegte schriftliche Befragung bei den Leistungserbringern im Gesundheits- und Sozialwesen im Kanton durchzuführen. Der Lenkungsausschuss entschied jedoch aufgrund der Ergebnisse der Interviews, von einer

Befragung abzusehen und die Perspektive der Anspruchsgruppen stattdessen in Workshops abzuholen. Mit dieser qualitativen Methode wurde ein grösserer Erkenntnisgewinn für das Projekt erwartet als mit den quantitativen Ergebnissen einer standardisierten Befragung. Gleichzeitig dienten die interprofessionellen Workshops der im Projekt angestrebten verbesserten Vernetzung unter den Fachpersonen im Kanton.

Es fanden zwei halbtägige Workshops mit jeweils rund 25 Teilnehmenden statt (Anhang 2: Teilnehmerliste). Ziel des ersten Workshops im November 2023 war es, Hürden für eine integrierte Versorgung zu ermitteln. Dabei wurden die in den Interviews genannten Punkte in drei Gruppen diskutiert, vertieft und ergänzt. Anschliessend wurden die genannten Hürden im Plenum vorgestellt und von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern priorisiert. Im zweiten Workshop im Januar 2024 ging es um mögliche Lösungsansätze. An drei Diskussionstischen wurden mögliche Massnahmen vorgestellt. Die Gruppen diskutierten, wie wahrscheinlich eine erfolgreiche Umsetzung in der Praxis ist und welche Rolle der Kanton bei der Umsetzung der Lösungen spielen könnte. Am Ende des Workshops konnten die Teilnehmenden darüber abstimmen, welches Projekt ihrer Meinung nach durch den Kanton weiterverfolgt werden sollte. Pro Person konnte nur ein Punkt vergeben werden, insgesamt stimmten 22 Personen ab.

2.4 Berichterstattung und Empfehlungen

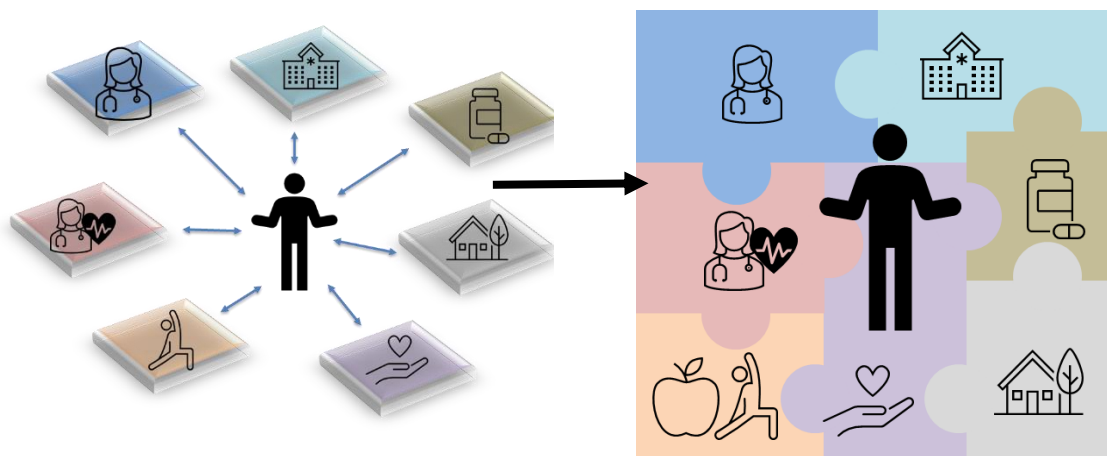
Die Ergebnisse der vorangegangenen Arbeitsschritte wurden schriftlich zusammengefasst und mit dem Lenkungsausschuss an einer Sitzung Ende März 2024 besprochen. Der Lenkungsausschuss formulierte daraufhin die Empfehlungen für das weitere Vorgehen zur Förderung der integrierten Versorgung zuhanden der Standeskommission.

3 Konzepte und Begrifflichkeiten

In den letzten Jahren wurden in der Schweiz und international viele Bestrebungen unternommen, die Kommunikation, Koordination und Kooperation zwischen den Leistungserbringern in der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Dabei wird häufig der Begriff der «integrierten Versorgung» verwendet, ohne dass eine einheitliche Definition des Begriffs besteht. Vielmehr wird die integrierte Versorgung je nach Kontext mit unterschiedlichen Zielen und Vorgehensweisen assoziiert. Häufig werden auch die Begriffe «koordinierte Versorgung» und «vernetzte Versorgung» synonym verwendet (2). Eine Schweizer Erhebung, die das Gesundheitsobservatorium OBSAN im Jahr 2017 publizierte, zeigt die Vielfalt an Initiativen, die unter dem Begriff der «integrierten Versorgung» entstanden sind und die damit einhergehende Herausforderung, eine abschliessende Definition zu formulieren (3).

3.1 Definition «integrierte Versorgung»

Die integrierte Versorgung hat zum Ziel, Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Gesundheits- und Sozialwesen, die bisher unabhängig voneinander agierten, näher zusammen (Abbildung 1). Sie wirkt darauf hin, dass die Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten über den gesamten Behandlungspfad hinweg optimal koordiniert sind und wie «aus einer Hand» erfolgen. Integrierte Versorgungsmodelle zeichnen sich dadurch aus, dass sie **im Interesse der Patientinnen und Patienten zu einer besseren interprofessionellen und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und Vernetzung** unter Leistungserbringern beitragen. Ziel solcher Versorgungsmodelle ist es, eine effiziente, wirksame und sichere Behandlung und Betreuung sicherzustellen (Definition adaptiert nach (2; 4-10).

Abbildung 1: Ziel der integrierten Versorgung

Eigene Darstellung

Die integrierte Versorgung richtet sich konsequent am Bedarf und den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten aus. Von einer optimal koordinierten Versorgung profitieren insbesondere Patientinnen und Patienten, die über längere Zeit und durch mehrere Fachpersonen gleichzeitig versorgt werden, zum Beispiel im Falle von chronischen Krankheiten, Mehrfacherkrankungen oder psychischen Erkrankungen kombiniert mit schlechter physischer Verfassung (4;11-12). Viele Patientinnen und Patienten benötigen neben langandauernden medizinisch-pflegerischen Leistungen auch soziale Unterstützung (7). Deshalb ist es wichtig, die Anliegen der Patientinnen und Patienten ganzheitlich zu betrachten und die psychosozialen Bedürfnisse des Menschen in den Fokus zu stellen.

Typen von integrierter Versorgung

Integrationsbestrebungen können auf unterschiedlichen Ebenen im Gesundheitssystem umgesetzt werden. Diese schliessen sich nicht gegenseitig aus, sondern ergänzen und verstärken sich (2;10).

Die **klinische Integration** findet auf individueller Patientenebene statt, sie ist fall- oder krankheitsbezogen. Die Betreuung und Behandlung erfolgt über den gesamten Behandlungspfad nach einem einheitlichen Prozess, beispielsweise indem sich die involvierten Berufsgruppen auf verbindliche, auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierenden Behandlungsstandards einigen (siehe palliativer Betreuungsplan, Abschnitt 4.1.2).

Die **dienstleistungsbezogene Integration** findet auf der Ebene der verschiedenen Berufsgruppen statt. Verschiedene Leistungsangebote werden innerhalb einer Organisation durch ein interprofessionelles Team erbracht. Der Einsatz von Advanced Practice Nurses APN oder von Sozialarbeitenden in Hausarztpraxen sind Beispiele einer solchen dienstleistungsbezogenen Integration (siehe Lösungsvorschlag 2, Abschnitt 4.4.2).

Bei einer **funktionalen Integration** werden (nicht-)klinischen Unterstützungsfunktionen oder Back-Office Aufgaben wie Informationssysteme, Rechnungswesen oder Qualitätsmanagement zusammengeführt oder koordiniert. Ein elektronischer Medikationsplan kann zum Beispiel die Informationsweitergabe zwischen den Leistungserbringern unterstützen (siehe Lösungsvorschlag 3, Abschnitt 4.4.3).

Die **organisationale Integration** schliesslich führt mehrere Organisationen zusammen. Bei der *horizontalen* Integration schliessen sich Leistungserbringer im gleichen Versorgungssektor zusammen (z.B. durch die Bildung von Spitalketten, Ärztenetzwerken oder Gemeinschaftspraxen). Bei der *vertikalen* Integration erfolgt die Vernetzung über verschiedene Versorgungssektoren hinweg, beispielsweise in regionalen Gesundheitsnetzwerken. Die Intensität der organisationalen Integration kann unterschiedlich stark sein: von losen Allianzen über die vertraglich gestützte Zusammenarbeit bis hin zur vollständigen Übernahme oder Fusion von mehreren Organisationen (siehe Lösungsvorschläge 4 und 5, Abschnitte 4.4.4 und 4.4.5).

3.2 Handlungsoptionen des Kantons

Der Kanton hat verschiedene Möglichkeiten, die integrierte Versorgung zu fördern. Er kann über Regulierungen, Finanzierung oder auf der politisch-strategischen Ebene direkt oder indirekt Einfluss auf die Förderung und Umsetzung von integrierter Versorgung nehmen. Er kann als Anbieter selbst integrierte Versorgungsleistungen anbieten oder sich an solchen beteiligen oder er kann im Bereich der Kommunikation und Moderation die Förderung und Umsetzung von integrierter Versorgung unterstützen. Die nachfolgende **Tabelle 1** gibt einen Überblick, welche Möglichkeiten der Einflussnahme der Kanton hat.

Tabelle 1: Möglichkeiten des Kantons zur Förderung der integrierten Versorgung

Regulierung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rechtliche Grundlagen schaffen oder anpassen ▪ Leistungsaufträge erteilen oder an Bedingungen knüpfen
Finanzierung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ (Mit-)Finanzierung von (Pilot-)Projekten, Massnahmen oder (Dienst-)Leistungen ▪ Finanzierung von (Sozial-)Leistungen, die an Bedingungen geknüpft sind
Politisch-strategische Ebene	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integrierte Versorgung strategisch in seiner Politik verankern ▪ Auf Bundes- und Gemeindeebene integrierte Versorgung (auch indirekt) unterstützen oder fördern ▪ Bessere Datengrundlagen schaffen
Kommunikation und Moderation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informationen sammeln, aufbereiten und verbreiten (unterschiedliche Adressaten) ▪ Vernetzungsplattformen schaffen oder fördern
Anbieter	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integrierte Versorgungsdienstleistungen selbst anbieten (z.B. Beratungsstelle in kantonaler Behörde) ▪ Sich an integrierten Versorgungsdienstleistungen beteiligen

Adaptiert nach (7)

4 Ergebnisse

Nachfolgend werden die Erkenntnisse aus den Interviews und den beiden Workshops zusammengefasst.

4.1 Aktuelle Aktivitäten zur integrierten Versorgung im Kanton

Im Kanton Appenzell I.Rh. gibt es bereits einige Aktivitäten, die eine optimierte Koordination und Zusammenarbeit im Gesundheits- und Sozialwesen zum Ziel haben. Die nachfolgenden, nicht abschliessenden Beispiele wurden aus den Interviews und den Kenntnissen des Projektteams zusammengetragen.

4.1.1 Vernetzungs- und Austauschgefässe

Es bestehen im Kanton verschiedene Gefässe, welche in wiederkehrenden Abständen die Möglichkeiten für interprofessionellen und intersektoralen Wissensaustausch, Beziehungspflege und Vernetzung bieten. Beispiele sind das Forum Palliative Care Appenzell I.Rh., das Netzwerk Demenz Appenzell I.Rh. und das Chindernetz AI. Die Fachstelle soziale Teilhabe im Alter fördert zudem mit jährlichen Treffen die Vernetzung im Bereich der Altersarbeit.

4.1.2 Palliativer Betreuungsplan

Für die Palliative Care wurde der standardisierte Betreuungsplan und das Formular palliative Reservemedikation von palliative Ostschweiz übernommen. Der palliative Betreuungsplan berücksichtigt die individuellen Bedürfnisse der Patientin oder des Patienten. Im Betreuungsplan sind wichtige Informationen und Entscheidungen festgehalten; dadurch wird ein einheitliches Vorgehen und eine effektive Zusammenarbeit unter den beteiligten Berufsgruppen ermöglicht.

4.1.3 Organisationale Integration

Im Kanton gibt es bereits verschiedene Kooperationen auf organisationaler Ebene. Das Medizinische Zentrum Appenzell beispielsweise bringt verschiedene Fachdisziplinen und Berufsgruppen in der ambulanten Versorgung unter einem Dach zusammen. Das kantonale Gesundheitszentrum Appenzell bietet verschiedene Fachdisziplinen in der ambulanten Versorgung, eine Tagesklinik, Kurzzeit- und Übergangspflege und stationäre Langzeitpflege an.

4.2 Was läuft gut, was weniger?

Die Interviewpartnerinnen und -Partner wurden gefragt, in welchen Bereichen die Koordination und Zusammenarbeit gut und in welchen sie weniger gut läuft. Grundsätzlich nahmen die interviewten Personen die bilaterale Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern positiv wahr. Die Kleinheit des Kantons ermögliche eine gute persönliche Vernetzung. Die Überschaubarkeit der Akteure, die kurzen Wege und der leichte Zugang, auch zur Politik, wurden in vielen Gesprächen als Vorteil für die Koordination und Zusammenarbeit im Kanton genannt. Zudem sei auch die Bevölkerung untereinander sehr gut vernetzt, was ebenfalls Vorteile mit sich bringe.

An den Schnittstellen bestehen jedoch auch Hürden für die optimal koordinierte Versorgung. Genannt wurden eine ungenügende Informationsweitergabe zwischen Versorgungssektoren und uneinheitliche Vorgehensweisen unter den Leistungserbringern, die zu Doppelspurigkeiten, Mehraufwänden und Fehlern führen können. Aus den Gesprächen zeichnete sich zudem ab, dass der Zeit- und Kostendruck sowie der Fachkräftemangel in allen Versorgungssektoren einer koordinierten Versorgung ebenfalls im Wege stehen. Als Beispiel können die frühzeitigen Entlassungen aus dem Spital angeführt werden, welche kaum genügend Zeit lassen, Übertritte und Nachsorge sorgfältig zu planen und zu koordinieren.

Aus den Interviews lässt sich folgern, dass die Vernetzung im Kanton in den letzten Jahren deutlich besser geworden ist. Es wurde angemerkt, dass die Bereitschaft zur Vernetzung und Zusammenarbeit im Kanton gegeben sei. Es brauche aber jemanden, der die Führung übernehme und sich dafür verantwortlich fühle. Allerdings wurde auch festgestellt, dass die Leistungserbringer im Kanton noch häufig getrennt voneinander agieren. Eine Zusammenarbeit auf strategischer Ebene gebe es kaum. Es bestehe zudem noch immer zu wenig konkretes Wissen darüber, welche Stellen was anbieten. So komme es, dass Probleme häufig selber gelöst werden, statt eine geeignete Unterstützung beizuziehen.

4.3 Wo besteht dringlicher Handlungsbedarf?

Die in den Interviews genannten Hürden für eine integrierte Versorgung wurden am ersten Workshop weiter diskutiert, ergänzt und priorisiert. Die Ergebnisse können grob in sechs Themenfelder eingeteilt werden.

4.3.1 Themenfeld 1: Unklare Fallführung

Es wurde angeführt, dass bei komplexen Fällen häufig nicht geklärt ist, wer die Fallführung innehat. Ausserdem werden die Ziele für die Behandlung und Betreuung der Patientinnen und Patienten oftmals nicht gemeinsam mit allen beteiligten Gesundheitsfachpersonen definiert und vereinbart.

Aufgrund der Diskussionen unter den Fachpersonen stellte sich zudem heraus, dass «Fallführung» ein weiter Begriff ist. Für allfällige Lösungsansätze müsste zuerst definiert werden, wer unter dem Begriff was versteht.

4.3.2 Themenfeld 2: Fachkräftemangel und Überlastung im Gesundheitswesen

Auch in den Workshops wurde der Fachkräftemangel und Kapazitätsengpässe in allen Versorgungssektoren als Gründe genannt, weshalb die Koordination der Versorgung in manchen Situationen nicht optimal verläuft. Zum Beispiel fehlen bei den Hausärztinnen und Hausärzten häufig die Ressourcen für die Erbringung von Koordinationsleistungen. Bei frühzeitigen Entlassungen aus den Spitälern bietet im inneren Land die Kurzzeit- und Übergangspflege am kantonalen Gesundheitszentrum Entlastung, ein solches Angebot fehlt jedoch im Vorderland.

4.3.3 Themenfeld 3: Rechtliche Grundlagen und Finanzierung

Die integrierte Versorgung wird laut den Fachpersonen auch durch fehlende oder unzureichende Abgeltungsmöglichkeiten, fehlende oder unklare rechtliche Regelungen und sich zuwiderlaufende Finanzanreize erschwert. So können beispielsweise Koordinationsleistungen, welche an runden Tischen oder bei Fallbesprechungen erbracht werden, nicht von allen Leistungserbringern (z.B. Physiotherapeutinnen und -therapeuten) oder nicht in ausreichender Menge abgerechnet werden.

Aktuell geltende rechtliche Bestimmungen erschweren oder verhindern zudem die Einführung gewisser neuer integrierter Modelle. Advanced Practice Rollen in der Pflege oder in der Physiotherapie, welche mit einem erweiterten Kompetenzprofil die Attraktivität der Berufe erhöhen und dem Fachkräftemangel entgegenwirken könnten, sind in der aktuellen Gesetzgebung nicht geregelt. Die Möglichkeiten zur Leistungsabrechnung in diesen Rollen sind beschränkt. Auch für die Sozialarbeit in Hausarztpraxen bestehen zurzeit keine ausreichenden Finanzierungsmöglichkeiten.

Schliesslich wurden Unklarheiten oder Unsicherheiten bezüglich des Datenschutzes als erhebliche Hürden für eine transparente und vollständige Informationsweitergabe an den Schnittstellen genannt.

4.3.4 Themenfeld 4: Angebot anderer Leistungserbringer zu wenig bekannt

Wie bereits in den Interviews wurde auch im Workshop die unzureichenden Kenntnisse der Angebote der anderen Leistungserbringer als eine der wichtigsten Hürden für die integrierte Versorgung genannt. Das fehlende Wissen über die Leistungen und Kompetenzen der anderen Leistungserbringer verhindert zum Beispiel, dass bei komplexen Fragestellungen oder Problemen eine passende Unterstützung beigezogen werden kann.

4.3.5 Themenfeld 5: Fehlende gemeinsame Basis / Personenabhängigkeit

Insbesondere die rechtliche Ausgangslage, die finanziellen Anreize und die damit einhergehenden unterschiedlichen Interessen und Ziele der Leistungserbringer stellen eine grosse Hürde für eine verstärkte Integration oder Kooperation dar.

Zudem ist die Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen und Versorgungssektoren wenig verstetigt und daher stark personenabhängig. Gibt es einen personellen Wechsel, kann sich dies auf die Zusammenarbeit auswirken. Hier würden gemeinsam definierte und vertraglich festgelegte Vereinbarungen eine bessere Basis für die Kooperation bringen. Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit ist das gegenseitige Vertrauen und positive Erfahrungen.

Auch ist die Erreichbarkeit der Fachpersonen nicht immer gegeben, was die Einfachheit der Zusammenarbeit erschwert.

4.3.6 Themenfeld 6: Kulturelle Aspekte

Schliesslich können unterschiedliche Werte, Einstellungen und Normen die Zusammenarbeit unter den Fachpersonen erschweren. Dazu gehören beispielsweise unterschiedliche Verständnisse über die Rollen- und Aufgabenverteilung unter den Berufsgruppen oder unterschiedliche Auffassungen über Ziele und geeignete Vorgehensweisen.

4.4 Lösungsansätze

Im zweiten Workshop wurden verschiedene Lösungsansätze diskutiert und priorisiert. Diese werden nachfolgend in der Reihenfolge der erhaltenen Stimmen beschrieben.

Vorauszuschicken ist, dass datenschutzrechtliche Unsicherheiten und Unklarheiten einer engeren Zusammenarbeit unter den Leistungserbringern oftmals im Wege stehen. Eine wichtige Rahmenbedingung bei allen Lösungsansätzen ist daher die Klärung, unter welchen Voraussetzungen Patientendaten an andere Leistungserbringer weitergegeben werden dürfen.

4.4.1 Lösung 1: Beratungs- und Koordinationsstelle (9 Stimmen)

Eine Beratungs- und Koordinationsstelle steht der allgemeinen Bevölkerung, aber auch Fachpersonen mit Informationen, Beratung, Vermittlung und Unterstützung bei Gesundheitsthemen zur Verfügung. Beispiele sind die kantonale Fachstelle «Koordination Gesundheit» des Kantons Glarus, die «Anlaufstelle Gesundheit und Alter rechtses Limmattal» oder die «Anlaufstelle Alter» der Stadt Luzern, die in anderen Kantonen bereits etabliert wurden.

Die möglichen Aufgaben einer Beratungs- und Koordinationsstelle können entlang eines Kontinuums betrachtet werden und müssten bei der Konzeption klar definiert und eingegrenzt werden:

Als niederschwelliges Angebot kann die Stelle als Informationsplattform dienen. Darüber hinaus kann die Stelle Betroffene und Angehörige in gesundheitlichen und sozialen Fragen persönlich beraten und Bedarfsabklärungen vornehmen. Die allgemeine Bevölkerung könnte sich somit bei der Stelle informieren oder beraten lassen, wenn sie nicht weiss, wo sie welche Leistungen bekommt, oder welche Versorgung für sie die richtige ist.

Weiter ist es möglich, dass Betroffene von Leistungserbringern direkt an die Beratungsstelle verwiesen werden, um Unterstützung zu erhalten, wenn es zum Beispiel um das Finden eines Heimplatzes oder um soziale Fragestellungen geht. Schliesslich kann die Stelle auch die Fallkoordination in komplexen Patientensituationen übernehmen. Mit diesen umfassenderen Aufgaben würde die Beratungsstelle Arztpraxen, Spitäler, Spitex oder andere Leistungserbringer entlasten, indem sie Fälle übernimmt, geeignete Lösungen findet oder sie an die rich-

tigen Anlaufstellen weitervermittelt. Dies hilft dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Die individuellen Patientenangelegenheiten könnten mit einer solchen Stelle abgeholt und ein koordiniertes Vorgehen sichergestellt werden. Ein weiterer Vorteil wäre, dass die Leistungserbringer eine Anlaufstelle hätten, die gut vernetzt und informiert ist und weiss, wer in welcher Situation der oder die beste Ansprechpartnerin ist.

Die Workshopteilnehmenden schätzten den Nutzen einer Beratungs- und Koordinationsstelle für die Leistungserbringer und die Bevölkerung als sehr hoch und den personellen Aufwand als eher gering ein. Sie sahen eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass diese Lösung erfolgreich in der Praxis umgesetzt werden könnte. Die Stelle sollte jedoch am Anfang eher klein gedacht und ihr Angebot klar definiert werden. Bei Bedarf könnte das Angebotsspektrum erweitert werden. Die Stelle müsste bei allen Leistungserbringern bekannt und für alle sehr niederschwellig zugänglich sein (eine Telefonnummer, gute Erreichbarkeit, sehr gut vernetzte Person). Die Leistungen der Stelle müssten die bestehenden Beratungsangebote ergänzen und dürfte sie nicht konkurrenzieren. Ideal wäre eine räumlich enge Zusammenarbeit mit bestehenden Beratungsangeboten. Die Finanzierung sowie datenschutzrechtliche Vorgaben bei der Weitergabe von Informationen müssten für eine erfolgreiche Umsetzung zwingend geklärt sein. Denkbar wäre es für die Workshopteilnehmenden auch, dass die Stelle weitere Aufgaben übernimmt, welche zu einer integrierten Versorgung beitragen. So könnte die Stelle Arztpraxen bei sozialen Patientenangelegenheiten unterstützen und an gewissen Tagen Sozialberatungen direkt in der Arztpraxis anbieten (vgl. Lösung 2). Schliesslich könnte die Stelle auch Netzwerktreffen organisieren oder eine Netzwerklösung wie das Gesundheitsforum führen (vgl. Lösung 4).

Mögliche Rolle des Kantons:

- Aufbau der Stelle
- Mitfinanzierung der Leistungen

4.4.2 Lösung 2: Sozialarbeit in der Hausarztpraxis und der Spitex (5 Stimmen)

Die Sozialarbeit in Hausarztpraxen oder bei der Spitex ergänzt die interprofessionellen Teams in der Grundversorgung und bietet eine rasche und niederschwellige Beratung bei nicht-medizinischen Fragestellungen. Sozialarbeitende beraten und vernetzen Patientinnen und Patienten bei versicherungsrechtlichen Fragen, finanziellen Anliegen, prekären Wohn- oder Arbeitsplatzsituationen, Familien- oder Beziehungsproblemen, sozialer Isolation, usw. Durch die Nähe zu den Gesundheitsfachpersonen und die kurzen Kommunikationswege kann eine umfassende Betreuung gewährleistet und Ärzteschaft und Pflege massgeblich entlastet werden. Sozialarbeitende können direkt in einer Praxis angestellt sein oder über vertraglich geregelte Zusammenarbeitsmandate mit einer oder mehreren Praxen verfügen. In der Schweiz wurden positive Erfahrungen mit solchen Modellen unlängst in einem zweijährigen Pilotprojekt gesammelt (13).

Die Workshopteilnehmenden schätzten es als teilweise bis sehr wahrscheinlich ein, dass diese Lösung im Kanton erfolgreich umgesetzt werden kann. Voraussetzung dafür ist die ausreichende Finanzierung der Leistungen. Sinnvoll wäre es, die Sozialberatung in der ambulanten Grundversorgung mit einer Beratungs- und Koordinationsstelle zu verbinden (vgl. Lösung 1). Die Sozialarbeiterin könnte bei der Beratungs- und Koordinationsstelle angestellt und zu fixen Terminen in den Arztpraxen oder bei der Spitex anwesend sein (bspw. jeweils an einem fixen Nachmittag pro Monat). So könnten die Termine für die Sozialberatung auf diese Zeiten geplant werden. Idealerweise könnte die Sozialarbeiterin oder der Sozialarbeiter

auch situativ ausserhalb der geregelten Anwesenheiten aufgeboten werden und dringende Fälle an die Beratungs- und Koordinationsstelle weitergeleitet und dort betreut werden.

Mögliche Rolle des Kantons:

- Initiierung eines (Pilot-)Projekts in Absprache mit den Leistungserbringern
- (Mit-)Finanzierung der Leistungen der Sozialarbeit

4.4.3 Lösung 3: Einführung des eMediplans (5 Stimmen)

Die Workshopteilnehmenden sahen einen grossen Bedarf nach einheitlichen Vorgehensweisen im Medikamentenmanagement, da es in diesem Bereich häufig zu Unklarheiten und Fehlern kommt. Die Verordnung, Abgabe und Überwachung der Medikamente erfolgt vor allem in komplexen Patientensituationen meistens durch unterschiedliche Gesundheitsfachpersonen. Entsprechend hoch ist der Informations- und Koordinationsbedarf an den Schnittstellen. Mit der Einführung eines elektronischen Medikationsplans, dem eMediplan, kann die Kommunikation entlang der Behandlungskette optimiert und die Medikationssicherheit erhöht werden. Der eMediplan wurde ab 2013 von einer Interessensgemeinschaft im Thurgau entwickelt und findet mittlerweile breite Anwendung in der ganzen Schweiz (www.emediplan.ch).

Einer Einführung des eMediplans standen die Teilnehmenden grundsätzlich positiv gegenüber. Sie schätzten es als teilweise bis sehr wahrscheinlich ein, dass die Massnahme in der Praxis erfolgreich umgesetzt werden kann. Solange die Einführung einer solchen Lösung jedoch nicht für alle verpflichtend ist, besteht die Gefahr, dass sich nicht alle Leistungserbringer daran beteiligen. Dadurch würde der Nutzen deutlich geschmälert. Zudem wurde angemerkt, dass mit einer solchen Lösung nur an einer kleinen Schraube gedreht würde, statt durch strategische Führung und Netzwerkarbeit die Versorgung gesamthafter zu integrieren. Als Chance wurde es jedoch empfunden, den eMediplan im Rahmen eines Pilotprojekts mit einer Auswahl von Leistungserbringern zu testen. Dadurch könnte die Zusammenarbeit über mehrere Leistungserbringer hinweg an einer kleinen, klar abgegrenzten Lösung ausprobiert werden. Die Erfahrungen im Pilotprojekt könnten als Grundlage für einen späteren Roll-Out im ganzen Kanton genutzt werden.

Mögliche Rolle des Kantons:

- Pilotprojekt initiieren und (mit-)finanzieren
- Übernahme der Kosten, welche die Leistungserbringer haben, um den eMediplan anzuschaffen
- Kommunikation und Information zum Nutzen des eMediplans

4.4.4 Lösung 4: Gesundheitsforum (2 Stimmen)

Eine Netzwerklösung bringt die verschiedenen Leistungserbringer in einem verbindlichen Format zusammen, wobei die einzelnen Organisationen einen hohen Grad an Unabhängigkeit bewahren. In einem solchen Netzwerk können beispielsweise gemeinsame strategische Ziele definiert, Projekte umgesetzt und die verschiedenen Angebote untereinander bekannt gemacht und aufeinander abgestimmt werden. Am Workshop wurde diskutiert, inwiefern eine solche Netzwerklösung in Form eines «Gesundheitsforums» in Appenzell I.Rh. realisierbar wäre. Dieses könnte zum Beispiel als Verein, als Interessensgruppe oder auch als Erfahrungsaustauschgruppe angedacht werden.

Als Beispiel aus der Praxis kann das Altersforum Winterthur genannt werden. Das Altersforum ist ein Zusammenschluss von über 50 Organisationen und Vereinen im Altersbereich der Stadt Winterthur. Der Verein stellt Informationen für die ältere Bevölkerung zu den lokalen Angeboten und Dienstleistungen bereit und organisiert regelmässige Fachtagungen und Vernetzungsanlässe für die im Altersbereich tätigen Fachpersonen und Organisationen (www.altersforum.ch).

Ein Gesundheitsforum bietet aus Sicht der Workshopteilnehmenden die Chance, die Dienstleistungen im Gesundheitswesen mittels einer gemeinsamen strategischen Ausrichtung gesamthaft zu koordinieren und zu führen. Zudem wäre es denkbar, dass das Gesundheitsforum durch die Beratungs- und Koordinationsstelle organisiert wird (vgl. Lösung 1). Jedoch erfordert ein solches Netzwerk ein substanzielles zeitliches und finanzielles Engagement der angeschlossenen Mitglieder, weshalb die Umsetzung in der Praxis nur als teilweise wahrscheinlich eingeschätzt wurde. Es müsste attraktiv sein für die Leistungserbringer, sich in dem Forum zu engagieren. Deshalb sollten die Ziele und der Mehrwert, der mit dem Gesundheitsforum geschaffen werden soll - für die Leistungserbringer wie auch für die Patientinnen und Patienten - vorgängig klar definiert und kommuniziert werden. Als weitere wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung wurde die Berücksichtigung bestehender Netzwerke genannt. Um Doppelspurigkeiten zu vermeiden, bräuchte es eine Auslegeordnung, um zu ermitteln, welche der bestehenden Netzwerke in welchem Ausmass im Gesundheitsforum integriert oder zumindest berücksichtigt werden können.

Rolle des Kantons:

- Teil- oder Anschubfinanzierung
- Initiierung und Moderation des Netzwerks

4.4.5 Lösung 5: Kooperationsvertrag (1 Stimme)

Wie in Kapitel Definition «integrierte Versorgung»^{3.1} beschrieben, kann die Integration auf organisationaler Ebene in unterschiedlicher Intensität erfolgen, von einer losen Kooperation bis hin zu einer Fusion. Ein umfassender Zusammenschluss verschiedener Organisationen - z.B. analog zur RaJoVita Stiftung in Rapperswil-Jona (www.rajovita.ch) - wurde im Workshop als lohnenswert, aber zurzeit nicht realistisch angesehen. Der Kanton hätte zwar die ideale Grösse dazu, aber der fehlende Wille und die Schwierigkeit, verschiedene Organisationsformen unter einem Dach zu fusionieren, wurde als zu grosse Hürde erachtet. Ein solcher Zusammenschluss müsste «von oben» diktiert werden.

Daher stand bei der Diskussion ein vertraglicher Zusammenschluss im Vordergrund. Diese Lösung sieht vor, dass sich verschiedene Organisationen in der Gesundheitsversorgung vertraglich auf eine Zusammenarbeit in gewissen Bereichen einigen. Diese Zusammenarbeit würde z.B. die gemeinsame Ausbildung von Fachkräften, das Festlegen von (standardisierten) Vorgehen an den Schnittstellen oder bei Rundtischgesprächen, einen gemeinsamen Einkauf von Mitteln und Gegenständen, Medikamenten oder Hardware-Produkten oder die Zusammenarbeit in der Kommunikation umfassen.

Die Wahrscheinlichkeit, dass ein solcher Kooperationsvertrag erfolgreich umgesetzt werden kann, wurde als hoch eingeschätzt. Voraussetzung für ein Gelingen wäre, dass die Kompetenzen und die Finanzierung im Zusammenarbeitsvertrag klar geregelt wären. Zudem bräuchte es jemanden, beispielsweise den Kanton, der die Zusammenarbeit anstösst. Schliesslich ist wie bei allen Lösungen die Bereitschaft der Leistungserbringer, als Vertragspartner mitzuwirken, für eine erfolgreiche Umsetzung massgebend.

Mögliche Rolle des Kantons:

- Den Prozess der vertraglichen Zusammenarbeit initiieren, moderieren und finanzieren
- Integrierter Anbieter, indirekt über das kantonale Gesundheitszentrum Appenzell

5 Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

Basierend auf den Erkenntnissen aus der Bedarfsanalyse formuliert der Lenkungsausschuss die folgenden Empfehlungen, um die integrierte Versorgung im Kanton weiter voranzubringen:

Empfehlung 1: Stärkung des Beratungs- und Koordinationsangebots bei bestehenden Leistungserbringern durch verbindliche Absprachen

Der Lenkungsausschuss zieht aus der vorliegenden Analyse den Schluss, dass vor allem im Bereich der Fallkoordination und der Beratung bei sozialen Fragestellungen Handlungsbedarf besteht. Gerade bei komplexen Patientensituationen, die mehrere Berufsgruppen betreffen, braucht es mehr Klarheit darüber, wer die Versorgung mit den anderen Beteiligten koordiniert. Nicht immer scheint klar zu sein, wer primäre Anlaufstelle für Betroffene und/oder Leistungserbringer ist, bei der «die Fäden zusammenlaufen». In Appenzell I.Rh. gibt es verschiedene Organisationen, welche bereits heute Beratungs- und Koordinationsaufgaben übernehmen. Aus Sicht des Lenkungsausschusses ist es daher am zielführendsten, das Angebot bei den bereits bestehenden Organisationen zu stärken und nicht etwas Neues, Zusätzliches aufzubauen. Das Vorhandene soll zu einem gut funktionierenden Netzwerk zusammengeführt und gegebenenfalls mit weiteren spezifischen Angeboten ausgebaut werden. Um dies zu erreichen, müssen verbindliche Absprachen oder Kooperationsvereinbarungen unter den bestehenden Organisationen und Fachstellen angestrebt werden.

Als Beispiel kann das aktuell laufende Projekt «Älter werden in Oberegg» angeführt werden. In diesem Projekt soll unter anderem die Betreuung älterer, zuhause lebender Menschen in Oberegg optimal koordiniert werden. Angedacht ist, dass sich Spitex und Pro Senectute regelmässig über gemeinsame Fälle austauschen und die Zuständigkeiten zusammen festlegen. Stehen pflegerisch-medizinische Themen im Vordergrund, übernimmt die Spitex, bei sozialen Themen hat die Pro Senectute den Lead.

Der Lenkungsausschuss empfiehlt dem Kanton, ein ähnliches Projekt mit den verschiedenen Organisationen aus dem sozial-gesundheitlichen Bereich anzustossen. Da vor allem chronisch und mehrfach erkrankte Personen von einer integrierten Versorgung profitieren, sind insbesondere Spitex und Pro Senectute wichtige Partner. Die Perspektive der Hausärzteschaft als wichtige Anspruchsgruppe und zentrale Ansprechpartnerin der Patientinnen und Patienten darf ebenfalls nicht fehlen.

Ziel des Projekts sollte es sein, dass die Organisationen gemeinsam verbindliche Prozesse vereinbaren, wie sie sich über Fälle mit Koordinations- oder Beratungsbedarf austauschen und festlegen, wer die Verantwortung übernimmt. Die Organisationen stimmen ihre Dienstleistungen aufeinander ab und stellen sicher, dass sie niederschwellig für alle Adressaten bekannt und zugänglich sind. Es ist denkbar, dass nicht alle wichtigen Themen durch das vorhandene Fachwissen oder Personal abgedeckt werden können. In diesem Fall sollte die Möglichkeit bestehen, innerhalb der Organisationen weitere Dienstleistungen, beispielsweise eine Sozialberatung vor Ort in den Arztpraxen, aufzubauen. Somit ist auch eine zusätzliche «Beratungs- und Koordinationsstelle», wie sie in den Workshops angedacht wurde, bei die-

ser Lösung nicht a priori ausgeschlossen, sondern könnte sich aus diesem engen Austausch heraus entwickeln.

Der Vorteil dieser Lösung liegt darin, dass die benötigte Zusammenarbeit in den bestehenden Strukturen ausgebaut und verankert wird. Durch die verbindliche Vereinbarung der Prozesse wird das Angebot verstetigt, weniger personenabhängig und Stellvertretungen bei Abwesenheiten sind gewährleistet.

Empfehlung 2: Initiierung eines «Gesundheitsforums»

Die Bedarfsanalyse hat gezeigt, dass im Kanton nach wie vor das Bedürfnis nach einem Format besteht, in welchem sich die verschiedenen Leistungserbringer kennenlernen, vernetzen und austauschen können. Der Lenkungsausschuss empfiehlt dem Kanton deshalb, ein «Gesundheitsforum» zu initiieren, welches die Leistungserbringer im Gesundheits- und Sozialwesen zusammenbringt und vernetzt. Dieses Forum muss jedoch bestehende Vernetzungsgefässe berücksichtigen und sollte diese nach Möglichkeit unter einem «Dach» zusammenführen. Zu den Aufgaben des Forums kann neben der Netzwerkarbeit auch die Förderung des fachlichen Austausches zählen. So können spezifische Herausforderungen, wie sie in dieser Bedarfsanalyse identifiziert wurden (beispielsweise das Medikamentenmanagement), an einer Fachveranstaltung im Rahmen des Forums aufgenommen, konkrete Lösungen ausgearbeitet und deren Umsetzung, beispielsweise ein Pilotprojekt zur Umsetzung des eMediplans, geplant werden.

6 Literatur

- (1) Kanton Appenzell Innerrhoden. (2021). *Perspektiven 2022-2025. Erlassen durch die Standeskommission am 26. Oktober 2021*. Abgerufen von www.ai.ch/themen/staat-und-recht/veroeffentlichungen/perspektiven
- (2) World Health Organization Regional Office for Europe. (2016). *Integrated care models: an overview*.
- (3) Schussel  Fillettaz, S., Kohler, D., Berchtold, P., & Peytremann-Bridevaux, I. (2017). *Soins intégrés en Suisse. Résultats de la 1re enquête (2015-2016) (Obsan Dossier 57)*. Neuch tel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- (4) Bundesamt für Gesundheit BAG. (2015). *Koordinierte Versorgung für (hoch-)betagte, multimorbide Menschen an den Schnittstellen im Kontext «Spital». Situationsanalyse und Handlungsbedarf*.
- (5) fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung. (2014). *Trendszenarien Integrierte Versorgung Schweiz (Denkstoff N 1)*. Abgerufen von <https://fmc.ch/trendszenarien-integrierte-versorgung/>
- (6) fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung. (2018). *Bund, Kantone und Gemeinden in der Integrierten Versorgung: Rollenszenarien 2026 (Denkstoff N 4)*. Abgerufen von <https://fmc.ch/rollenszenarien-integrierte-versorgung-2026>
- (7) Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK. (2019). *Impulse für die Integrierte Versorgung in den Kantonen: ein Leitfaden*. Abgerufen von www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/integrierte-versorgung
- (8) Schweizerischer Gemeindeverband. (2019). *Erfolgsfaktoren für den Aufbau integrierter Versorgungsmodelle*. Abgerufen von www.chgemeinden.ch/de/politik/gesundheit
- (9) Sima, D., & Rosemann, T. (2015). *Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke. Hintergründe und Schlüsselemente (Obsan Dossier 45)*. Neuch tel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- (10) Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International journal of integrated care*, 13(1). doi:10.5334/ijic.886
- (11) Goodwin, N. (2016). Understanding integrated care. *International Journal of Integrated Care*, 16(4), 1–4. doi:10.5334/ijic.2530
- (12) Martina Schlapbach, M., & Ruffin, R. (2017). *Koordinierte Versorgung für psychisch erkrankte Personen an der Schnittstelle „Akutsomatik – Psychiatrie resp. psychiatrische Klinik“ – Schlussbericht*. Bern: socialdesign ag im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).
- (13) Rüegg, R., Eiler, K., Schüpbach, F., & Gehrlach, C. (2022). *Soziale Arbeit in der Arztpraxis Forschungsbericht*. Abgerufen von www.bfh.ch/soziale-arbeit/de/forschung/referenzprojekte/arztpraxis

Impressum

Herausgeber: Gesundheits- und Sozialdepartement

Redaktion: Andrea Niederhauser, Projektleiterin Gesundheitsamt

Unter Mitwirkung von Irene Kobler, wissenschaftliche Mitarbeiterin Versorgungsforschung, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaft und den Mitgliedern des Lenkungsausschusses:

- Statthalter Monika Rüegg Bless, Vorsteherin Gesundheits- und Sozialdepartement
- Mathias Cajochen, Departementssekretär Gesundheits- und Sozialdepartement und Leiter Gesundheitsamt
- Dr. med. Simon Graf, Leiter Hausarztmedizin, Kantonsspital St.Gallen
- Claudia Loher, Leitung Pflegedienst kantonales Gesundheitszentrum Appenzell
- Flurina Meier, StV Leiterin Versorgungsforschung, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften

Appenzell, Juni 2024

Anhang

Anhang 1: Liste Interviewpartnerinnen und -Partner (alphabetisch)

Dr. med. Fabian Fehr	Hausarzt Oberegg, Präsident Hausärztevereinigung
Astrid Graf Thoma	Sozialarbeiterin, Sozialdienst Spital Herisau
Dr. med. Andreas King	Hausarzt inneres Land
Ursula Neff-Inauen	Mütter-/Väterberatung AI
Thomas Oklé	Leitung, IV-Stelle AI
Gordana Pavlovic	Leitung Pflege und Betreuung, Alpsteeblick
Edi Ritter	Ehem. Geschäftsleiter, Pro Senectute AI
Susanne Tidbury	Geschäftsleitung, Spitex AI
Dr. med. Mirjana Vidakovic	Chefärztin, Psychiatrisches Zentrum AR
Bernadette Vinzent	Präsidentin, Hospiz-Dienst Appenzell

Anhang 2: Liste Workshop-Teilnehmerinnen und Teilnehmer (alphabetisch).

Ingrid Albisser	Sozialarbeiterin, Pro Senectute AI
Birgit Beck	Geschäftsführung, Alterszentrum Gontenbad
Dr. med. Johannes Berger	Psychiater und Psychotherapeut
Brigitte Bühler	Geschäftsleitung, Spitex Vorderland
Andreas Bolzern	Verwaltungsrat, GZAI
Cristina De Biasio Marinello	Founder/Geschäftsleitung, mosa:k
Flurina Dobler	Apothekerin, Rot-Tor Apotheke AG
Ivo Dürr	Co-Leitung, Palliativer Brückendienst, Krebsliga Ostschweiz
Dr. med. Fabian Fehr	Hausarzt, Präsident Hausärztevereinigung Appenzell
Tabea Flotron	Co-Leitung Ergotherapiezentrum SRK beider Appenzell
Andrea Herger	Leitung, Fachstelle Soziale Teilhabe im hohen Alter
Indra Jung	Pflegedienstleitung, Hotel Jakobsbad
Carmen Koch	Teamleitung somatische Spitex, Spitex AI
René Kuster	Geschäftsleiter, Pro Senectute AI
Marlies Manser	Leitung Pflege und Betreuung, Bürgerheim
Dr. med. Andreas Moser	Kantonsarzt, Gesundheits- und Sozialdepartement
Katja Nanzig	Leitung Marketing und Kommunikation, GZAI
Tabea Oberli	Teamleitung psychiatrische Spitex, Spitex AI
Gordana Pavlovic	Leitung Pflege und Betreuung, Alpsteeblick
Yvonne Pfändler	Physiotherapeutin, Vorstand physio St.Gallen-Appenzell
Renate Praxmarer	Co-Leitung, Palliativer Brückendienst, Krebsliga Ostschweiz
Dr. med. Aurelia Rusch	Hausärztin
Jasmin Schirmer	Sozialarbeiterin, Pro Infirmis Beratungsstelle Appenzell
Dr. med. Markus Schmidli	Ärztliche Leitung, GZAI
Cecilia Sousa-Poza	Zentrumsleitung, Genossenschaft Betreutes Wohnen
Bruno Streule	Vorsitzender der Geschäftsleitung, GZAI
Susanne Tidbury	Geschäftsleitung, Spitex AI
Dr. med. Karl-Theo Vinzent	Hausarzt