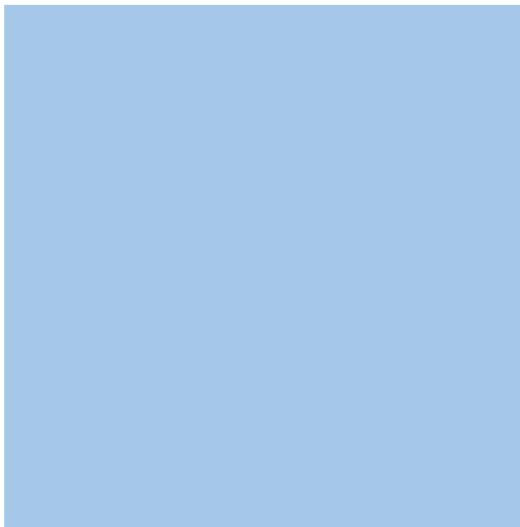


Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012



Vorwort



Gesundheitsbericht 2012 - ein Meilenstein für die Gesundheitspolitik in Appenzell Ausserrhoden

Geschätzte Leserinnen und Leser

Mit dem neuen Gesundheitsgesetz wurde der Regierungsrat im Jahr 2008 beauftragt, die Gesundheitspolitik zu planen und dem Kantonsrat innerhalb von vier Jahren einen Gesundheitsbericht vorzulegen. 2010 konnten mit dem Bericht «Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden - Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007» erstmals belegbare Aussagen zum gesundheitlichen Wohlbefinden der Bevölkerung gemacht werden. Dieser Bericht bildete das erste Element einer umfassenden Gesundheitsberichterstattung und gab Auskunft über Gesundheitszustand, gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen sowie weitere gesundheitsrelevante Faktoren. Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung zeigten ein mehrheitlich positives Bild, wiesen aber auch auf Problembereiche hin. Eine gezielte Massnahmenplanung hat der Regierungsrat in der Zwischenzeit an die Hand genommen.

Gut vier Jahre nach Inkraftsetzung des Gesetzes liegt nun das zweite Element einer umfassenden Gesundheitsberichterstattung vor: Der Gesundheitsbericht 2012 stellt die Gesundheit in einen grösseren Kontext und betont den engen Zusammenhang von Gesundheit und sozialer Lage. Er knüpft am Bericht von 2010 an und fasst dessen wichtigste Ergebnisse zur Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden zusammen. Neu und im Detail beleuchtet werden die Gesundheitsversorgung und die Gesundheitsförderung und Prävention in Appenzell Ausserrhoden. Jedes Gesundheitswesen ist so gut wie sein Personal: Der Gesundheitsbericht 2012 würdigt das interdisziplinäre Zusammenwirken des Fachpersonals im Gesundheitswesen sowie die grossen Leistungen pflegender Angehöriger im Bereich der ambulanten Versorgung. Trotz zum Teil schwieriger Datenlage macht der Bericht differenzierte Aussagen zur Finanzierung des Appenzell Ausserrhoder Gesundheitswesens.

Im Gesundheitsbericht 2012 sind Stärken und Schwächen des Gesundheitswesens sowie langfristige Trends deutlich herausgearbeitet. So stellt beispielsweise die demografische Entwicklung das Gesundheitswesen vor vielfältige Herausforderungen. Die Bevölkerung in Appenzell Ausserrhoden wird älter, das heisst: Es braucht eine Überprüfung bezüglich Bedarf und Bedürfnisse der älteren Bevölkerung mit Blick auf ein längeres Leben bei möglichst guter Gesundheit. Gesundheitsförderung und Prävention sind zielgruppengerecht auszugestalten. Die stationäre Notfallversorgung für ältere Patientinnen und Patienten ist zu überdenken. Mit dem zur Demografie parallel verlaufenden Trend einer Zunahme chronischer Erkrankungen ist der Pflegebereich stationär und ambulant stark gefordert. Gleichzeitig zeichnet sich ein Personalengpass ab, der weitere Herausforderungen mit sich bringt.

Ein Meilenstein für eine zukunftsfähige Gesundheitspolitik ist erreicht: Mit den Ergebnissen aus der Gesundheitsbefragung und dem vorliegenden Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012 verfügt der Kanton nun erstmals über ein Instrument für die Steuerung und Planung der Gesundheitsversorgung sowie der Gesundheitsförderung und Prävention. Denn die Voraussetzung für eine vorausschauende Gesundheitspolitik ist das Wissen um den Gesundheitszustand und um die Gesundheitsversorgung im Kanton. Der Regierungsrat hat sich mit den gesundheitspolitischen Herausforderungen auseinandergesetzt und vierzehn strategische Positionen verabschiedet. Sie bilden die Grundlage für die Massnahmenplanung, die ebenfalls im Bericht abgebildet ist.

Gesundheit ist eines unserer wichtigsten Güter. Der Regierungsrat von Appenzell Ausserrhoden trägt dieser Tatsache Rechnung. Gestützt auf Verfassung und Gesetz schafft er die politischen Rahmenbedingungen, um die Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung mit einer guten Qualität und zu vernünftigen Kosten zu erhalten und weiterzuentwickeln. Das Arbeitsinstrument hierfür ist Gesundheitsberichterstattung. Weil sich das Gesundheitswesen permanent wandelt, wird sie periodisch fortgeschrieben. Damit kann die Gesundheitspolitik von Appenzell Ausserrhoden künftig auf veränderten Handlungsbedarf frühzeitig und proaktiv reagieren.



Dr. Matthias Weishaupt
Regierungsrat

Gesundheitsbericht 2012: Das Wichtigste in Kürze

1 Gesundheit im Kontext

Grundlagen und thematische Ausrichtung des Gesundheitsberichtes

Nachdem im Bericht von 2010¹ der Gesundheitszustand in Appenzell Ausserrhoden mit den wichtigsten Einflussfaktoren im Zentrum stand, wird im Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012 (im Folgenden Gesundheitsbericht 2012) das Gesundheitswesen im Kanton erstmals in umfassender Weise dargestellt. Damit erfüllt die Gesundheitsberichterstattung, bestehend aus dem Bericht zur Gesundheit im Kanton von 2010 sowie dem vorliegenden Bericht, den gesetzlichen Auftrag gemäss dem total revidierten Gesundheitsgesetz (Inkraftsetzung: 1.1.2008): Ziele und Grundsätze der Gesundheitspolitik sind ausgeführt und eine vollständige Übersicht zur Koordinierung der Tätigkeiten in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens steht zur Verfügung. Dem gesetzlichen Auftrag, die Qualität und Wirksamkeit der erbrachten Leistungen hinsichtlich der Gesundheitsbedürfnisse und der Ziele der Gesundheitspolitik darzustellen, vermag der Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012 noch nicht nachzukommen: Die dazu erforderlichen Daten wurden bislang nicht erfasst. Die Erhebung von Qualitätsdaten ist nun aber in die Wege geleitet, so dass in den Folgeberichten das Thema Evaluation aufgenommen werden kann.

Der Gesundheitsbericht 2012 schöpft seine vielfältigen Informationen aus einer Fülle von Datenquellen. Neu wurden für den Bericht zuvor nicht vorhandene kantonale Daten zur quantitativen und fachlichen Zusammensetzung der verschiedenen Berufsgruppen von Gesundheitsfachpersonen erhoben. Entstanden ist ein differenziertes Bild der Leistungen für Gesundheitsversorgung sowie Gesundheitsförderung und Prävention in Appenzell Ausserrhoden.

Aus einer Gesamtschau werden die verschiedenen Bereiche des Gesundheitswesens beleuchtet: Die Gesundheitsversorgung sowie die Gesundheitsförderung und Prävention. Bei der Gesundheitsversorgung wird unterschieden zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich. Querschnitt-Themen, die sowohl die ambulante wie die stationäre Versorgung betreffen, werden bereichsübergreifend abgehandelt. Dies gilt auch für die Ausführungen zur Finanzierung und Kostenentwicklung im kantonalen Gesundheitswesen. In jedem Kapitel werden aktuelle und langfristige Trends aufgegriffen. In den strategischen Positionen sind die politischen Antworten des Regierungsrats auf die Herausforderungen formuliert. Die Massnahmenplanung stellt für jeden Bereich dar, wie in Appenzell Ausserrhoden diese Aufgaben gemeistert werden sollen. Ihrer gesundheitspolitischen Bedeutung entsprechend, sind die strategischen Positionen des Regierungsrates und die Massnahmenplanung in einer Übersicht zu Beginn des Berichts zusammengestellt.

Entwicklungen und Zusammenhänge im Gesundheitswesen

Gesundheit und soziale Lage stehen zueinander in einer engen Wechselwirkung - dieser Zusammenhang wurde in den letzten Jahren in zahlreichen Studien belegt: Geringe Bildung und mangelhafte Arbeitsmarktfähigkeit können zu tiefen Einkommen oder Erwerbslosigkeit führen. Arbeitslosigkeit und Einkommensschwäche wiederum können die Gesundheit beeinträchtigen. Gesundheitliche Probleme, seien sie körperlicher oder psychischer Art, schmä-

¹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium et al., 2010: Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden - Ergebnisse aus der Gesundheitsbefragung 2007

lern die Chancen für eine gelingende berufliche und soziale Integration - ganz besonders, wenn sie lange andauern. Die Gesundheitsrisiken sind ungleich verteilt: Sozial Schwächere tragen ein grösseres Risiko, krank zu werden, und sie sterben früher.

Die Qualität des Gesundheitswesens hängt ganz wesentlich ab von gut ausgebildetem Fachpersonal in ausreichender Anzahl. Der sich abzeichnende Personalengpass bringt zwei Herausforderungen mit sich: Die gute Position im mittlerweile internationalen Rekrutierungswettbewerb ist durch attraktive Arbeitsbedingungen zu verteidigen - gleichzeitig ist die damit verbundene Kostensteigerung verkraftbar zu halten. Daneben hat die Ausbildung von mehr ärztlichem und nicht-ärztlichem Fachpersonal in der Schweiz erste Priorität. Bei der Ausbildung und Beschäftigung im Gesundheitswesen gilt es, gewandelten Lebens- und Arbeitsformen sowie geschlechtsspezifischen Aspekten Rechnung zu tragen. So ist beispielsweise nach Wegen zu suchen, um den zusätzlichen Mangel an Personalressourcen zu decken, der sich aus der Zunahme von Teilzeit-Arbeitsverhältnissen ergibt.

Das Gesundheitswesen ist von hoher volkswirtschaftlicher, finanzieller und damit politischer Bedeutung. Die Finanzierung des Gesundheitswesens ist äusserst komplex: Welche Akteure tragen welche Kosten wofür? Der Gesundheitsbericht 2012 nennt die Zahlen: Der Staat beteiligte sich 2009 mit rund 30 % an den Gesundheitskosten, die privaten Haushalte trugen rund zwei Drittel an die Finanzierung bei, und zwar durch Krankenkassenprämien und sogenannte «Out of Pocket»-Beiträge, das heisst Leistungen, die nicht rückvergütet werden.

Das Gesundheitswesen ist dauernd in Bewegung: Auf der Ebene der Gesetzgebung und in Bezug auf diverse langfristige Trends, die in ihrem Zusammenwirken die Dynamik und den Handlungsdruck erhöhen. Appenzell Ausserrhoden kann diese Megatrends nicht steuern, aber der Kanton kann vorausschauend reagieren, unter anderem in der Zusammenarbeit mit anderen Kantonen. Welche Entwicklungen sind zu verzeichnen? Der Gesundheitsbericht 2012 gibt einen Überblick: Die Bevölkerung in Appenzell Ausserrhoden wird älter; chronische Erkrankungen treten immer häufiger auf; die Leistungsanbieter des Gesundheitswesens schliessen sich vermehrt zusammen; es werden laufend neue Behandlungsmöglichkeiten entwickelt; die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen nimmt zu; die Spitzenmedizin spielt eine Rolle im interkantonalen Standortwettbewerb; die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention und deren langfristiges Sparpotenzial werden zunehmend anerkannt; die Ursachen für Kostensteigerungen sind komplex, wirksame Gegenmassnahmen sind indessen noch wenig erprobt; dem Wachstumsmarkt Gesundheitswesen fehlt es zunehmend an Personal.

Was tut die öffentliche Hand, um den langfristigen Trends zu begegnen? Der Gesundheitsbericht 2012 nennt die wichtigsten nationalen Projekte und informiert über gesundheitspolitische Zuständigkeiten von Kantonen und Gemeinden.

Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden: Ausgangslage

Der Gesundheitsbericht 2012 fasst die wichtigsten Ergebnisse der Gesundheitsbefragung von 2007² sowie weiterer Studien zusammen: Gesundheitliche Beschwerden sind in Appenzell Ausserrhoden trotz gesundheitlichem Wohlbefinden häufig. Gut ein Sechstel der Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung ist psychisch mittel bis stark belastet. Herz- und Kreislaufkrankheiten sind gefolgt von Krebserkrankungen häufigste Todesursachen. Fast 37 % der Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung sind übergewichtig. Der Tabak-, Alkohol- und Medikamentenkonsum unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern. Je ein Drittel der Erwerbstätigen leidet unter hoher körperlicher bzw. psychischer Belastung am Arbeitsplatz. Die Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung lässt eher weniger Vorsorgeuntersuchungen machen als die

² Schweizerisches Gesundheitsobservatorium et al., 2010

schweizerische Bevölkerung. Generell sind deutlich weniger Arztkonsultationen und ein im Vergleich niedriger liegender Durchimpfungsgrad zu verzeichnen. Die Gesundheitskosten sind im gesamtschweizerischen Vergleich unterdurchschnittlich, hingegen ist die Kostenzunahme gross.

2 Gesundheitsversorgung: Fakten, Herausforderungen und Positionen

Gesundheitsversorgung als interdisziplinäres Leistungsangebot

Der Gesundheitsbericht 2012 unterscheidet zwischen der ambulanten und der stationären Gesundheitsversorgung. Die ambulante Gesundheitsversorgung ist in Appenzell Ausserrhoden als interdisziplinäres Leistungsangebot ausgestaltet, das von Gesundheitsfachpersonen diverser Fachrichtungen erbracht wird. Die ambulante und die stationäre medizinische Versorgung erfolgen kantonsübergreifend. Das heisst ausserkantonale wohnhafte Patientinnen und Patienten lassen sich in Appenzell Ausserrhoden behandeln; gleichzeitig suchen Ausserrhoder Patientinnen und Patienten in den Nachbarkantonen medizinische Behandlung. In sämtlichen Ausserrhoder Gemeinden sind Fachpersonen mit registrierten Gesundheitsberufen tätig. Die fachliche Vielfalt ist in den drei Zentren Heiden, Teufen und Herisau am grössten.

Ambulante Gesundheitsversorgung

Zahlreiche verschiedene Berufsgruppen gewährleisten die ambulante Gesundheitsversorgung in den ärztlichen Bereichen Somatik und Psychiatrie sowie in den nicht-ärztlichen Bereichen Psychologie, Pflege sowie heilpraktische und weitere ambulante Angebote. Der Gesundheitsbericht 2012 beschreibt deren Leistungen und zeigt die geografische Verteilung im Kanton. Pflegende Angehörige erbringen in der ambulanten Gesundheitsversorgung grosse Leistungen - diese sind speziell gewürdigt.

In der ambulanten Gesundheitsversorgung sind diverse Herausforderungen bereits aktuell oder noch zu erwarten: Die Zahl der Hausärztinnen und Hausärzte nimmt ab - damit ist nicht nur die Grundversorgung, sondern auch die Notfallversorgung gefährdet. Eine Unterversorgung in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie zeichnet sich ab. Es mangelt an psychiatrischen Tagesstrukturen im Kanton. Durch die Konzentration der Leistungsanbieter drohen ländliche Gebiete künftig vermehrt ohne Arztpraxis zu verbleiben. Es wird sich weisen, ob ein Ausbau ambulanter Kapazitäten an den Spitälern die dezentralen Arztpraxen konkurrenziert. Die freie Arztwahl bedingt eine Optimierung der Zusammenarbeit. Mit der Einführung der Fallpauschalen, die zu kürzeren stationären Aufenthalten führen, sind die Leistungen der spitalexternen Hilfe und Pflege vermehrt gefragt.

Mit seinen strategischen Positionen sowie der Massnahmenplanung begegnet der Regierungsrat diesen Herausforderungen: «Ambulant vor stationär» (Strategische Position 1); «Dezentrale ambulante Grundversorgung» (Strategische Position 2); «Interprofessionelle Grundversorgung» (Strategische Position 3) sowie «Anerkennung der Leistungen von pflegenden Angehörigen» (Strategische Position 4). Die Massnahmenplanung umfasst erstens mit dem Ärztelefon eine einheitliche Telefonnummer für Notfälle; zweitens die ambulante Notfallversorgung; drittens das Psychiatriekonzept Appenzell Ausserrhoden mit Fokus auf dem Ausbau der ambulanten Versorgung; viertens die Optimierung der ambulanten spitalexternen Versorgung mit Spitalexentwicklung und -regionalisierung; fünftens das Monitoring der ambulanten Versorgung in Appenzell Ausserrhoden; sechstens die Unterstützung von pflegenden Angehörigen mit einer Zentralen Anlaufstelle.

Stationäre Gesundheitsversorgung

Die Umsetzung von Revisionen der Bundesgesetzgebung erfordert Anpassungen in Planung und Ausgestaltung der stationären Gesundheitsversorgung. Die wichtigsten Neuerungen im revidierten Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) betreffen die Spitalfinanzierung und die Spitalplanung. Auf der Spitalliste von Appenzell Ausserrhoden sind die öffentlichen und privaten Einrichtungen im Kanton aufgeführt wie auch die ausserkantonalen Angebote, die zur Deckung des Bedarfs beitragen. Leistungsaufträge definieren die medizinischen Leistungen der in der Spitalliste aufgeführten Institutionen für die Wohnbevölkerung. Die Planung der hochspezialisierten Medizin findet künftig zentral auf nationaler Ebene statt.

Appenzell Ausserrhoden verfügt über ein umfangreiches stationäres Versorgungsangebot. Dieses ist unter Einbezug der ausserkantonalen Leistungserbringer im Gesundheitsbericht 2012 beschrieben in den Bereichen Somatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Pflege. Die Grundversorgung wird in erster Linie durch den Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (SVAR) sichergestellt. Die privaten Kliniken sind auf ausgewählte Eingriffe und Behandlungen spezialisiert. Die Patientenwanderung zwischen den Kantonen ist in Appenzell Ausserrhoden schweizweit am grössten. Dies gilt für beide Richtungen, wobei der Beliebtheitsgrad der Ausserrhoder Spitäler und Kliniken gross ist: So waren 2010 mehr als die Hälfte der stationär behandelten Patientinnen und Patienten Personen mit Wohnsitz in anderen Kantonen.

Auch im stationären Bereich beleuchtet der Gesundheitsbericht aktuelle und künftige Herausforderungen: Trotz kürzerer Aufenthaltsdauer wird der Bedarf an stationären Versorgungsplätzen mit der älter werdenden Bevölkerung ansteigen. Auch die stationäre Notfallversorgung gerät mit der demografischen Entwicklung unter Druck. Die Sicherstellung der stationären Gesundheitsversorgung wird vermehrt interkantonale Zusammenarbeit in der Spitalplanung erfordern. Mit der neuen Spitalfinanzierung haben sich die Spitäler seit Anfang 2012 diversen neuen Anforderungen zu stellen, um sich am Gesundheitsmarkt behaupten zu können. Unter anderem haben sie sich aktiv an der Ausbildung von Fachpersonal zu beteiligen, um drohenden Personalengpässen entgegenzuwirken.

Wie begegnet der Regierungsrat diesen Herausforderungen? Mit der Umwandlung des Spitalverbunds in eine selbstständige öffentlich-rechtliche Anstalt per Anfang 2012 kann der Regierungsrat die stationäre Gesundheitsversorgung neu durch einen gezielten Leistungseinkauf garantieren. Die Ergebnisse werden zu gegebener Zeit auszuwerten sein. Für die stationäre Versorgung hat der Regierungsrat folgende strategische Positionen formuliert: «Sicherung der kantonalen stationären Grundversorgung» (Strategische Position 5); «Zusammenarbeit mit den Ostschweizer Kantonen im Bereich der stationären Psychiatrie» (Strategische Position 6) sowie «Sicherung der kostengünstigen und qualitativ guten Versorgung mit Pflegeheimplätzen» (Strategische Position 7). Die Massnahmenplanung im stationären Bereich umfasst unter anderem die Schaffung eines gemeinsamen Spitalverbunds Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden sowie die Koordination in der stationären psychiatrischen Versorgung mit den Ostschweizer Standortkantonen.

Weitere Herausforderungen im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen ist auch in den sogenannten Querschnitt-Themen gefordert, die sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich von Bedeutung sind. Während die Weiterbildung des Gesundheitspersonals weitgehend von Berufsverbänden und Arbeitgebern übernommen wird, wird es entscheidend sein, rechtzeitig den benötigten Berufsnachwuchs ausbilden zu können. Der Gesundheitsbericht 2012 nennt diverse Gründe für grössere Anstrengungen in der Ausbildung. Die strategische Position des Regierungsrates lautet denn auch «Förderung der Ausbildung» (Strategische Position 8). Die Massnahmenplanung sieht in diesem Bereich vor: Mitfinanzierung von ärztlichen Praxisassistentenstellen sowie Monitoring der Gesundheitsfachpersonen in Ausbildung.

Die demografische Entwicklung erfordert Anstrengungen in der geriatrischen Versorgung. Die strategische Position des Regierungsrates dazu: «Bedürfnisgerechte medizinische Versorgung im Alter» (Strategische Position 9). Dazu wird ein Geriatriekonzept Appenzell Ausserrhoden entwickelt. Mit der Zunahme chronischer Krankheiten erhält auch Palliative Care wachsende Bedeutung. Die strategische Position des Regierungsrates für eine angemessene Linderung der Leiden unheilbar kranker Menschen im letzten Lebensabschnitt lautet: «Würdevolles Sterben» (Strategische Position 10). Dazu wird die Nationale Strategie Palliative Care auch in Appenzell Ausserrhoden umgesetzt.

3 Gesundheitsförderung und Prävention: Fakten, Herausforderungen und Positionen

Gesundheitsförderung und Prävention in Appenzell Ausserrhoden ergänzen die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung im Sinne einer vorausschauenden nachhaltigen Gesundheitspolitik. Der Gesundheitsbericht 2012 informiert über die rechtlichen Grundlagen und klärt die Begriffe. Des Weiteren beschreibt er die Gesundheitsförderung und Prävention bei chronischen und nicht übertragbaren Krankheiten sowie bei Infektionskrankheiten. Erstmals liegt nun auch eine Übersicht über die Institutionen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention vor. Die Vielfalt von Zielgruppen, Themen und Handlungsfeldern in diesem Bereich des Gesundheitswesens ist gross und spiegelt sich in der Zahl der kantonalen sowie überkantonalen und privaten Leistungsanbieter. Dies zeigt sich in der Beschreibung ausgewählter Institutionen. Wichtige Beiträge leisten auch zahlreiche weitere Institutionen, deren Kerngeschäft nicht direkt im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention liegt. Hier verändert sich das Angebot laufend und es wird weiterentwickelt, weshalb die Aufzählung im Gesundheitsbericht 2012 nicht abschliessend sein kann.

Neben dem individuellen Lebensstil beeinflussen zahlreiche weitere Faktoren Gesundheit und Gesundheitsrisiken der Bevölkerung: Bildung, soziale Lage, Wohnsituation, Umwelt und andere mehr. Deshalb fördert der Regierungsrat das Wissen um die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Lebensverhältnissen sowie um die langfristig kostendämpfende Wirkung von Gesundheitsförderung und Prävention. Die strategischen Positionen hierzu lauten: «Gesundheitsförderung und Prävention werden umfassend verstanden» (Strategische Position 11); «Gesundheitsförderung und Prävention wirken langfristig kostendämpfend, nicht nur im Gesundheitswesen» (Strategische Position 12). Des Weiteren unterstützt der Regierungsrat die Bestrebungen des Bundes und der WHO, mit Erreichung der Impfziele unter Wahrung der Freiwilligkeit ansteckende Krankheiten möglichst zu eliminieren: «Impfungen werden als wirksamer Schutz vor Krankheiten wahrgenommen.» (Strategische Position 13). Die Massnahmenplanung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention in Appenzell Ausserrhoden sieht vor: Umsetzung «Aktionsplan Alkohol/Tabak/Cannabis 2009-2013» und Weiterführung «Aktionsplan 2014-2018»; Erarbeitung und Umsetzung Projekt «Gesundes Körpergewicht»; Fortsetzung der Schulärztlichen und Schulzahnärztlichen Untersuchungen sowie der Zahnprophylaxe; HPV Impfprogramm (Humane Papillomaviren; Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs); Förderung von Früherkennung und Behandlung psychischer Erkrankungen in Folge des Ausserrhoder Bündnis gegen Depression 2007-2011 im interkantonalen Ostschweizer Forum für psychische Gesundheit sowie Projekt «Zwäg ins Alter» zur Unterstützung von Seniorinnen und Senioren bei der Erhaltung ihrer Gesundheit.

4 Finanzierung: Fakten und Trends

Der Gesundheitsbericht 2012 macht Möglichkeiten und Grenzen deutlich, was die Erhebung, Auswertung und Interpretation von Daten zur Finanzierung des Gesundheitswesens in Appenzell Ausserrhoden betrifft: Die Finanzflüsse sind komplex, Daten werden von diversen Stellen erfasst und sind nur bedingt vergleichbar, zum Teil sind den Indikatoren unterschiedliche Definitionen zugrunde gelegt. Deshalb ist die Interpretation der Daten nicht immer eindeutig. Ungeachtet dieser Vorbehalte zeigt der Gesundheitsbericht 2012 auf, dass bezüglich Finanzierung der Gesundheitskosten auf nationaler Ebene die privaten Haushalte den grössten Anteil der Finanzierung tragen und die Kantone den grössten Anteil im Vergleich von Bund, Kantonen und Gemeinden.

Erstmals liegt mit dem Gesundheitsbericht 2012 auch eine differenzierte Übersicht über die Gesundheitskosten in Appenzell Ausserrhoden vor. Die Zahlen sind im Zeitverlauf von 2007-2011 ausgewiesen und unterscheiden zwischen funktionaler Gliederung (unter Einbezug der gesundheitsrelevanten Ausgaben anderer Politikbereiche wie z.B. Bildung und Sicherheit) und institutioneller Gliederung (Aufwand des Departements Gesundheit). Dargestellt ist der Aufwand für Gesundheitskosten im ambulanten und stationären Bereich sowie im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Darüber hinaus gibt der Gesundheitsbericht 2012 Auskunft über die Kosten der Verwaltung und den übrigen Aufwand inklusive individueller Prämienverbilligung sowie die Gesundheitskosten der Gemeinden. Massgeblich beeinflusst wird der Aufwand für Gesundheitskosten in Appenzell Ausserrhoden auch durch die Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Ein enger Zusammenhang zwischen dieser Entwicklung und den kantonalen Gesundheitskosten ist evident und im Bericht unter Berücksichtigung verschiedener Prämien- und Versicherungsmodelle differenziert ausgewiesen.

Der Aufwand für den Bereich Gesundheit wird nur noch von den Aufwendungen für die Soziale Wohlfahrt und die Bildung übertroffen. Rasche und tiefgreifende Veränderungen im Gesundheitswesen auf Bundesebene beeinflussen den Kantonshaushalt massgeblich. Es ist zu erwarten, dass die Gesundheitskosten weiterhin ansteigen. Sie belasten zunehmend auch die Haushalte des Mittelstands, die keine Anspruchsberechtigung auf individuelle Prämienverbilligung haben. Vor diesem Hintergrund wird Appenzell Ausserrhoden im Rahmen seiner Kompetenzen das Ziel der Kostenbegrenzung bei gleichzeitiger Gewährleistung der Gesundheitsversorgung weiterverfolgen. Die strategische Position des Regierungsrates lautet: «Aktive und verantwortungsvolle Einflussnahme auf Kostensteigerungen im Gesundheitswesen» (Strategische Position 14). In der Massnahmenplanung werden Kosteneinsparungen nur dann realisiert, wenn sie nicht zum Nachteil von Gemeinden, anderer Kantone, des Bundes oder von Drittstaaten ausfallen. Allfällige negative Auswirkungen kostendämpfender Massnahmen auf die Bevölkerung sollen möglichst gerecht verteilt werden.

Inhaltsübersicht

Vorwort	3
Gesundheitsbericht 2012: Das Wichtigste in Kürze	5
Inhaltsübersicht	11
Inhaltsverzeichnis	12
Strategische Positionen des Regierungsrates im Überblick	18
Übersicht der laufenden und geplanten Massnahmen und Projekte im Gesundheitswesen	20
Kapitel I	
Gesundheit im Kontext	22
1 Grundlagen des Gesundheitsberichts 2012	22
2 Entwicklungen und Zusammenhänge im Gesundheitswesen	26
3 Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden: Ausgangslage	37
Kapitel II	
Gesundheitsversorgung: Fakten, Herausforderungen und Positionen	50
4 Grundversorgung als interdisziplinäres Leistungsangebot	50
5 Ambulante Gesundheitsversorgung	52
6 Stationäre Gesundheitsversorgung	77
7 Weitere Herausforderungen im Gesundheitswesen	112
Kapitel III	
Gesundheitsförderung und Prävention: Fakten, Herausforderungen und Positionen	120
8 Gesundheitsförderung und Prävention in Appenzell Ausserrhoden	120
Kapitel IV	
Finanzierung: Fakten und Trends	138
9 Finanzielle Aspekte des Gesundheitswesens	138
Kapitel V	
Anhänge	162
10 Gesetzliche Grundlagen des Gesundheitsberichts	162
11 Glossar	163
12 Abkürzungsverzeichnis	164
13 Abbildungsverzeichnis	165
14 Tabellenverzeichnis	168
15 Literaturverzeichnis	169

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
GGesundheitsbericht 2012: Das Wichtigste in Kürze	5
Inhaltsübersicht	11
Inhaltsverzeichnis	12
Strategische Positionen des Regierungsrates im Überblick	18
Übersicht der laufenden und geplanten Massnahmen und Projekte im Gesundheitswesen	20
Kapitel I	
Gesundheit im Kontext	22
1 Grundlagen des Gesundheitsberichts 2012	22
1.1 Gesetzlicher Auftrag und politischer Prozess	22
1.2 Thematische Ausrichtung	23
1.3 Datenlage	24
2 Entwicklungen und Zusammenhänge im Gesundheitswesen	26
2.1 Bildungs- und sozialpolitische Zusammenhänge	26
2.2 Ausbildung und Beschäftigung	26
2.3 Geschlechterspezifische Aspekte	28
2.4 Volkswirtschaftliche und finanzielle Bedeutung	29
2.5 Langfristige Trends im Gesundheitswesen	31
2.5.1 Demografische Entwicklung	31
2.5.2 Zunahme der Zahl chronischer Erkrankungen	32
2.5.3 Konzentration der Leistungsanbieter	33
2.5.4 Technologischer und medizinischer Fortschritt	33
2.5.5 Zunehmende Bedeutung der Prävention	33
2.5.6 Anhaltende Kostensteigerungen	33
2.5.7 Verknappung personeller Ressourcen	34
2.6 Entwicklungen auf Ebene Bund	34
2.7 Entwicklungen auf Ebene Kanton	36
2.8 Entwicklungen auf Ebene Gemeinden	36
3 Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden: Ausgangslage	37
3.1 Demografie	37
3.1.1 Bevölkerungsentwicklung in Appenzell Ausserrhoden	37
3.1.2 Altersstruktur in Appenzell Ausserrhoden	38
3.2 Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 und anderer Studien	39
3.2.1 Allgemeine körperliche und psychische Gesundheit	39
3.2.2 Spezifische Erkrankungen	41
3.2.2.1 Tumorerkrankungen	41
3.2.2.2 Herz-Kreislauf-Erkrankungen	41
3.2.2.3 Sterbefälle aufgrund von Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen	42
3.2.2.4 Infektionskrankheiten	42
3.2.3 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen	43
3.2.4 Nachfrage nach ärztlichen Leistungen	43

Strategische Positionen des Regierungsrates im Überblick

Strategische Position 1: «Ambulant vor stationär»

→ Seite 72

Der Regierungsrat unterstützt den Grundsatz «ambulant vor stationär», ohne die Wichtigkeit der stationären Versorgung für das Gesundheitswesen zu verkennen.

Strategische Position 2: «Dezentrale ambulante Grundversorgung»

→ Seite 72

Der Regierungsrat unterstützt eine dezentrale medizinische und pflegerische Grundversorgung. Topografie und Besiedlung des Kantons erfordern Standorte der Grundversorgung in der Nähe oder direkt am Wohnort von Patientinnen und Patienten.

Strategische Position 3: «Interprofessionelle Grundversorgung»

→ Seite 73

Der Regierungsrat unterstützt eine interprofessionelle Zusammenarbeit zum Wohle der Patientinnen und Patienten. Denn er ist überzeugt, dass in einem gut funktionierenden Gesundheitssystem alle Gesundheitsfachpersonen ihre spezifische Rolle haben.

Strategische Position 4: «Anerkennung der Leistungen von pflegenden Angehörigen»

→ Seite 73

Der Regierungsrat anerkennt die Bedeutung der familiären Leistungen bei der Pflege und Betreuung im privaten Umfeld. Er prüft Massnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Angehörigenpflege.

Strategische Position 5: «Sicherung der kantonalen stationären Grundversorgung»

→ Seite 109

Der Regierungsrat will eine kantonale Autonomie bei der stationären Grundversorgung beibehalten. Er beteiligt sich als Eigentümer an der stationären Infrastruktur und fördert interkantonale Kooperationen.

Strategische Position 6: «Zusammenarbeit mit den Ostschweizer Kantonen im Bereich der stationären Psychiatrie»

→ Seite 110

Der Regierungsrat prüft eine Zusammenarbeit mit den umliegenden Kantonen Appenzell Innerrhoden, Glarus, St. Gallen und Thurgau in der stationären Psychiatrie.

Strategische Position 7: «Sicherung der kostengünstigen und qualitativ guten Versorgung mit Pflegeheimplätzen»

→ Seite 110

Der Regierungsrat ist bestrebt, die kostengünstige und qualitativ gute Versorgung mit Pflegeheimplätzen zu erhalten.

Strategische Position 8: «Förderung der Ausbildung»

→ Seite 113

Der Regierungsrat hält die Ausbildung von genügend Fachpersonen durch die Leistungserbringer für eine zentrale Voraussetzung, um die medizinische, pflegerische und therapeutische Grundversorgung sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich zu

sichern. Er beobachtet die Berufsverbände und Institutionen bei der Umsetzung ihres Ausbildungsauftrags und behält sich Massnahmen vor.

Strategische Position 9: «Bedürfnisgerechte medizinische Versorgung im Alter»

→ Seite 116

Der Regierungsrat will das medizinische Angebot besser auf die Bedürfnisse der älteren Menschen abstimmen und die Versorgung auf die demografische Alterung im Kanton ausrichten.

Strategische Position 10: «Würdevolles Sterben»

→ Seite 118

Der Regierungsrat unterstützt die Bestrebungen, für Patientinnen und Patienten den letzten Weg vor dem Tod nach Möglichkeit angst- und schmerzfrei sowie würdevoll zu gestalten. Er fördert die Dienstleistungen von Palliative Care.

Strategische Position 11: «Gesundheitsförderung und Prävention wird umfassend verstanden»

→ Seite 129

Der Regierungsrat fördert das Wissen um die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und den Lebensverhältnissen einzelner Menschen oder bestimmter Bevölkerungsgruppen. Er berücksichtigt den Aspekt der Gesundheit in allen relevanten Politikbereichen: Gesundheit, Bildung, Soziales und Umwelt.

Strategische Position 12: «Gesundheitsförderung und Prävention wirken langfristig kostendämpfend, nicht nur im Gesundheitswesen»

→ Seite 130

Der Regierungsrat ist überzeugt, dass Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention langfristig helfen, Gesundheitskosten zu verringern. Prävention wird deshalb auch zur Kostensteuerung eingesetzt.

Strategische Position 13: «Impfungen werden als wirksamer Schutz vor Krankheiten wahrgenommen»

→ Seite 130

Der Regierungsrat unterstützt die Bestrebungen des Bundes und der WHO, durch die Erreichung der Impfziele ansteckende Krankheiten in der Schweiz möglichst zu eliminieren. Er hält an der Freiwilligkeit des Impfens fest. Die Impfziele sind durch gut verständliche, ausgewogene und leicht verfügbare Information zu erreichen.

Strategische Position 14: «Aktive und verantwortungsvolle Einflussnahme auf Kostensteigerungen im Gesundheitswesen»

→ Seite 161

Der Regierungsrat nimmt mit seiner Gesundheitspolitik aktiv Einfluss auf die steigenden Kosten der Gesundheitsversorgung und sichert die langfristige und nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens.

Übersicht der laufenden und geplanten Massnahmen und Projekte im Gesundheitswesen

a) Laufende Massnahmen und Projekte

Projekte / Programme	Seite im Gesundheitsbericht 2012	Starttermin	Status	Budget 2012	Finanzplan 2014 ff.	Kosten
Ärztefon	S. 74	9.2011	In Umsetzung	Ja	Ja	CHF 136 000.- (p.a.)
Spitexentwicklung und -regionalisierung	S. 75	10.2011	In Umsetzung	Ja	-	CHF 30 000.- (einmalig)
Gemeinsamer Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden	S. 111	4.2011 / 1.2012	In Umsetzung	Nein	Nein	CHF 333 000.- (Kostendach; Finanzierung mit Rückstellung Konto 20407)
Praxisassistentenstellen	S. 114	1.2010	In Umsetzung	Ja	Ja	CHF 110 000.- (p.a.)
5-Jahres-Aktionsplan 2009-2013 für eine Präventionspolitik Alkohol / Tabak / Cannabis in Appenzell Ausserrhoden	S. 130	1.2009	In Umsetzung	Ja	Ja	CHF 30 000.- (p.a.)
Gesundes Körpergewicht	S. 133	11.2010	In Umsetzung	Ja	Ja	CHF 120 000.- (durchschnittlich p.a.)
Schulärztliche Untersuchungen	S. 134	Laufend	In Umsetzung	Ja	Ja	CHF 60 000.- (p.a.)
Schulzahnärztliche Untersuchungen	S. 135	Laufend	In Umsetzung	Ja	Ja	CHF 26 000.- (p.a.)
HPV-Impfprogramm	S. 136	2008	In Umsetzung	Ja	Ja	CHF 0.- (Ausgaben und Einnahmen je 60 000.-)

b) Geplante Massnahmen und Projekte

Projekte / Programme	Seite im Gesundheitsbericht 2012	Starttermin	Status	Budget 2012	Finanzplan 2014 ff.	Kosten
Ambulante Notfallversorgung	S. 74	2013	In Prüfung	-	Ja	CHF 100 000.- (p.a.)
Monitoring der ambulanten Versorgung in Appenzell Ausserrhoden	S. 76	8.2012	In Vorbereitung	Ja	Ja	CHF 5 000.- (p.a.)
Unterstützung von pflegenden Angehörigen	S. 76	2015	In Prüfung	-	Nein	Noch nicht bekannt
Monitoring der Gesundheitsfachpersonen in Ausbildung	S. 115	1.2013	In Vorbereitung	-	Ja	CHF 10 000.- (p.a.)
Geriatriekonzept	S. 117	2014	In Vorbereitung	-	Ja	CHF 100 000.- (einmalig)
Umsetzung der Nationalen Strategie Palliative Care 2010 - 2012	S. 119	2014	In Prüfung	-	Ja	CHF 50 000.- (p.a.)
5-Jahres-Aktionsplan 2014 - 2018 für eine Präventionspolitik Alkohol / Tabak / Cannabis in Appenzell Ausserrhoden	S. 132	1.2014	In Vorbereitung	-	Ja	CHF 30 000.- (p.a.)
Ostschweizer Forum für psychische Gesundheit	S. 136	6.2012	In Vorbereitung	Ja	Ja	CHF 25 000.- (p.a.)
Zwäg ins Alter	S. 137	2013	In Prüfung	-	Ja	CHF 100 000.- (p.a.)

c) Psychiatriekonzept

Projekte / Programme	Seite im Gesundheitsbericht 2012	Starttermin	Status	Budget 2012	Finanzplan 2014 ff.	Kosten
Psychiatriekonzept: Ausbau der ambulanten Angebote	S. 75	2013	In Vorbereitung	Ja	Ja	CHF 1400 000.- (p.a.)
Koordination in der stationären psychiatrischen Versorgung	S. 111	3. 2012	In Vorbereitung	Nein	Nein	Noch nicht bekannt

Hinweis:

Sämtliche Projekte, die sich noch nicht in der Umsetzung befinden, müssen gemäss der finanziellen Kompetenzordnung entweder vom Regierungsrat oder vom Kantonsrat einzeln genehmigt werden.

Projekte, die sich über mehrere Jahre erstrecken und die Kompetenz des Regierungsrats übersteigen, benötigen einen Verpflichtungskredit.

Gesundheit im Kontext

1 Grundlagen des Gesundheitsberichts 2012

Der vorliegende Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012 (im Folgenden als Gesundheitsbericht 2012 bezeichnet) bildet die Grundlage, um die kantonale Gesundheitspolitik heute und in Zukunft an den tatsächlichen Bedürfnissen und Gegebenheiten auszurichten. Er beleuchtet die Angebote und Strukturen in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung und zeigt auf, was in der Gesundheitsförderung und Prävention geleistet wird. Dabei werden auch herausfordernde Aspekte, die auf das Gesundheitswesen zukommen, erörtert. Schliesslich ist ein Kapitel der Finanzierung des Gesundheitswesens und der Kostenentwicklung gewidmet.

Der Gesundheitsbericht 2012 ist die erste umfassende Analyse des Ausserrhoder Gesundheitswesens und wird mit einer periodischen Berichterstattung eine Fortsetzung finden.

Der Gesundheitsbericht 2012 geht über die Darstellung der Ist-Situation hinaus. Der Regierungsrat formuliert erstmals die strategische Ausrichtung der Gesundheitspolitik in den verschiedenen Handlungsfeldern und informiert über geplante Massnahmen.

1.1 Gesetzlicher Auftrag und politischer Prozess

Die Gesundheitsversorgung ist primär eine kantonale Aufgabe. In der Verfassung von Appenzell Ausserrhoden wird in Art. 48 das Gesundheitswesen (KV, bGS 111.1) explizit erwähnt.³ Kanton und Gemeinden haben nach Abs. 1 die Voraussetzungen für eine ausreichende, kostenbewusste medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu schaffen. Die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, auch über die Kantonsgrenze hinaus, ist zu fördern. Ferner unterstützen Kanton und Gemeinden die Gesundheitsvorsorge und Gesundheitserziehung und bekämpfen die Suchtgefahren.

Das kantonale Gesundheitsgesetz (GG; bGS 811.1) regelt in den Art. 6-13 die politischen Zuständigkeiten für den Gesundheitsbericht sowie dessen Zweck und umschreibt in Art. 12 Abs. 2 Aufgaben und Eckpunkte des Gesundheitsberichts.⁴

Grundsätzlich ist der Gesundheitsbericht ein Instrument zur Planung der Gesundheitspolitik. Er formuliert deren Ziele, enthält Grundsätze zur Gesundheitsförderung und Prävention und stellt die Koordination der Tätigkeiten in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens dar. Ferner wird die Evaluation von Qualität und Wirksamkeit der Gesund-

³ Gesetzliche Grundlagen siehe Anhang

⁴ ebd.

heitsleistungen verlangt. Das Gesetz verpflichtet die Fachpersonen und Institutionen des Gesundheitswesens, bei der Erhebung der notwendigen Daten mitzuwirken.

Zu den politischen Zuständigkeiten hält das GG fest, dass der Gesundheitsrat zur Gesundheitspolitik und zum Gesundheitsbericht Stellung nimmt, der Regierungsrat über den Gesundheitsbericht befindet und der Kantonsrat diesen genehmigt. Ein Gesundheitsbericht wird alle vier Jahre vorgelegt.

Der gesetzliche Auftrag, alle vier Jahre einen Gesundheitsbericht zu erstellen, ist das Ergebnis eines langen Prozesses. In den Vorbereitungen zur Totalrevision des Gesundheitsgesetzes hat eine Expertenkommission diese Empfehlung bereits im Jahr 2002 gemacht. Der Kantonsrat hat diesen Vorschlag in das Gesundheitsgesetz aufgenommen, dem das Ausserrhoder Stimmvolk in der Abstimmung vom 25. November 2007 zugestimmt hat. Das revidierte Gesundheitsgesetz ist am 1. Januar 2008 in Kraft getreten.

Der Gesundheitsbericht 2012 wurde vom Departement Gesundheit erarbeitet, wobei die Federführung dem Amt für Gesundheit übertragen wurde. Im September 2010 hat der Regierungsrat dem Kantonsrat einen Zwischenbericht und im September 2011 einen vorgezogenen Bericht zur ambulanten Versorgung vorgelegt.

Der seit August 2009 tagende Gesundheitsrat hat die Entwicklung des Gesundheitsberichts 2012 seit Beginn fachlich und inhaltlich begleitet. Er hat den Entwurf im Dezember 2011 abschliessend diskutiert und zuhänden des Departements Gesundheit in einem Zirkularverfahren Anfang 2012 positiv gewürdigt.

Der Regierungsrat hat an der Sitzung vom 3. April 2012 die Ausrichtung der Gesundheitspolitik von Appenzell Ausserrhoden festgelegt und den Gesundheitsbericht 2012 zuhänden des Kantonsrats verabschiedet.

1.2 Thematische Ausrichtung

Mit dem Gesundheitsbericht 2012 wird erstmals anhand verlässlicher Daten die aktuelle Gesundheitsversorgung in Appenzell Ausserrhoden beleuchtet. Er stellt die Gesundheitsleistungen von ambulanten und stationären Anbietern, von Gesundheitsfachpersonen mit medizinischer, pflegerischer oder therapeutischer Ausbildung umfassend zusammen. Diese Daten sind für die Beurteilung der aktuellen und die Steuerung der mittel- und langfristigen Versorgungssicherheit wesentlich.

Die kantonale Gesundheitspolitik wird stark von der Gesundheitsgesetzgebung des Bundes beeinflusst. Zudem muss sie laufend grundlegende gesellschaftliche Entwicklungen berücksichtigen. Ein ausschliesslich kantonaler Blickwinkel vermag folglich dem Ganzen nicht gerecht zu werden. Deshalb werden bestimmte Gesundheitsthemen auch in einen grösseren politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Zusammenhang gestellt.

Die im Gesundheitsgesetz ebenfalls geforderte Evaluation der Qualität und Wirksamkeit der Gesundheitsleistungen fehlt im Gesundheitsbericht 2012. Daten dazu sind bisher nicht verfügbar. Das Thema der Evaluation wird jedoch in den Folgeberichten aufgenommen. In der stationären Versorgung beispielsweise werden ab 2012 Qualitätsdaten erfasst. Inwiefern sich die Qualität im ambulanten Bereich messen lässt, ist zurzeit unklar. Evaluierbar sind dagegen die im Bericht aufgeführten Projekte und Massnahmen.

Die eidgenössische und die kantonale Gesetzgebung unterscheiden die Bereiche Gesundheitswesen und Behindertenwesen. Deshalb wird im Gesundheitsbericht 2012 auf Aussagen zu den Angeboten für Menschen mit Behinderung verzichtet, obschon es verschiedene Schnittstellen zwischen diesen beiden Bereichen gibt (sequentielle und parallele Nutzung der Angebote, teilweise Überschneidungen bei den personellen Ressourcen für Ausbildung und Beschäftigung etc.).

1.3 Datenlage

Dem Gesundheitsbericht 2012 liegen zahlreiche Daten zugrunde, die aus unterschiedlichen Quellen stammen. Neu wurden für den Bericht zuvor nicht vorhandene kantonale Daten zur quantitativen und fachlichen Zusammensetzung der verschiedenen Berufsgruppen von Gesundheitsfachpersonen erhoben; diese Daten lassen nun differenzierte Aussagen über die Gesundheitsleistungen im Kanton zu. Daneben sind Datenbestände des Bundesamts für Statistik und des Bundesamts für Gesundheit ausgewertet worden.

Als wichtigste Datenquellen sind folgende zu nennen:

Kantonale Datenbank der Gesundheitsfachpersonen

Zur Darstellung der Versorgung mit medizinischen Leistungen konnte auf die kantonale Datenbank der Gesundheitsfachpersonen zurückgegriffen werden. Darin sind alle Gesundheitsfachpersonen aufgeführt, die ausserhalb von Kliniken tätig sind; zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Tierärztinnen und Tierärzte, Hebammen und weitere. Von den Mitarbeitenden von Spitälern und Kliniken sind ausschliesslich die Daten der Ärztinnen und Ärzte sowie der Mitglieder der Geschäftsleitungen oder Standortleitungen erfasst. Beschäftigungsdaten zum nicht-ärztlichen Gesundheitsfachpersonal an Spitälern wurden zusätzlich über die zuständigen Personaldienste der Kliniken erhoben.

Gesundheitsbefragung 2007 in Appenzell Ausserrhoden

Umfangreiche Daten der Gesundheitsbefragung 2007 stammen aus einer repräsentativen Erhebung des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) bei 491 Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons Appenzell Ausserrhoden. Die Ergebnisse der Befragung wurden nach wissenschaftlichen Kriterien durch das Obsan ausgewertet und sind - mit einer gewissen statistischen Unschärfe - auf die gesamte Bevölkerung übertragbar. Damit sind Kenntnisse der gefühlten Gesundheit der Bevölkerung vorhanden.

Medizinische Statistik 2009 des Bundesamts für Statistik

Das Bundesamt für Statistik (BFS) erhebt jedes Jahr die Daten aller Hospitalisierungen in den Schweizer Krankenhäusern. Alle Spitäler sind verpflichtet, die Daten nach einheitlichen Vorgaben zu erfassen. Somit stehen den Kantonen fast vollständige Informationen zur Beurteilung der stationären Versorgung zur Verfügung.

Die medizinische Statistik des BFS wurde per 2009 umfassend überarbeitet. Aus diesem Grund sind aktuelle Daten mit jenen der Vorjahre nur bedingt vergleichbar.

Datenpool santésuisse

Der Datenpool des Branchenverbandes der schweizerischen Krankenversicherer (santésuisse) führt eine Vielzahl von Daten aller Versicherten zusammen. Er ermöglicht Aussagen über das Verhalten von Leistungserbringern (u.a. Wirtschaftlichkeitskontrollen) sowie über die Prämien- und Kostenentwicklung im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Das Departement Gesundheit hat keinen direkten Zugriff auf diese Daten. Die Auswertungen wurden von Dritten erstellt und mit Quellenangabe übernommen (z.B. Bundesamt für Statistik, Bundesamt für Gesundheit).

Weitere Datenquellen

Bei Bedarf wurden Daten des Bundesamts für Statistik (z.B. Todesfallstatistik, Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes ESPOP) oder des Bundesamts für Gesundheit (z.B. epidemiologische Daten) verwendet.

Kantonale Berichte

Der Gesundheitsbericht 2012 kann auf früher vorgelegte Berichte zu Teilbereichen des Gesundheitswesens aufbauen. So stützt er sich auf Daten über den Gesundheitszustand der Bevölkerung, die 2010 im Bericht «Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden - Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007» publiziert wurden; die Studie wurde im Auftrag des Kantons vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) erarbeitet.⁵ Ferner hat das Departement Gesundheit 2010 den Versorgungsbericht «Spitalplanung Appenzell Ausserrhoden 2012 - Bisherige und zukünftige Entwicklung der kantonalen Nachfrage nach stationären, akutsomatischen und rehabilitativen Leistungen» vorgelegt; dieser Bericht zeigt die bisherige Nachfrageentwicklung und das aktuelle stationäre Leistungsangebot auf. Zudem wird die entsprechende Leistungsnachfrage bis zum Jahr 2020 prognostiziert.⁶

5 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium et al., 2010

6 Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2010

2 Entwicklungen und Zusammenhänge im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen entwickelt sich laufend weiter und ist gleichzeitig von langfristigen Trends geprägt. In diesem Kapitel wird dargestellt, dass Gesundheit nicht nur eine Frage des Lebensstils ist, sondern von zahlreichen Faktoren nicht-medizinischer Natur beeinflusst wird. Weiter wird der sich abzeichnende Personalengpass im Gesundheitswesen unter Einbezug geschlechtsspezifischer Aspekte in den Blick genommen. Neben der volkswirtschaftlichen und finanziellen Bedeutung werden die grossen Herausforderungen skizziert, die auf das Gesundheitswesen zukommen. Abschliessend werden die gesundheitspolitischen Zuständigkeiten auf Ebene Bund, Kantone und Gemeinden dargelegt und es wird auf die wichtigsten nationalen Projekte hingewiesen.

2.1 Bildungs- und sozialpolitische Zusammenhänge

Gesundheit wird von zahlreichen Faktoren determiniert. Im Vordergrund stehen meist individuelle Aspekte wie Veranlagung, Alter oder das Ernährungs- und Bewegungsverhalten. Zahlreiche Studien weisen nach, dass auch die Lebens- und Arbeitsbedingungen und der soziale Status einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten haben.⁷ So zeigte die Gesundheitsbefragung 2007, dass auch in Appenzell Ausserrhoden Personen mit geringerem Haushaltseinkommen an lang andauernden Gesundheitsproblemen oder an starken körperlichen Beschwerden leiden.⁸

Mangelhafte Bildung, geringe berufliche Qualifikation, ein tiefes Erwerbseinkommen und Arbeitslosigkeit wirken sich negativ auf die Gesundheit aus. Konkret wird der Gesundheitszustand auch von der Wohnsituation, der familiären Situation, von der sozialen und physischen Umwelt beeinflusst. Solche Umstände betreffen vor allem auch die Kinder und Jugendlichen. Mit andern Worten: Sozial Schwächere haben ein grösseres Risiko, krank zu werden, und eine tiefere Lebenserwartung.

Sozialpolitisch relevant ist ferner, dass die Gesundheitsausgaben die Budgets von Privathaushalten mit tieferem und mittlerem Einkommen zunehmend stärker belasten und sie beim Konsum anderer Güter einschränken. Diese Entwicklung kann zu sozialen Problemen führen. Insbesondere das Finanzierungsmodell über Kopfprämien, welches das finanzielle Leistungsvermögen ausser Acht lässt, trifft Personen mit geringem Einkommen unverhältnismässig stark. Das System der Prämienverbilligungen entlastet zwar Haushalte im unteren Einkommensbereich; Haushalte mit mittlerem Einkommen haben jedoch keine Möglichkeit, sich den steigenden Gesundheitskosten zu entziehen. Eine weitere Folge der steigenden Kosten im Gesundheitswesen sind nichtbezahlte Krankenkassenprämien und/oder nichtbezahlte Rechnungen von Leistungserbringern (z.B. Arztrechnungen).

Eine gute und für alle zugängliche Gesundheitsversorgung leistet einen Beitrag zur Chancengleichheit in der Bevölkerung. Gesundheitspolitik im engeren Sinn vermag aber die Ungleichheiten nicht zu eliminieren. Der Faktor Gesundheit ist auch in der Bildungs- und Sozialpolitik und in anderen Politikfeldern zu beachten.

2.2 Ausbildung und Beschäftigung

Das Gesundheitswesen benötigt eine Vielzahl von gut qualifiziertem Fachpersonal. Um langfristig genügend Nachwuchs insbesondere in ärztlichen und pflegerischen Berufen zu sichern, sind grosse Anstrengungen notwendig.

⁷ Vgl. Meyer, 2009: S. 26

⁸ Heeb, 2010b: Tab. 2.2/S. 23

Fehlende Personalressourcen konnte die Schweiz bisher dank attraktiver Anstellungsbedingungen über die Zuwanderung kompensieren.⁹ Die Migration hat jedoch den auch im Ausland bestehenden Mangel an Gesundheitsfachpersonal verschärft. Gerade in Deutschland hat sich in den letzten Jahren die Attraktivität für gewisse Berufsgruppen deutlich erhöht, was direkte Auswirkungen auf die Zuwanderung in die Schweiz hat. Die WHO verfolgt die Entwicklungen besorgt, da sie erhebliche Folgen vor allem auf wirtschaftlich schwächere Länder haben.¹⁰

Bei den universitären Ausbildungen (z.B. in der Humanmedizin und Zahnmedizin) sind die Studienplätze beschränkt. Seit 1998 existiert in der Schweiz an grösseren Universitäten ein Numerus clausus in der Humanmedizin. In diesem Studienfach veränderte sich zudem die Geschlechterverteilung zu Gunsten der Frauen. Im Studienjahr 2010/11 waren 58% der Medizinstudierenden weiblich.¹¹ Im Jahr 2001/02 lag dieser Wert noch bei 52%. Seit 2005 steigt auch die Gesamtzahl der Studierenden der Humanmedizin kontinuierlich an, auf insgesamt 8382 im Studienjahr 2010/11 (siehe Tabelle 1). Gleichzeitig ist der Trend zu Teilzeitarbeit bei Ärztinnen und Ärzten ungebrochen. Deshalb werden die effektiv verfügbaren personellen Kapazitäten insgesamt kaum grösser.

Tabelle 1: Studierende an Schweizer Universitäten im Bereich Humanmedizin 2001–2011

Jahr	Total	Anzahl Frauen	Frauenanteil
2001/02	7 054	3 690	52 %
2002/03	7 017	3 802	54 %
2003/04	7 111	3 896	55 %
2004/05	7 002	3 906	56 %
2005/06	7 070	4 017	57 %
2006/07	7 187	4 116	57 %
2007/08	7 383	4 295	58 %
2008/09	7 606	4 472	59 %
2009/10	8 002	4 712	59 %
2010/11	8 382	4 844	58 %

Quelle: BFS, Studierende an den universitären Hochschulen, 2010

Die Ausbildung für Pflegeberufe wurde ebenfalls verändert. An Fachhochschulen und Universitäten sind Studiengänge in Pflegewissenschaften entstanden, was zu einer Aufwertung des Berufsstandes geführt hat. Die nicht-universitäre Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen ist am 1. Januar 2004 dem Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT) unterstellt worden.

Eine besondere Bedeutung haben die Arbeitsplätze im Gesundheitssystem für die Gesamtbeschäftigung. Seit 1991 hat sich die Zahl der Erwerbstätigen im Gesundheitswesen um rund 50% erhöht. 1991 waren 5% aller Erwerbstätigen oder gut 200 000 Personen im Gesundheitswesen beschäftigt, 2010 waren es bereits 6.7% oder gut 300 000.¹²

Auch der Anteil der weiblichen Erwerbstätigen ist in dieser Zeitspanne deutlich gestiegen. Hatten 1991 noch 9% aller erwerbstätigen Frauen im Gesundheitswesen gearbeitet, so waren es 2010 bereits 11.4%.¹³ In den letzten Jahrzehnten hat sich die Feminisierung der

9 Jaccard Ruedin & Widmer, 2010

10 Vgl. www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/health-professional-mobility-and-health-systems-evidence-from-17-european-countries#.TtjC6Kplmvo.mailto (Zugriff am 06.12.2011)

11 BFS, 2011b: S. 24–25

12 Vgl. Erwerbstätigenstatistik (ETS) des BFS: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/02/blank/data/01.html (Zugriff am 01.02.2012)

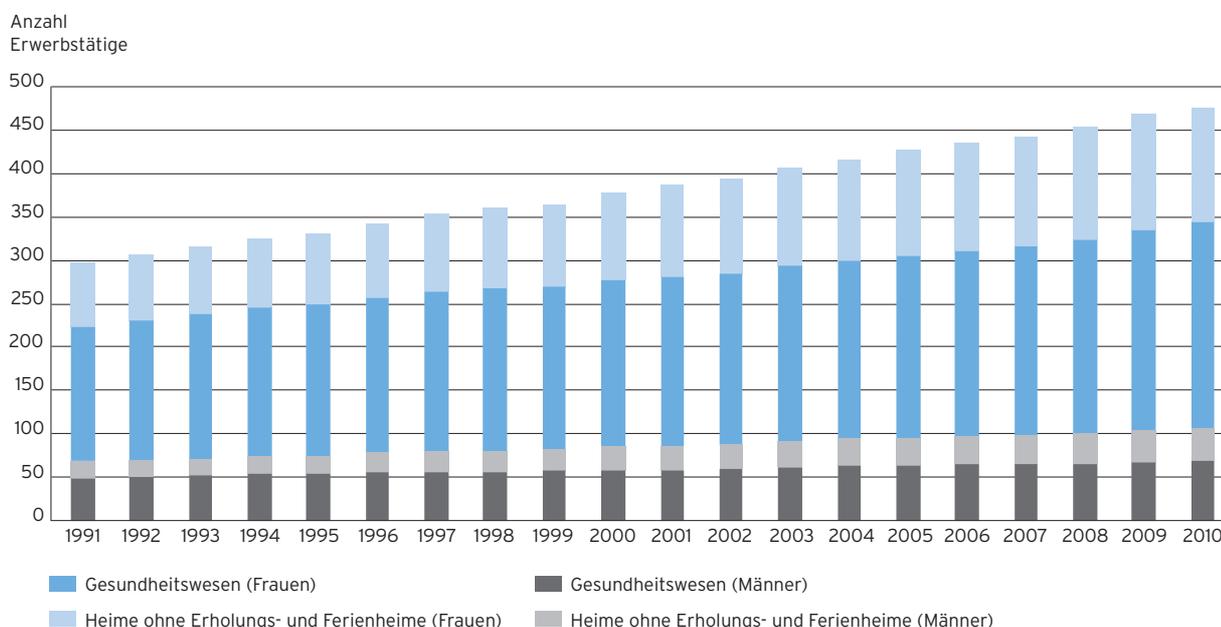
13 ebd.

Gesundheitsberufe insgesamt verstärkt. Rund drei Viertel der Erwerbstätigen im Gesundheitswesen sind Frauen (siehe Abb. 1).

Gesundheitsfachpersonal wird vermehrt auch in den Pflegeeinrichtungen und Heimen benötigt. Auch in diesem Bereich ist ein starkes Wachstum der Beschäftigtenzahlen von 92 000 im Jahr 1991 auf 169 000 Erwerbstätige im Jahr 2010 festzustellen. Der Zuwachs beträgt dabei rund 83 %.

Wie im Gesundheitswesen arbeiten auch in den Heimen mehrheitlich Frauen. Ihr Anteil gemessen am Total aller erwerbstätigen Frauen betrug 1991 4,3 %. Dieser Wert hat sich bis 2010 auf 6,4 % erhöht.

Abb. 1: Entwicklung der Erwerbstätigen im schweizerischen Gesundheitswesen und in Heimen 1991-2010 (in Tausend Personen)



Quelle: BFS, Erwerbstätigenstatistik (ETS), 1991-2010

2.3 Geschlechterspezifische Aspekte

Die Feminisierung der Gesundheitsberufe (siehe Abb. 1) ist nur eines der genderspezifischen Merkmale im Gesundheitswesen. Frauen und Männer haben auch unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitsprofile. Nebst biologischen beeinflussen soziale und kulturelle Faktoren das Gesundheitsverhalten, die Befindlichkeit, Krankheiten und die Sterblichkeit bei den Geschlechtern.

Bei den Krankheiten werden geschlechterspezifische Unterschiede zum Beispiel bei Krebserkrankungen deutlich: Bei den Frauen treten die fünf häufigsten Krebsarten, teils anatomisch bedingt, im Brustbereich, im Dick- und Enddarm, in der Lunge, auf der Haut und bei der Gebärmutter auf. Bei den Männern sind, ebenfalls teils anatomisch bedingt, die Krebserkrankungen der Prostata, der Lunge, des Dick- und Enddarms, der Haut und der Blase am meisten verbreitet.¹⁴

Entsprechend gibt es ein spezifisches Angebot für Frauen im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe. In jüngster Zeit werden vereinzelt auch männerspezifische Gesundheitsan-

¹⁴ Oncosuisse, 2011: Abb. 2/S. 8

gebote entwickelt. Insbesondere werden - mit Unterstützung des Bundesamtes für Gesundheit - in urbanen Regionen (z.B. Zürich, Genf) Gesundheitszentren für homosexuelle Männer aufgebaut, zumal diese im Durchschnitt gesundheitlich stärker belastet sind als Heterosexuelle.¹⁵

Frauen und Männer weisen, bezogen auf die Gesundheit, auch statistisch relevante unterschiedliche Verhaltensweisen auf, wie die Gesundheitsbefragung 2007 des Bundesamtes für Statistik ergab. So unterscheiden sie sich - teilweise deutlich - in der Art ihrer physischen Aktivitäten, bei der Ernährung, beim Konsum von Tabak, Alkohol und Medikamenten sowie von illegalen Drogen. Daraus ergeben sich Konsequenzen für die Gesundheitsförderungs-, Präventions- und Betreuungsstrategien. Diese müssen sich je spezifisch auf Männer und Frauen ausrichten.

Schliesslich führt die zunehmende Verlagerung von Behandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich dazu, dass Pflegeaufgaben vermehrt an Angehörige übertragen werden. Diese Rolle wird heute noch mehrheitlich von weiblichen Familienmitgliedern wahrgenommen.

Die Gestaltung des Gesundheitssystems sollte deshalb immer auch im Bewusstsein solcher geschlechterspezifischer Aspekte erfolgen.

2.4 Volkswirtschaftliche und finanzielle Bedeutung

Die Gesundheitsversorgung gehört zu den gewichtigen Aufgaben der öffentlichen Hand und hat auch volkswirtschaftlich eine grosse Bedeutung. Im Jahr 2009 haben sie mit rund 61 Mia. Franken 11.4% des Bruttoinlandprodukts (BIP) der Schweiz erreicht (siehe Tabelle 2). Im internationalen Vergleich nimmt die Schweiz bei den Gesundheitskosten einen Spitzenplatz ein (siehe Tabelle 3). Gleichzeitig ist aber unbestritten, dass die Schweiz über eine sehr gute Gesundheitsversorgung verfügt.

Tabelle 2: Prozentualer Kostenanteil des schweizerischen Gesundheitswesens am BIP 1995 - 2009

Jahr	Anteil am Bruttoinlandprodukt BIP
1995	9.6%
1996	9.9%
1997	10.0%
1998	10.1%
1999	10.2%
2000	10.2%
2001	10.6%
2002	10.9%
2003	11.3%
2004	11.3%
2005	11.2%
2006	10.8%
2007	10.6%
2008	10.7%
2009	11.4%

Quelle: BFS, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2011

Tabelle 3: Prozentualer Anteil der Gesundheitskosten am BIP 2009 im internationalen Vergleich

In ausgewählten OECD-Ländern, 2009	Anteil am BIP
USA	17.4%
Niederlande	12.0%
Frankreich	11.8%
Deutschland	11.6%
Kanada	11.4%
Schweiz	11.4%
Schweden	10.0%
Vereinigtes Königreich	9.8%
Irland	9.5%
Spanien	9.5%
Italien	9.5%
Finnland	9.2%

Quelle: OECD StatExtracts; Auswertung BFS, 2011

Die Finanzierung des Gesundheitssystems ist äusserst komplex. Dabei gibt es verschiedene Betrachtungsmöglichkeiten. An dieser Stelle wird die volkswirtschaftliche Perspektive ge-

¹⁵ BAG, 2011: S. 2

wählt und dargelegt, wie gross die Finanzierungsanteile des Staates (Steuern), der Unternehmen (Sozialabgaben auf Arbeit) und der privaten Haushalte sind.¹⁶

Die Lasten des Gesundheitswesens nach den wichtigsten Wirtschaftsakteuren:

- Staat: Der Staat kann als Leistungserbringer (Prävention, Rettungsdienste, Verwaltung), Finanzierungsträger anderer Leistungserbringer (Spitäler, Spitex) oder als Finanzierungsträger von Einrichtungen der Sozialen Sicherheit in Erscheinung treten (Prämienverbilligungen, Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, Invalidenversicherung usw.), welche direkt oder indirekt für Gesundheitsgüter und -dienstleistungen aufkommen.
- Unternehmen: Sie bezahlen Prämien bzw. Beiträge in Form von der Arbeitgeber-, Arbeitnehmer- oder Selbstständigerwerbendenanteilen an die Einrichtungen der Sozialen Sicherheit, die direkt oder indirekt für Gesundheitsgüter und -dienstleistungen aufkommen (Unfallversicherung UVG, IV, AHV).
- Private Haushalte: Die Haushalte kommen einerseits direkt für Güter und Dienstleistungen des Gesundheitswesens auf. Andererseits beteiligen sie sich in Form von Franchisen und Selbstbehalten an den Kosten der Sozial- oder Privatversicherungen und bezahlen Versicherungsprämien für obligatorische oder private Versicherungen im Gesundheitsbereich.

Etwa zwei Drittel der rund 61 Mia. Franken tragen die privaten Haushalte zur Finanzierung bei (siehe Tabelle 4). Darunter fallen die Krankenkassenprämien, aber auch die sogenannten «Out of Pocket»-Beiträge; das sind Leistungen, die nicht von Versicherungen vergütet werden (z. B. selbst bezahlte Medikamente, Selbstbehalte, zahnärztliche Behandlungen usw.).

Tabelle 4: Finanzierung des Schweizerischen Gesundheitswesens aus der Sicht der Volkswirtschaft 2000-2009 (in Mio. CHF)

	2000	Anteil	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Anteil
Staat	10738.1	25.1%	12066.1	13119.4	13722.7	13782.3	14066.9	14084.9	14773.4	15958.3	17032.9	27.9%
Unternehmen (1)	2677.0	6.2%	2827.6	2820.0	2987.0	3171.8	3389.0	3434.4	3552.1	3454.1	3497.3	5.7%
Private Haushalte	29427.9	68.7%	30679.1	31449.2	32555.5	34053.6	34587.1	35254.0	36889.4	39013.6	40453.7	66.3%
Total	42842.9	100.0%	45572.8	47388.6	49265.2	51007.7	52043.0	52773.3	55214.9	58426.1	60983.9	100.0%

(1) Beiträge und Prämien der Arbeitgeber, der Arbeitnehmer und der Selbstständigerwerbenden

Quelle: BFS, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (T 14.5.3.3), 2011

Die Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens belasten die öffentliche Hand zunehmend. Sie sind von 10.7 Mia. im Jahr 2000 auf 17.0 Mia. Franken 2009 angestiegen. Anteilsmässig hat der Staat 2009 27.9% zur Finanzierung des Gesundheitswesens beigetragen, was gegenüber dem Anteil von 25.1% im Jahr 2000 eine leichte Steigerung bedeutet (siehe Tabelle 4). Die Last der Unternehmen an der Finanzierung des Gesundheitswesens hat in absoluten Zahlen von 2.7 Mia. Franken im Jahr 2000 auf 3.5 Mia. Franken im Jahr 2009 zugenommen, anteilmässig ist sie aber von 6.2% (2000) auf 5.7% (2009) gesunken. In absoluten Zahlen haben die privaten Haushalte den grössten Beitrag zur Finanzierung des Gesundheitswesens geleistet. Haben sie im Jahr 2000 noch 29.4 Mia. Franken beigesteuert,

¹⁶ Vgl. Erläuterungen des BFS: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05/blank/key/perspektive_der_direktzahler.html (Zugriff am 2.2.2012)

ert, so waren es im Jahr 2009 bereits 40.5 Mia. Franken. Der Anteil an den Gesamtkosten hat sich, dank des erhöhten finanziellen Engagements des Staates, von 68.7 % (2000) auf 66.3 % (2009) reduziert.

Die Kostensteigerung der letzten Jahre löste Aktivitäten auf allen politischen Ebenen aus. Auf Bundesebene wird versucht, mit Anpassungen im Krankenversicherungsgesetz das Kostenwachstum zu dämpfen. Politische Lösungen sind jedoch schwierig, weil im Parlament sehr unterschiedliche Interessen vertreten sind. Auch die Verteilung der öffentlichen Gelder auf die verschiedenen Politikbereiche wird zunehmend anspruchsvoller.

Die finanzielle Entwicklung im Gesundheitswesen von Appenzell Ausserrhoden wird im Kapitel IV ausgeführt.

2.5 Langfristige Trends im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen hat als Politikbereich in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen und sowohl politisch wie fachlich eine hohe Dynamik entwickelt. Für die Planung ist es wichtig, vor allem auch die langfristigen Trends¹⁷ im Auge zu behalten. Dabei stehen die folgenden Punkte im Vordergrund:

- Demografische Entwicklung
- Zunahme der Zahl chronischer Erkrankungen
- Konzentration der Leistungsanbieter
- Technologischer Fortschritt (Infrastruktur und Therapien)
- Zunehmende Bedeutung der Prävention
- Anhaltende Kostensteigerungen
- Verknappung personeller Ressourcen

Auf solche Megatrends kann ein einzelner Kanton nicht direkt einwirken. Aber er muss darauf reagieren: mit Anpassungen der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsvorsorge an die sich verändernden Bedürfnisse und Rahmenbedingungen.

2.5.1 Demografische Entwicklung

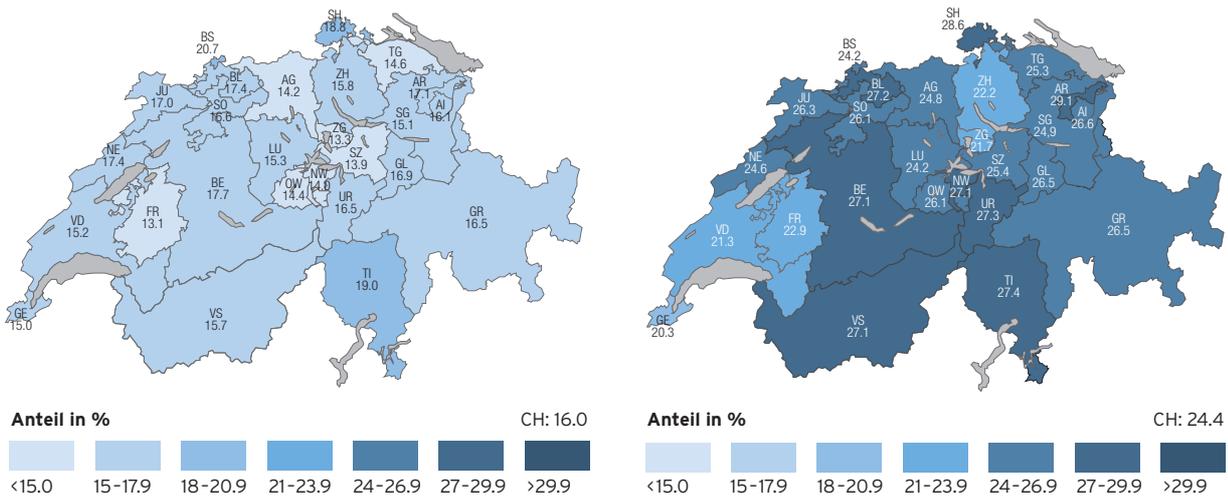
Der wachsende Anteil älterer Einwohnerinnen und Einwohner ist unter anderem eine Folge der höheren Lebenserwartung. Der steigende Altersdurchschnitt auch in Appenzell Ausserrhoden (vgl. Kap. 3.1) hat schon heute Auswirkungen auf die kantonale Gesundheitsversorgung. Das Leistungsportfolio im medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Angebot muss diese Entwicklung berücksichtigen.

Die folgenden Grafiken des Bundesamts für Statistik zeigen, dass sich der Bevölkerungsanteil der über 64-Jährigen von 17.1% im Jahr 2005 auf 29.1% im Jahr 2030 (Schätzung) erhöhen wird. Dabei gilt zu beachten, dass das chronologische Alter aufgrund der einfacheren Messbarkeit in der Gesundheitsplanung eine wichtige Rolle spielt. Das subjektive Alter wäre jedoch geeigneter, den Anpassungsbedarf an der Gesundheitsversorgung abschätzen zu können.¹⁸

¹⁷ Vgl. Spycher et al., 2009

¹⁸ Gafafer, 2012: S. 2

Abb. 2: Entwicklung der über 64-Jährigen von 2005 bis 2030



Quelle: BFS, ThemaKart K7 und K8, 2007

2.5.2 Zunahme der Zahl chronischer Erkrankungen

Chronische Erkrankungen nehmen weltweit zu, auch in der Schweiz. Die WHO beobachtet die Entwicklung seit Längerem. Diese hat ernste negative Auswirkungen auf die betroffenen Individuen und die Gesellschaft. Chronische Erkrankungen belasten zunehmend das Gesundheits-, aber auch das Wirtschaftssystem.¹⁹ Zu den chronischen Erkrankungen gehören gemäss WHO:²⁰

- Nicht übertragbare Krankheiten (z.B. Diabetes, Übergewicht, Krebs)
- Unheilbare übertragbare Krankheiten (z.B. HIV/Aids; Hepatitis)
- Chronische psychische Störungen (z.B. Depression, Schizophrenie)
- Fortschreitende Beeinträchtigungen des Körpers (z.B. Behinderungen)

Es ist zu erwarten, dass die globale Krankheitslast infolge chronischer Erkrankungen in den industrialisierten Ländern, die im Jahr 1990 noch unter 50 % lag, im Jahr 2020 auf knapp 80 % ansteigen wird.²¹

In der Schweiz haben bei der International Health Policy Survey des Commonwealth Fund im Jahr 2011 fast 80 % der befragten Personen angegeben, in den letzten zwölf Monaten eine medizinische Versorgung für eine schwerwiegende oder chronische Erkrankung benötigt zu haben.²²

19 WHO, 2011: S. 37

20 WHO, 2002: S. 12

21 Giger & De Geest, 2008

22 Sturmy & Camenzind, 2011: S. 14: Die Autoren weisen darauf hin, dass bei der Befragung keine Angaben dazu gemacht wurden, was unter schwerwiegend fällt und was nicht. Ebenso wurden keine weiteren Informationen zu den möglichen chronischen Erkrankungen gegeben. Es ist deshalb anzunehmen, dass sich die Werte aufgrund verschiedener subjektiver Interpretationen voneinander unterscheiden können.

2.5.3 Konzentration der Leistungsanbieter

Die Konzentration der ambulanten und stationären Gesundheitsversorger vor allem in den Zentren hat verschiedene Ursachen. Insbesondere ökonomische Überlegungen unterstützen diesen Trend zur Konzentration. Die neue Spitalfinanzierung, in Kraft seit 1.1.2012, wird die Konzentration (z.B. durch Unternehmenszusammenschlüsse) gerade im stationären Bereich weiter vorantreiben. Ein vergleichbarer Trend findet auch bei der ambulanten Gesundheitsversorgung statt. Bereits heute ist in Appenzell Ausserrhoden eine Entwicklung von Einzelpraxen zu Gemeinschaftspraxen feststellbar, die vorwiegend in grösseren Ortschaften entstehen. Grundsätzlich haben Leistungsanbieter die freie Wahl, wo sie sich ansiedeln. Der Kanton hat keine Möglichkeit, auf die geografische Verteilung der Anbieter von Gesundheitsleistungen Einfluss zu nehmen.

2.5.4 Technologischer und medizinischer Fortschritt

Der technologische und medizinische Fortschritt führt zu laufend neuen Behandlungsmöglichkeiten. Bisher nur schwer oder gar nicht therapierbare Krankheiten werden behandelbar, und manche Eingriffe können heute schonender durchgeführt werden. Beides sind positive Errungenschaften. Sie führen aber nicht, wie zu erwarten wäre, zu tieferen, sondern insgesamt zu höheren Gesundheitskosten.

Der Wettbewerb im Gesundheitswesen führt dazu, dass die Leistungsanbieter sich profilieren müssen. Wer die modernsten apparativen und medizinischen Diagnose- und Behandlungsmethoden anbietet, kann damit im Verdrängungswettbewerb Kunden - wie heute Patientinnen und Patienten bezeichnet werden - gewinnen, denen die modernste Behandlung wichtig ist. Moderne Infrastruktur ist auch für die Rekrutierung von qualifiziertem Personal vorteilhaft.

2.5.5 Zunehmende Bedeutung der Prävention

Das heutige Gesundheitswesen ist noch stark auf die Behandlung von gesundheitlichen Problemen ausgerichtet (kurative Medizin), während die Prävention von Krankheiten weniger gewichtet wird. Es ist aber anerkannt, dass das Gesundheitsverhalten gewisse Krankheitsrisiken positiv oder negativ beeinflusst; ebenso die Verhältnisse, in denen Menschen leben (Umwelt, soziale Lage, Wohnsituation u. a.).

Gesundheitsschädigendes Verhalten (z.B. der Konsum gesundheitsgefährdender Substanzen) verursacht Folgekosten, die von der Allgemeinheit mit Prämien oder Steuern mitfinanziert werden. Der Kanton finanziert direkt einen Teil der Spitalkosten. Und über die individuellen Prämienverbilligungen mildert er für finanziell schwächere Bevölkerungsgruppen die Belastung durch die Krankenkassenprämien (vgl. Kap. 9.5.4).

Der Staat hat also auch ein finanzielles Interesse, dass sich das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung verbessert. Mit Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention wird u.a. das Gesundheitsverhalten verändert.

2.5.6 Anhaltende Kostensteigerungen

Die Kosten des Gesundheitswesens sind in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen, mit verschiedenen Ursachen. Der technische und medizinische Fortschritt hat die Behandlungsqualität erhöht, aber teils auch verteuert. Parallel dazu beansprucht die Bevölkerung mehr medizinische Leistungen. Zudem wird die Komplexität der Vorschriften immer grösser (z.B. systematischer Nachweis der Behandlungsqualität, komplexere Abrechnungssysteme, erhöhte Anforderungen an die Kostentransparenz etc.), die Umsetzung erfordert Zeit und administrativen Aufwand.

Der Erfolgsnachweis für die Forderung, mittels Wettbewerb dem Kostenwachstum entgegenzuwirken, steht bislang noch aus.

2.5.7 Verknappung personeller Ressourcen

Das Gesundheitswesen ist, in Folge von Bevölkerungswachstum, demografischen Veränderungen und eines zunehmenden Bedürfnisses nach Lifestyle-Medizin (z.B. Gesundheitschecks, präventive Eingriffe, Schönheitsbehandlungen und Wellness), nach wie vor ein Wachstumsmarkt.²³ Insbesondere in Spitälern und Kliniken, aber auch in Heimen und im ambulanten Bereich steigt der Bedarf an Gesundheitsfachpersonen, vor allem an Ärztinnen und Ärzten und an Pflegefachpersonen. Nur dank Zuzug aus den Nachbarländern ist der Personalmangel bisher nicht dramatisch ausgefallen.²⁴ Die Ausbildungskapazitäten an den Schweizer Universitäten und Fachhochschulen sowie an den Kliniken und Heimen reichen momentan nicht aus, um diesen Bedarf durch im Inland ausgebildetes Personal zu decken.

Erhebliche Einkommensunterschiede zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen wirken sich bereits heute auf die Wahl der Ausbildungsrichtung oder den Arbeitsort aus. Medizinische Spezialistinnen und Spezialisten und hochqualifiziertes Pflegepersonal erzielen höhere Einkommen. Zudem variieren die Gehälter im Vergleich zwischen den einzelnen Arbeitsgebern, seien es privat- oder öffentlich-rechtliche. Die Kantone haben auf die Einkommen höchstens im Bereich der eigenen Spitäler oder Pflegeheime einen gewissen Einfluss. Führen Lohnkorrekturen in einem Kanton zu einer im Vergleich überdurchschnittlichen Entlohnung, würde dies auf eine aktive Abwerbung hinauslaufen. Eine nachhaltige Lösung des Problems würde damit nicht erreicht. Es wird allgemein erwartet, dass sich der verschärfende Personalmangel in steigenden Löhnen niederschlagen und die Gesundheitskosten zusätzlich in die Höhe treiben wird.²⁵

2.6 Entwicklungen auf Ebene Bund

Obwohl die Kantone für die Gesundheitsversorgung zuständig sind, nimmt der Bund, basierend auf der verfassungsmässigen Kompetenzordnung, stark Einfluss auf das Gesundheitssystem. So wirkt das Eidgenössische Departement des Innern mit dem Bundesamt für Gesundheit auf verschiedene Fragen des Gesundheitswesens ein. Der Bundesrat steuert dieses durch den Erlass von Verordnungen, und das Parlament schafft oder ändert die gesetzlichen Grundlagen. Die Einflussnahme des Bundes auf die Gesundheitsversorgung hat mit dem Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes (KVG, SR 832.10) 1996 zugenommen. Einen direkten Einfluss auf die Gesundheitsversorgung der Kantone hat der Bund nicht; er versucht jedoch, das Angebot über finanzielle Mechanismen mitzusteuern.

Auf nationaler Ebene sind zahlreiche gesundheitspolitische Projekte in Arbeit oder in der politischen Diskussion. Hier seien nur die wichtigsten genannt:

- Einführung von Managed Care: Dabei geht es um die Schaffung von integrierten Versorgungsnetzen, z.B. HMO oder Hausarztmodelle. Mit Managed Care sollen die Kosten der ambulanten Versorgung ohne Qualitätseinbussen für die Patienten kontrollierbar werden.
- Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz): Nicht zuletzt aus Gründen der knappen Ressourcen in der kurativen Medizin soll mit dem Präventionsgesetz die Gesundheitsförderung und Prävention mehr gewichtet werden.
- Neuer Risikoausgleich unter den Krankenversicherern: Er soll dafür sorgen, dass die Krankenversicherer weniger Anreize haben, sich gegenseitig möglichst viele «gute Risiken», also junge, gesunde Versicherte, abzuwerben.

²³ Vgl. Balthasar, 2010: S. 3 ff.

²⁴ Ebd.: S. 4

²⁵ Ebd.: S. 2

- Grundlagen für ein nationales Krebsregister: Ein Gesetz soll ermöglichen, dass Krebserkrankungen schweizweit einheitlich registriert werden. Die erfassten Daten könnten dazu dienen, die Früherkennung und Behandlung zu verbessern.
- Revision TARMED: Der Ärztetarif soll grundlegend revidiert werden. Damit sollen negative Anreize verringert und zum Beispiel die Leistungen von Hausärzten gegenüber den spezialärztlichen Leistungen aufgewertet werden.
- Neuregelung von Aufgaben und Kompetenzen Bund und Kantone: Das Projekt hat zum Ziel, eine grundlegende und übergreifende nationale Gesundheitspolitik und -strategie zu entwerfen (siehe folgende Ausführungen).

Projekt «Nationale Gesundheitspolitik Schweiz»²⁶

1998 riefen Bund und Kantone das Projekt «Nationale Gesundheitspolitik Schweiz» (NGP) ins Leben, um ein gemeinsames Instrument zur Bewältigung der nationalen Herausforderungen der öffentlichen Gesundheit und der Gesundheitspolitik zu schaffen.

Mit der Vereinbarung zur Nationalen Gesundheitspolitik vom Dezember 2003 zwischen Bund und Kantonen wurde ein ständiger Dialog zwischen den verantwortlichen Behörden von Bund und Kantonen zur Gesundheitspolitik etabliert. Dieser «Dialog Nationale Gesundheitspolitik» veranlasste im April 2010 die Erarbeitung einer Voranalyse zu den wichtigsten gesundheitspolitischen Schwierigkeiten, die sich aufgrund der aktuellen Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen ergeben.

Auf dieser Grundlage beschloss der «Dialog Nationale Gesundheitspolitik» am 21. Oktober 2010, die Thematik in einem Projekt «Nationale Gesundheitsstrategie» (Projekt NGS) weiterzuverfolgen. Die thematischen Hauptpfeiler sind die Steuerung im Gesundheitssystem, die dazu notwendigen Datengrundlagen sowie das System der Finanzierung und der Tarife. Die nationale Gesundheitsstrategie soll grundsätzliche Fragen in den Bereichen der Gesundheitsversorgung und der Prävention klären. An diesem grundlegenden Projekt beteiligen sich die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und das Bundesamt für Statistik (BFS).

Abb. 3: Themen der nationalen Gesundheitsstrategie (NGS)



Quelle: in Anlehnung an Balthasar et al., 2010, S. 3.

26 Vgl. www.nationalegesundheit.ch/de/projekte/projekt-nationale-gesundheitsstrategie/index.html (Zugriff am 14.11.2011).

Die Arbeitsgruppe «Nationale Gesundheitsstrategie» setzt sich mit drei Themenbereichen auseinander:

- Wirksame Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz: Hier geht es beispielsweise um Investitionen in die Prävention und deren Koordination oder um eine verbesserte Zusammenarbeit bei übertragbaren und nicht übertragbaren Krankheiten.
- Ausreichende, qualitativ hochstehende und effiziente Kuration: Hier stehen Fragen zum Angebot, zur Qualität und zu den Anreizstrukturen im Zentrum.
- Geeignete Steuerungsinstrumente: Es geht um die strategischen Ziele für das Gesundheitssystem und eine sinnvolle Steuerung, um bessere Datengrundlagen oder vermehrte Koordination der Politikbereiche. Wichtiges Thema sind ferner die Health Professionals (Bildung, Arbeitsmarkt, Grundversorgung).

Das Projekt wird vom BAG und von verschiedenen Arbeitsgruppen bearbeitet. Zur ersten Projektphase liegt ein Schlussbericht vom Oktober 2010 vor.²⁷

2.7 Entwicklungen auf Ebene Kanton

Die kantonale Gesundheitspolitik befasst sich mit folgenden Themen:

- Umsetzung der Vorgaben des Bundes
- Planung und Gestaltung der Versorgung
- Kontrolle der Akteure im Gesundheitswesen
- Prävention und Gesundheitsförderung

Die Entwicklungen in den Kantonen werden immer stärker durch laufend ändernde Bundesgesetze und Verordnungen mitbestimmt. Da deren Vollzug überwiegend den Kantonen übertragen wird, unterliegen auch das kantonale Gesundheitsgesetz und die damit verbundenen Verordnungen einem permanenten Revisionsprozess. Der Bund prägt die Entwicklungen auf Kantonsebene mit, indem er für bestimmte Aufgaben finanzielle Ressourcen bereitstellt.

2.8 Entwicklungen auf Ebene Gemeinden

Die Gemeinden haben kaum noch Einfluss auf die Gestaltung der Rahmenbedingungen. Sie sind aber gerade bei der Sicherstellung von ambulanten und stationären Pflegeleistungen (z. B. mittels Leistungsaufträgen an die Spitex-Vereine) von grösster Bedeutung. Die Gemeinden sind Standorte von unterschiedlichen Leistungserbringern im Gesundheitswesen. Die Gesundheitsversorgung geschieht in wichtigen Teilen heute noch mehrheitlich dezentral.

Für die Gemeinden ist die Vernetzung mit dem Kanton, aber auch untereinander, sehr wichtig. Eine funktionierende Zusammenarbeit zwischen und mit den Behörden, den Gesundheitsfachpersonen, Vereinen, Familien und Angehörigen und weiteren Beteiligten ermöglicht eine optimal abgestimmte Versorgung der Bevölkerung.

²⁷ Balthasar et al., 2010

3 Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden: Ausgangslage

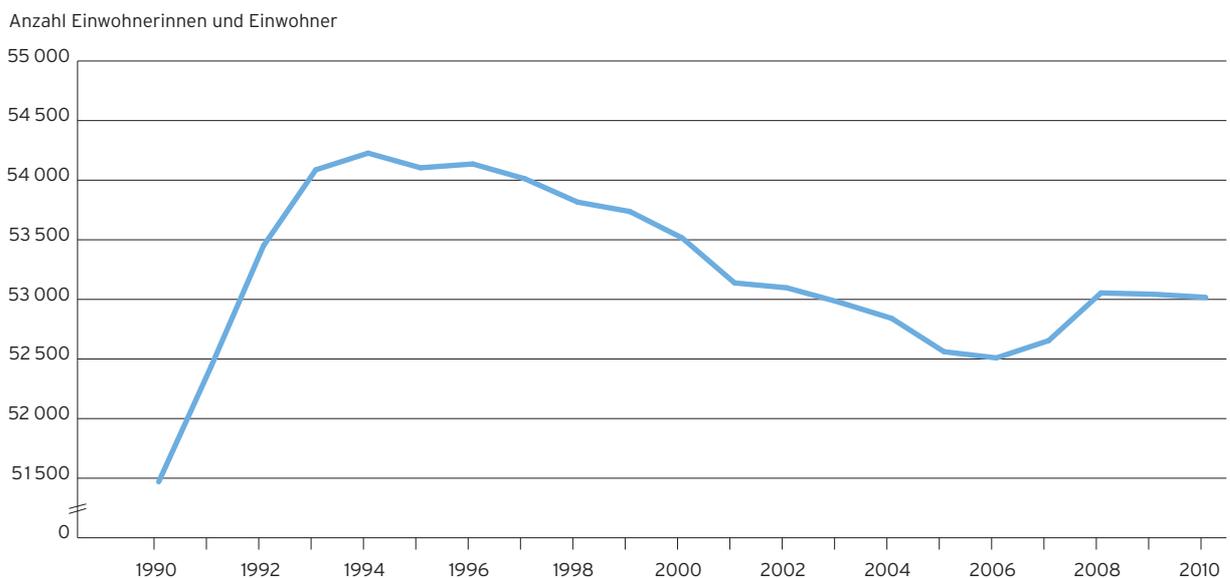
Im Auftrag des Kantons Appenzell Ausserrhoden hat das Schweizerische Gesundheitsobservatorium Obsan im Jahr 2010 einen Fachbericht erarbeitet, der erstmals einen Überblick über die Gesundheitssituation in Appenzell Ausserrhoden gibt.²⁸ Im vorliegenden Kapitel 3 werden überwiegend die zentralen Ergebnisse dieses Berichtes zusammengefasst. Aufgrund der grossen Bedeutung der demografischen Entwicklung für die Gesundheitsversorgung werden einleitend die Bevölkerungsentwicklung sowie die Altersstruktur im Kanton im Detail behandelt. Zum Schluss wird der konkrete Handlungsbedarf für Appenzell Ausserrhoden diskutiert.

3.1 Demografie

3.1.1 Bevölkerungsentwicklung in Appenzell Ausserrhoden

Ende Dezember 2010 betrug die ständige Wohnbevölkerung in Appenzell Ausserrhoden 53 017 Personen.²⁹ Zwischen 1990 und 1994 konnte ein deutlicher Anstieg der Bevölkerungszahlen verzeichnet werden, während bis ins Jahr 2006 ein stetiger Rückgang zu beobachten ist (siehe Abb. 4). Das erneute Wachstum der Einwohnerzahl seit 2006 hat sich in den Jahren 2009 und 2010 nicht fortgesetzt.

Abb. 4: Bevölkerungsentwicklung in Appenzell Ausserrhoden 1990 - 2010



Quelle: BFS, ESPOP/STATPOP 1990 - 2010; Auswertung Obsan, 2011

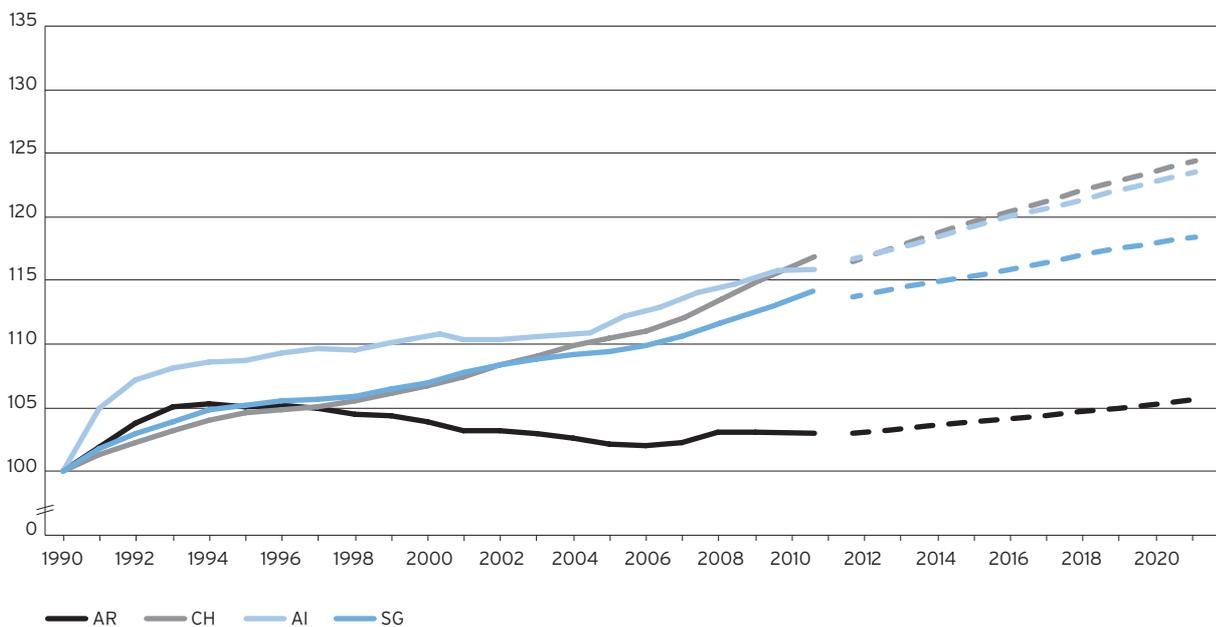
Im Vergleich mit der Gesamtschweiz sind die Bevölkerungszahlen in Appenzell Ausserrhoden und seinen beiden Nachbarkantonen Anfang der 90er-Jahre stärker angestiegen (siehe

²⁸ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium et al., 2010

²⁹ Die Bevölkerungsdaten basieren auf der offiziellen Statistik des Bundes (ESPOP/STATPOP) und weichen von den kantonal publizierten Daten ab (unterschiedliche Messung der Einwohnerzahl). Die offiziellen Werte des BFS für das Jahr 2011 werden erst im Herbst 2012 publiziert. Die Bevölkerungsangaben basieren im Gesundheitsbericht 2012 ausschliesslich auf den nationalen Statistiken.

Abb. 5). In Appenzell Ausserrhoden ist anschliessend ein Bevölkerungsrückgang zu verzeichnen, während die Einwohnerzahl in Appenzell Innerrhoden geringfügig bzw. im Kanton St.Gallen ähnlich wie in der Gesamtschweiz stetig angestiegen ist. In den Szenarien der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung geht das Bundesamt für Statistik (BFS) davon aus, dass Appenzell Ausserrhoden im Jahr 2020 wieder den Stand von 1994 von 54 370 Einwohnerinnen und Einwohnern erreichen wird. Dies liegt deutlich unter dem geschätzten Bevölkerungsanstieg für die Kantone Appenzell Innerrhoden und St.Gallen bzw. unter dem Schweizer Mittel, aber auch unter dem Ziel des Ausserrhoder Regierungsrats von 55 000 Einwohnerinnen und Einwohner gemäss Regierungsprogramm 2012 - 2015.

Abb. 5: Bevölkerungsentwicklung 1990 - 2010 und mittleres Szenario bis 2020 in Appenzell Ausserrhoden im Vergleich zu den Nachbarkantonen und zur Schweiz (Index 1990 = 100)



Quellen: BFS, ESPOP/STATPOP, SZENARIO A-00-2010, Auswertung Obsan, 2011

3.1.2 Altersstruktur in Appenzell Ausserrhoden

Die demografische Alterung wird in den nächsten Jahren auch im Gesundheitswesen zu einer besonderen Herausforderung. Aufgrund des Geburtenrückgangs und der steigenden Lebenserwartung wird die Zahl der über 64-Jährigen in den kommenden Jahren stark zu nehmen.³⁰ Diese Tendenz dürfte durch die Alterung der Baby-Boom-Generation noch verstärkt werden.

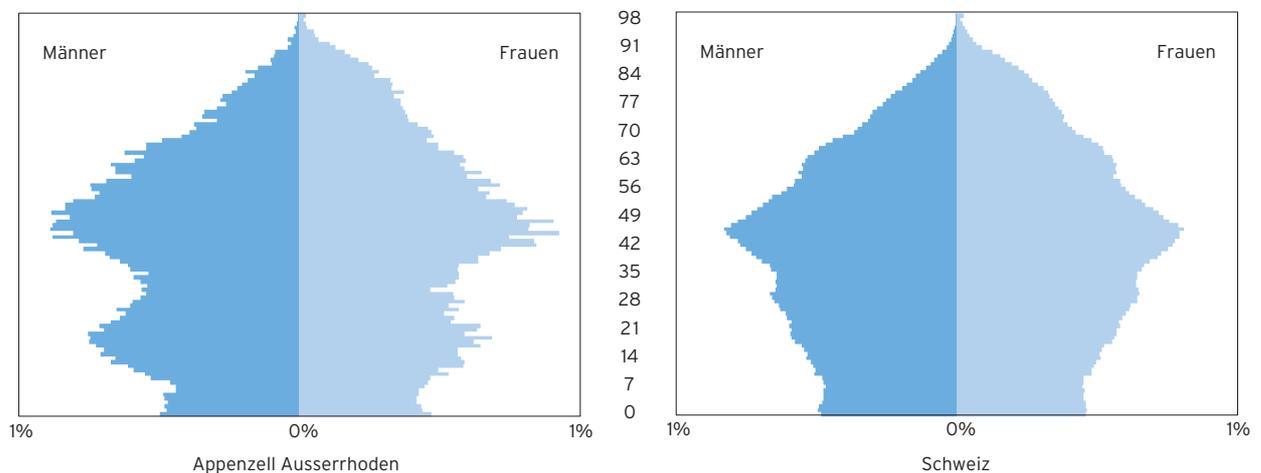
Abb. 6 zeigt für Appenzell Ausserrhoden sowie die Schweiz die Altersverteilung für das Jahr 2010. Grosse Unterschiede sind bei den Knaben/jungen Männern im Alter zwischen 9 und 22 Jahren und bei den Mädchen/jungen Frauen zwischen 10 und 19 Jahren zu beobachten. Der Anteil dieser Altersklassen ist in Appenzell Ausserrhoden deutlich höher als im Schweizer Mittel. Auch im hohen Alter sind in Appenzell Ausserrhoden höhere Bevölkerungsanteile zu verzeichnen, dies vor allem bei den Frauen. Demgegenüber ist der Anteil der jungen erwerbsfähigen Bevölkerung bis 40 Jahre deutlich geringer als im Schweizer Mittel.

³⁰ Schmid Botkine & Rausa-de Luca, 2008

Der erhöhte Jugend- und Altersquotient bzw. die negative Auswirkung auf den Anteil der Erwerbsbevölkerung wurde bereits im Ecopol-Bericht³¹ festgehalten.

In den nächsten zehn Jahren dürfte sich die Anzahl der über 64-jährigen Pflegebedürftigen in Appenzell Ausserrhoden mit 18 % ähnlich erhöhen wie im Schweizer Mittel.³² Diese Zunahme hat direkte Folgen für die Planung der zukünftigen Langzeitpflege.

Abb. 6: Bevölkerungsanteil nach Alter und Geschlecht für Appenzell Ausserrhoden und die Gesamtschweiz 2010



Quelle: BFS, STATPOP; Auswertung Obsan, 2011

3.2 Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 und anderer Studien

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung wird im Rhythmus von fünf Jahren durch das Bundesamt für Statistik durchgeführt. 2007 hat Appenzell Ausserrhoden dank der durch den Regierungsrat bewilligten Erhöhung der Stichprobe erstmals spezifische Daten zur Gesundheit der Bevölkerung für das Kantonsgebiet erhalten.³³ Das Obsan hat auf der Grundlage dieser Daten für Appenzell Ausserrhoden – wie auch für sechs weitere Kantone (Uri, Tessin, Luzern, Freiburg, Genf, Waadt) – einen kantonalen Bericht erarbeitet. Das daraus resultierende Dokument «Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden – Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007» wurde dem Kantonsrat als Zwischenbericht der kantonalen Gesundheitsberichterstattung an der Sitzung vom 13. September 2010 vorgestellt. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung wird 2012 erneut durchgeführt. Dabei werden im Kanton wiederum rund 500 Personen befragt, sodass erstmals Vergleichsdaten verfügbar sein werden. Die Auswertung wird voraussichtlich 2014/2015 erscheinen.

3.2.1 Allgemeine körperliche und psychische Gesundheit

Für die Periode 2006/2007 betrug die Lebenserwartung bei Geburt in Appenzell Ausserrhoden 79.1 Jahre für die Männer und 84.4 Jahre für die Frauen.³⁴ Diese Zahlen liegen nahe

³¹ Ecopol, 2010

³² Bayer-Oglesby & Höpflinger, 2010

³³ 13 Kantone sowie die Stadt Zürich haben zum Zweck separater Analysen ihre Stichproben mit zusätzlichen finanziellen Mitteln erhöht: AG, AR, BE, FR, GE, JU, LU, NE, SZ, TI, UR, VD, VS.

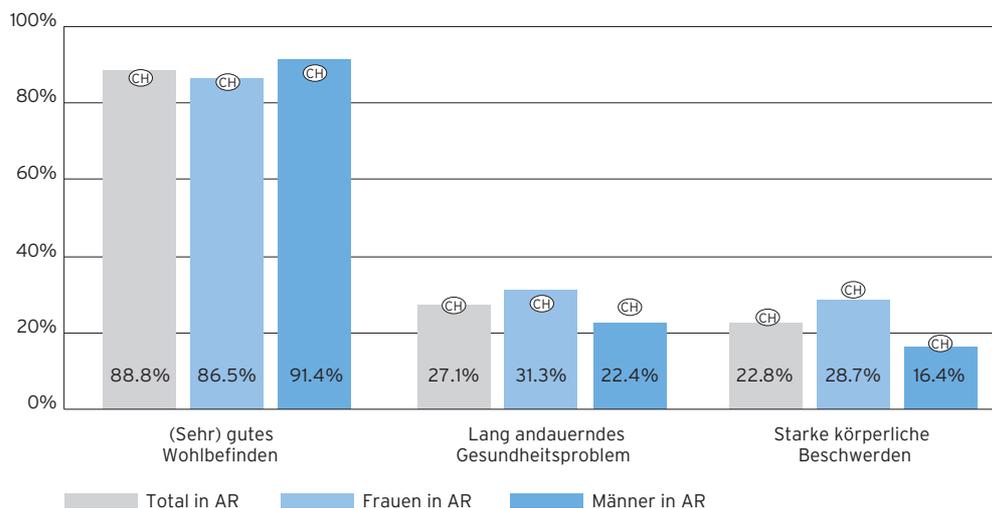
³⁴ BFS, 2008

beim Schweizer Durchschnitt. Die Lebenserwartung ist in Appenzell Ausserrhoden wie in der gesamten Schweiz in den letzten 20 Jahren stetig gestiegen. Insbesondere die Lebenserwartung der älteren Personen hat deutlich zugenommen, z.B. für die 65-Jährigen um 1.8 Jahre (Frauen) bzw. um 3.1 Jahre (Männer). Erkennbar ist auch, dass sich der Unterschied zwischen Männern und Frauen bezüglich Lebenserwartung verkleinert: 1986/87 betrug er 7.4 Jahre, 2006/2007 noch 5.3 Jahre.

Die Mehrheit der Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung (88.8%) fühlt sich gesundheitlich gut bis sehr gut; dies entspricht etwa dem Wert der Gesamtschweiz von 86.7% (siehe Abb. 7). Männer geben häufiger ein sehr gutes gesundheitliches Wohlbefinden an als Frauen. Zudem zeigt sich, dass höhere Bildung mit besserem gesundheitlichem Wohlbefinden einhergeht: Etwa 91% der Ausserrhoderinnen und Ausserrhoder mit nachobligatorischer Schulbildung stufen ihre Gesundheit als gut bis sehr gut ein, bei Personen ohne nachobligatorische Schulbildung sind es 74.7%.

Wie aus Abb. 7 weiter zu entnehmen ist, geben dennoch 27.1% der Ausserrhoderinnen und Ausserrhoder an, an einem lang andauernden Gesundheitsproblem zu leiden, und über ein Fünftel (22.8%) nennt starke körperliche Beschwerden. Hier zeigt sich ein deutlicher Geschlechterunterschied: Frauen berichten häufiger von einem lang andauernden Gesundheitsproblem und von starken körperlichen Beschwerden als Männer.

Abb. 7: Anteil Personen in Appenzell Ausserrhoden mit sehr gutem Wohlbefinden, mit lang andauerndem Gesundheitsproblem und starken körperlichen Beschwerden nach Geschlecht 2007

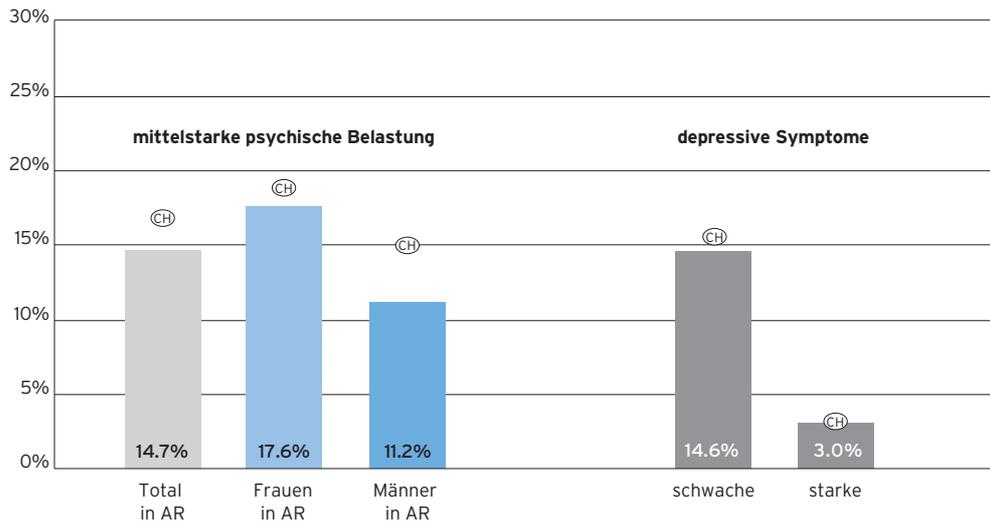


Gesundheitliches Wohlbefinden: n=489 (AR), n=18 750 (CH); Lang andauerndes Gesundheitsproblem: n=491 (AR), n=18 742 (CH); körperliche Beschwerden: n=460 (AR), n=17 421 (CH)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007; Auswertung Obsan, 2011

Abb. 8 zeigt Ergebnisse zur psychischen Gesundheit. In Appenzell Ausserrhoden berichten 14.7% der befragten Personen von einer mittleren oder starken psychischen Belastung. Frauen sind mit 17.6% stärker davon betroffen als Männer mit etwa 11%. Die Analysen ergeben zudem, dass 17.6% der Befragten von Depressionssymptomen berichten. Dabei handelt es sich bei 14.6% um schwache, bei 3.0% um starke Beschwerden. Die Anteile mit mittleren oder starken psychischen Belastungen und mit Depressionssymptomen liegen in Appenzell Ausserrhoden tendenziell unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt.

Abb. 8: Anteil Personen in Appenzell Ausserrhoden mit mittlerer oder starker psychischer Belastung bzw. mit Depressionssymptomen 2007



Mittlere/starke psychische Belastung: n=465 (AR), n=17 634 (CH); depressive Symptome: n=12 656 (CH)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007; Auswertung Obsan, 2011

3.2.2 Spezifische Erkrankungen

3.2.2.1 Tumorerkrankungen

Im Jahr 2008 sind in Appenzell Ausserrhoden 228 Krebserkrankungen neu diagnostiziert worden, 129 bei Männern, 99 bei Frauen (siehe Tabelle 5). Die häufigste neu diagnostizierte Krebserkrankung war bei Männern Prostatakarzinom, bei Frauen Brustkrebs.

Tabelle 5: Inzidenz von Krebserkrankungen in Appenzell Ausserrhoden 2008 (absolute Fallzahlen)

	Inzidenz	
	Männer	Frauen
Krebserkrankungen gesamt	129	99
Prostatakarzinom	38	–
Brustkrebs	–	31
Lungenkrebs	4	3
Darmkrebs	15	15

Quelle: Krebsregister St. Gallen-Appenzell; Auswertung Obsan, 2011

3.2.2.2 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind wie in der Gesamtschweiz auch in Appenzell Ausserrhoden die häufigste Todesursache (siehe Tabelle 6). Hier liegt der Anteil Todesfälle, die darauf zurückzuführen sind, über dem gesamtschweizerischen Durchschnitt.

Der Anteil Personen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen kann auf der Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragung nicht ermittelt werden, jedoch der Anteil Personen mit bestimmten Risikofaktoren für entsprechende Krankheiten. So geben 13.5 % (CH: 16.5 %; nicht signifikanter Unterschied) der Befragten in Appenzell Ausserrhoden Bluthochdruck und 7.5 % (10.5 %; signifikanter Unterschied) einen hohen Cholesterinspiegel an.

3.2.2.3 Sterbefälle aufgrund von Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Tabelle 6 stellt über den Zeitraum von 1999 bis 2008 die durchschnittliche Anzahl Todesfälle aufgrund von Krebs- sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen dar und vergleicht die Werte von Appenzell Ausserrhoden mit dem Schweizer Durchschnitt anhand der standardisierten Mortalitätsrate. Die Resultate zeigen, dass Todesfälle aufgrund von Krebserkrankungen bei den Frauen und bei den Männern in Appenzell Ausserrhoden signifikant seltener vorkommen als in der restlichen Schweiz.

Tabelle 6: Sterbefälle in Appenzell Ausserrhoden aufgrund von Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Geschlecht im Vergleich mit der Schweiz (SMR) 1999 - 2008 (zusammengezogene Fallzahlen)

	Frauen				Männer			
	Jährlicher Durchschnitt	Anteil	SMR(1) CH=100	Signifikanz	Jährlicher Durchschnitt	Anteil	SMR(1) CH=100	Signifikanz
	N	in %			N	in %		
Krebserkrankungen	45,0	17,5	86	***	54,9	22,7	82	***
Bösartige Tumore des Magens	1,4	0,5	–	–	2,8	1,6	–	–
Bösartige Tumore des Dickdarms	3,3	1,3	–	–	5,5	2,3	–	–
Bösartige Tumore des Pankreas	3,6	1,4	–	–	2,8	1,6	–	–
Bösartige Tumore der Trachea, Bronchien, Lunge	5,2	2,0	–	–	10,1	4,2	66	***
Bösartige Tumore der Brust	9,2	3,6	–	–	–	–	–	–
Bösartige Tumore der Cervix uteri	1,1	0,4	–	–	–	–	–	–
Bösartige Tumore des Ovars	3,5	1,4	–	–	–	–	–	–
Bösartige Tumore der Prostata	–	–	–	–	10,1	4,2	95	n.s.
Übrige Krebserkrankungen	17,7	6,9	79	***	23,6	9,8	78	***
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	117,8	45,7	109	***	99,5	41,2	116	***
Koronare Herzkrankheiten	42,3	16,4	106	n.s.	45,8	19,0	115	***
Lungenembolien	0,4	0,2	–	–	1,4	0,6	–	–
Hirngefässerkrankungen	20,2	7,8	93	n.s.	15,2	6,3	109	n.s.
Übrige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	54,9	21,3	123	***	37,1	15,4	121	***

(1) Standardisierte Mortalitätsrate (SMR), CH=100, Chi2 : *** p<0.005, ** p<0.01, * p<0.05, n.s.= nicht signifikant. Die SMR wird nicht berechnet, wenn die Anzahl Fälle zwischen 1999 und 2008 unter 100 liegt.

Quelle: BFS, Todesursachenstatistik 1999-2008; Auswertung Obsan, 2011

3.2.2.4 Infektionskrankheiten

Meldepflichtige Infektionskrankheiten sind in Appenzell Ausserrhoden selten. Sieben Infektionskrankheiten treten hier häufiger auf.³⁵ Bei den Geschlechtskrankheiten sind dies Chlamydiose, Gonorrhoe und Syphilis, wobei bisher nur Chlamydieninfektionen zweistellige Fallzahlen pro Jahr ergeben haben. Bei den weiteren bedeutenden Infektionskrankheiten handelt es sich um Masern, Pneumokokkenerkrankungen, Salmonellose und Hepatitis C. In den Jahren 2008 und 2011 traten Masern in Appenzell Ausserrhoden gehäuft auf. Vor einer Erkrankung an Masern, Pneumokokken und Salmonellose können Impfungen einen Schutz bieten. Keine Impfung ist gegen Hepatitis C möglich.

HIV/Aids kommt auch in Appenzell Ausserrhoden vor. Im Jahr 2010 sind aber laut BAG-Statistik keine neuen Fälle gemeldet worden. Die Situation darf als stabil bezeichnet werden. Neuinfektionen treten vor allem in städtischen Zentren (GE, VD und ZH) auf.

35 Vgl. Daten zu meldepflichtigen Krankheiten des BAG: www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/00733/00813/index.html?lang=de (Zugriff am 01.02.2012)

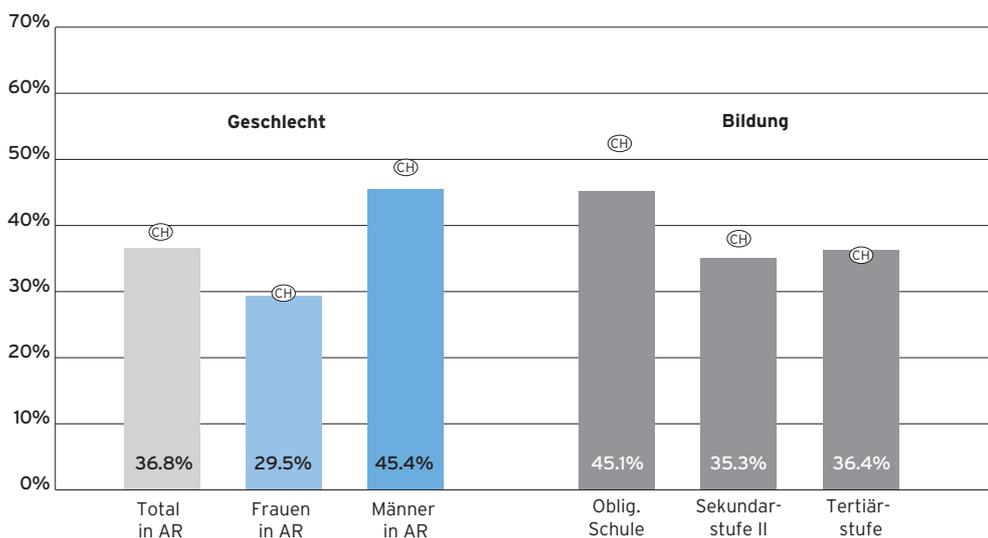
3.2.3 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Über ein Drittel (36.8%) der 18-jährigen und älteren Ausserrhoderinnen und Ausserrhoder sind übergewichtig. Dies entspricht etwa dem gesamtschweizerischen Durchschnitt von 38.9% (Abb. 9). Wie auf Schweizer Ebene zeigt sich auch in Appenzell Ausserrhoden ein deutlicher Geschlechterunterschied: 29.5% der Frauen gegenüber 45.4% der Männer sind übergewichtig. Wie aus Abb. 9 weiter zu entnehmen ist, sind Personen ohne nachobligatorische Schulbildung öfter von Übergewicht betroffen als Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II oder Tertiärstufe. Der Anteil Übergewichtiger nimmt mit dem Alter zu.

In Appenzell Ausserrhoden gelten 50.3% als körperlich «aktiv», 38.8% als «teilaktiv» und 10.9% als «inaktiv». Der Anteil «aktiver» Personen ist somit deutlich höher, der Anteil «inaktiver» Personen entsprechend tiefer als im gesamtschweizerischen Durchschnitt (CH: 41.1% resp. 15.9%). Frauen, ältere Personen und Personen ohne nachobligatorische Bildung sind häufiger «inaktiv».

27.7% der Ausserrhoderinnen und Ausserrhoder rauchen, was dem gesamtschweizerischen Durchschnitt entspricht. Männer (32.8%) rauchen häufiger als Frauen (23.3%). Der Anteil Rauchende sinkt mit steigendem Alter: Während 34.6% der 15- bis 34-Jährigen rauchen, sind es bei den 65-Jährigen und Älteren noch gut 14%.

Abb. 9: Anteil Personen in Appenzell Ausserrhoden mit Übergewicht (inkl. Adipositas) nach Geschlecht und Bildung 2007



n=460 (AR), n=17 879 (CH)

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007; Auswertung Obsan, 2011

3.2.4 Nachfrage nach ärztlichen Leistungen

In Appenzell Ausserrhoden haben laut Gesundheitsbefragung 2007 24.4% der Bevölkerung in den letzten zwölf Monaten keinen Arzt besucht (im Schweizer Durchschnitt 21.6%).³⁶ Von der Ausserrhoder Bevölkerung haben gemäss eigenen Angaben 90.7% einen Hausarzt oder eine Hausärztin, was vergleichbar ist mit dem schweizerischen Durchschnitt von 87.9%.³⁷

³⁶ Widmer et al., 2010: Tab. 6.1

³⁷ Widmer et al., 2010: S. 108

Die mittlere Anzahl Arztkonsultationen pro Person und Jahr liegt in Appenzell Ausserrhoden bei 3.5 und damit signifikant tiefer als der Schweizer Durchschnitt von 4.1.³⁸ Ausschlaggebend für diesen tieferen Wert ist, dass vor allem Fachärztinnen und Fachärzte weniger häufig aufgesucht werden: Liegt in der Schweiz der Durchschnitt bei 1.8 Konsultationen pro Jahr, sind es in Appenzell Ausserrhoden nur 1.4 Konsultationen.

Diese Ergebnisse können gewisse Verzerrungen aufweisen, da die Angaben von den befragten Personen stammen. So wurden Differenzen zur Anzahl Arztbesuche zwischen der Gesundheitsbefragung und dem Datenpool 2004 von santésuisse festgestellt; insbesondere die Zahl der Hausarztbesuche dürfte in der Gesundheitsbefragung zu tief liegen.³⁹

3.2.5 Nachfrage nach pflegerischen und therapeutischen Leistungen

Im Jahr 2007 haben gemäss Schweizerischer Gesundheitsbefragung in Appenzell Ausserrhoden 2.2% der Bevölkerung Spitex-Dienste bezogen und 8.2% Hilfe von Angehörigen, Freundinnen/Freunden oder Nachbarinnen/Nachbarn (informelle Hilfe) in Anspruch genommen. Diese Anteile liegen etwas tiefer als im Schweizer Durchschnitt (2.5% bzw. 8.8%), die Unterschiede sind jedoch nicht signifikant.

Die Ausserrhoderinnen und Ausserrhoder berichten für die zwölf Monate vor der Befragung von durchschnittlich 0.31 komplementärmedizinischen Konsultationen bei Ärztinnen und Ärzten. Sie unterscheiden sich somit kaum von den Vergleichsregionen wie der Deutschschweiz oder der Grossregion Ostschweiz (je 0.37 Konsultationen pro Kopf). Die mittlere Anzahl komplementärmedizinischer Konsultationen bei nicht-ärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten ist doppelt so hoch und liegt mit 0.62 Konsultationen pro Kopf nur leicht unter dem Schweizer Mittel von 0.65 Konsultationen.

3.2.6 Handlungsbedarf aus den Ergebnissen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007

Die Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 zeigen für Appenzell Ausserrhoden weitgehend ein positives Bild: Neun von zehn Ausserrhoderinnen und Ausserrhodern beurteilten den eigenen Gesundheitszustand als gut bis sehr gut. Dennoch können Bereiche und Massnahmen identifiziert werden, welche den guten Gesundheitszustand erhalten beziehungsweise weiter verbessern können:

- Zwar sterben in Appenzell Ausserrhoden signifikant weniger Personen an Krebserkrankungen als in der Gesamtschweiz, Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen kommen hier aber häufiger vor als im Schweizer Durchschnitt. Gezielte Präventionsmassnahmen in den Bereichen Tabak- und Alkoholkonsum, Bewegung und Ernährung können helfen, diese Erkrankungen einzudämmen, und durch Vorsorgeuntersuchungen können sie vorzeitig identifiziert werden.
- Übergewicht, geringe körperliche Aktivität und Rauchen sind für verschiedene Krankheiten Risikofaktoren. Diese Risikofaktoren sind in Appenzell Ausserrhoden zwar nicht überdurchschnittlich häufig, dennoch ist der Anteil Personen, die eine oder mehrere dieser Risikofaktoren aufweisen, erheblich. Es kann davon ausgegangen werden, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen (z.B. Personen mit tieferer Bildung) besonders betroffen sind.

³⁸ Widmer et al., 2010: S. 111

³⁹ Widmer et al., 2010: S. 114

- Wenngleich der psychische Gesundheitszustand in Appenzell Ausserrhoden tendenziell besser ist als in der Gesamtschweiz, so ist doch der Anteil Personen mit mittlerer/starker psychischer Belastung bzw. mit Depressionssymptomen relativ hoch. Auch hier sind bestimmte Bevölkerungsgruppen stärker betroffen, z.B. Personen aus tieferen Bildungsschichten, Alleinerziehende, chronisch kranke Personen etc. Mit dem Ausserrhoder Bündnis gegen Depression, das Teil des Regierungsprogramms 2007 bis 2011 war, engagierte sich Appenzell Ausserrhoden seit 2008 im Bereich der Früherkennung von Depression und der Unterstützung depressiv erkrankter Menschen.
- Aufgrund der demografischen Alterung und des aktuell bereits hohen Anteils älterer Personen in Appenzell Ausserrhoden werden die Prävention von altersbedingten Beeinträchtigungen (generative Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stürze etc.) sowie die Langzeitpflege einen noch grösseren Stellenwert erhalten. Vor allem in den Alters- und Pflegeheimen wird der Bedarf an qualifiziertem Gesundheits- und Pflegepersonal ansteigen.⁴⁰ Mit einem gleichzeitig relativ geringen Anteil der jungen erwerbsfähigen Bevölkerung steht Appenzell Ausserrhoden hier vor der Herausforderung, für eine wachsende Anzahl Pflegebedürftiger auch in Zukunft genügend Personal und Einrichtungen bereitzustellen.

3.3 Ergebnisse der Impfstudie 2010

Appenzell Ausserrhoden hat sich 2010 zum zweiten Mal (nach 2007) an der Impfstudie der Universität Zürich beteiligt. Im Rahmen dieser Studie wurden Eltern zum Impfschutz ihrer Kinder befragt. Diese Erhebung fand auch in anderen Kantonen statt. Die Studie liefert verlässliche Daten über die Wirksamkeit von Impfprogrammen und die Durchimpfung bei Kindern und Jugendlichen. Sie dient als Grundlage für die Fachdiskussion, wie der Impfschutz künftig zu verbessern ist.

Für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung sind Impfungen von grosser Bedeutung. Sie verringern das Risiko von Epidemien, die durch Infektionskrankheiten ausgelöst werden, und tragen so dazu bei, das Gesundheitssystem, das bei Epidemien an seine Kapazitätsgrenzen stossen kann, stabiler zu halten.

3.3.1 Basisimpfungen / Schulimpfungen

Zu den Basisimpfungen gemäss Bundesamt für Gesundheit gehören Impfungen, die gegen folgende Krankheiten schützen: Diphtherie, Starrkrampf, Keuchhusten, Kinderlähmung, Hirnhautentzündung und Kehlkopfentzündung durch *Haemophilus influenzae*, Masern, Mumps, Röteln und Hepatitis B.

Die Impfstudie 2010 der Universität Zürich zeigt, dass der Impfschutz in Appenzell Ausserrhoden in den letzten fünf Jahren zwar besser geworden ist, aber nach wie vor den Empfehlungen der World Health Organisation (WHO) nur zum Teil genügt.⁴¹ Um die Übertragung eines Erregers wirksam zu unterbinden, muss eine gewisse Durchimpfung der Bevölkerung erreicht werden. In einigen Fällen liegt dieser Wert für eine adäquate Durchimpfung bei 95 %.

Gerade bei den hoch ansteckenden Erkrankungen wie den Masern liegt Appenzell Ausserrhoden deutlich unter dem empfohlenen Wert von 95 %. 2010 lag der Durchimpfungsgrad (Erstimpfung) bei den Kleinkindern von 24 - 35 Monaten bei 84.8 % (2007: 80.8 %), bei den 8-jährigen Kindern bei 86.1% (2007: 82.2 %) und bei den 16-Jährigen bei 92.9 % (2007: 93.1%). Eine zweite Impfung haben deutlich weniger Kinder und Jugendliche erhalten. Die

40 Jaccard Ruedin et al., 2007

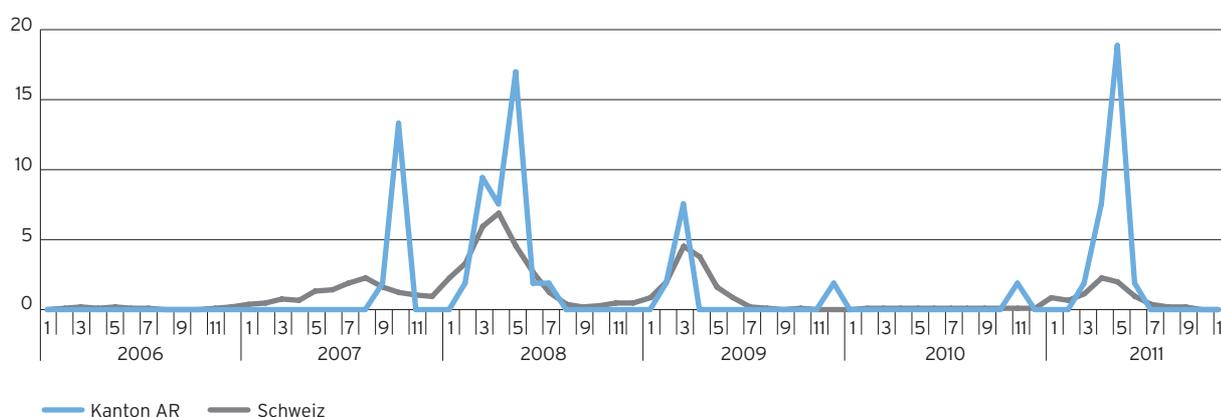
41 Lang, 2011 im Vergleich zu Lang, 2008

Werte liegen bei den Kleinkindern bei 77.2 % (2007: 65.4 %), bei den 8-Jährigen bei 80.0 % (2007: 65.6 %) und bei den 16-Jährigen bei 82.3 % (2007: 68.3 %).

Der Vergleich der Zahlen von 2007 und 2010 zeigt eine erfreuliche Entwicklung, die Durchimpfungsrate bei den Klein- und Schulkindern hat sich deutlich verbessert, und dies bei den Erst- und Zweitimpfungen. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei Mumps und Röteln, die in der Regel gemeinsam verimpft werden.

Die Daten von 2010 zur Durchimpfung in Appenzell Ausserrhoden zeigen, dass die ausländische Bevölkerung in der Alterskategorie der 8-Jährigen einen besseren Impfschutz als die Schweizer Kinder aufweist. Ebenso zeigt die Untersuchung, dass im Vergleich weniger Kinder von Müttern mit hohem Bildungsniveau geimpft sind als Kinder von Müttern mit tieferem und mittlerem Bildungsniveau.

Abb. 10: Vergleich der Masernfälle pro 100 000 Einwohner 2006 - 2011 in Appenzell Ausserrhoden und der gesamten Schweiz (monatliche Inzidenz)



Quelle: Bundesamt für Gesundheit, 2011

Im Jahr 2010/2011 wurden in der Schweiz aus 21 Kantonen insgesamt 681 Masernfälle gemeldet. 37 % der Fälle, die seit Dezember 2010 gemeldet wurden, sind Erwachsene ab 20 Jahren. 88 % der Fälle waren nicht geimpft, 6 % waren mit einer Dosis geimpft, 3 % mit zwei Dosen und 3 % mit einer unbekanntem Anzahl Dosen. Von den 653 Fällen, zu denen detaillierte Informationen übermittelt wurden, waren 66 (10 %) Patienten hospitalisiert, 27 (4 %) litten an einer Pneumonie (Lungenentzündung) und eine Person an einer Enzephalitis.⁴² Die Daten der letzten Masernepidemie in der Schweiz zeigen, dass auch erwachsene Personen auf den Impfschutz achten und ihn aktuell halten sollten. Auch wenn die absoluten Zahlen für Appenzell Ausserrhoden mit einem Maximum von rund 10 Fällen im Spitzenmonat des letzten Masernausbruchs im Mai 2011 gering sind, zeigt Abb. 10 klar, dass die Häufigkeit der Erkrankungen, gemessen an der Bevölkerungszahl, weit über dem nationalen Wert lag.

Bei der Polio-Impfung (Kinderlähmung) beträgt der Durchimpfungsgrad (Erstimpfung) 2010 je nach Alterskategorie 90.6-97.7 % (2007: 94.1-100 %). Der Impfschutz hat sich gegenüber dem Jahr 2007 zwar etwas verschlechtert. Die Veränderungen liegen teils im Bereich der statistischen Ungenauigkeit. Vier Impfdosen haben bei den 8- und 16-Jährigen 85.4-93.7 % der Kinder und Jugendlichen erhalten (2007: 88.0-95.0 %). Für einen wirksamen Impfschutz der Bevölkerung ist bei Polio eine Durchimpfungsrate von 80-85 % notwendig. Der Impfschutz ist somit ausreichend. Der letzte Fall von Polio ist in der Schweiz

⁴² Impfinformation des BAG: <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/01087/index.html?lang=de> (Zugriff am 2.2.2012)

1982 aufgetreten. In vielen Entwicklungs- und Schwellenländern ist Polio jedoch nach wie vor präsent.

Gemäss Tabelle 7 ist 2010 der beste Impfschutz in Appenzell Ausserrhoden im Bereich Diphtherie und Tetanus mit 91.2-97.3% (2007: 94.2-100%) Erstimpfungen festzustellen. Auch diese Impfungen werden meistens kombiniert abgegeben. Was hier aber ebenfalls auffällt ist, dass die Impfungen ungenügend wiederholt werden. Bei den Mehrfachimpfungen (vierte Impfung bei 8- und 16-Jährigen) werden nur noch Werte von 86.0-92% (2007: 88.6-94.5%) erreicht. Für einen wirksamen Impfschutz der Bevölkerung ist bei Diphtherie eine Durchimpfungsrate von 80-85% notwendig, da von einer geringeren Übertragungsrate von Mensch zu Mensch ausgegangen wird. Dieser Basiswert ist in Appenzell Ausserrhoden erreicht.

Der Impfschutz bei Hepatitis B liegt in Appenzell Ausserrhoden auf sehr tiefem Niveau. 41.1% sind doppelt geimpft und verfügen damit über einen ausreichenden Impfschutz. Der Zielwert liegt bei 70% Durchimpfung. Je nach Impfstoff und Impfzeitpunkt sind auch drei Impfungen notwendig.

Eine neuere Art von Impfung ist die HPV-Impfung (Humane Papillomaviren-Impfung), die Mädchen und jungen Frauen empfohlen wird. Sie schützt Frauen vor Gebärmutterhalskrebs, der durch bestimmte HPV-Virenstämme verursacht wird. Die Erhebungen der Impfstudie 2010 zeigen, dass 2010 in Appenzell Ausserrhoden 18.2% der Mädchen dreimal geimpft waren und somit über einen Impfschutz verfügen. Dieser Wert ist im interkantonalen Vergleich sehr tief. Aus diesem Grund hat das Amt für Gesundheit 2011 in einer breiten Informationskampagne nochmals auf die kostenlose Impfmöglichkeit bei den 11- bis 26-Jährigen hingewiesen. Der steigende Impfstoffbedarf 2011 zeigt, dass das Angebot tatsächlich vermehrt genutzt wird.

Tabelle 7: Durchimpfung (in Prozent) bei Kindern und Jugendlichen in Appenzell Ausserrhoden 2007 und 2010

n	2007			2010			Δ	2007			2010			Δ	2007			2010			Δ
	24-35 Mt	Total	24-35 Mt	Total	24-35 Mt	Total		24-35 Mt	Total	24-35 Mt	Total	8 Jahre	Total		8 Jahre	Total	8 Jahre	Total	16 Jahre	Total	
	178		172					171		167							185		181		
Di1	95.1	91.2	-3.9					94.2	93.6	-0.6							100	97.3	-2.7		
Di2	94.1	89.9	-4.2					92.4	92.5	0.1							98.2	95.0	-3.2		
Di3	91.1	88.8	-2.3					90.4	90.0	-0.4							97.2	93.9	-3.3		
Di4	76.8	80.0	3.2					88.6	86.0	-2.6							94.5	92.0	-2.5		
Di5								73.6	76.7	3.1							88.9	87.7	-1.2		
Di6																	61.7	69.5	7.8		
Tet1	95.7	93.0	-2.7					95.3	95.4	0.1							100	98.9	-1.1		
Tet2	94.1	91.8	-2.3					94.1	95.4	1.3							98.7	98.3	-0.4		
Tet3	91.1	89.9	-1.2					92.1	93.5	1.4							98.7	97.7	-1.0		
Tet4	76.8	80.0	3.2					90.4	87.1	-3.3							95.4	94.8	-0.6		
Tet5								73.6	77.3	3.7							90.1	88.2	-1.9		
Tet6																	62.4	70.1	7.7		
Per1	93.2	90.0	-3.2					92.4	87.2	-5.2							95.3	90.4	-4.9		
Per2	92.2	88.8	-3.4					90	86.1	-3.9							93	89.3	-3.7		
Per3	89.8	87.6	-2.2					88.8	84.8	-4.0							90.9	88.1	-2.8		
Per4	76.2	80.0	3.8					85.9	83.1	-2.8							20.8	68.6	47.8		
Per5								71.8	74.4	2.6											
Pol1	95.1	90.6	-4.5					94.1	91.9	-2.2							100	97.7	-2.3		
Pol2	94.1	89.4	-4.7					91.6	91.9	0.3							98.7	97.0	-1.7		
Pol3	91.1	88.2	-2.9					90.4	89.5	-0.9							97.8	96.0	-1.8		
Pol4	76.8	80.0	3.2					88.0	85.4	-2.6							95	93.7	-1.3		
Pol5								74.2	73.6	-0.6							87.4	85.9	-1.5		
Hib1	94.4	91.2	-3.2					89.3	87.8	-1.5											
Hib2	93.3	89.9	-3.4					87.3	85.9	-1.4											
Hib3		88.8	-1.6					86.7	85.9	-0.8											
Hib4	76.8	80.0	3.2					83.8	84.8	1.0											
Mas1	80.8	84.8	4.0					82.2	86.1	3.9							93.2	92.9	-0.3		
Mas2	65.4	77.2	11.8					65.6	80.0	14.4							68.3	82.3	14.0		
Mum1	80.2	84.8	4.6					80.9	82.6	1.7							92.6	92.4	-0.2		
Mum2	64.2	77.2	13.0					64.4	77.7	13.3							68.3	81.7	13.4		
Rö	80.2	84.8	4.6					80.9	82.6	1.7							92.6	91.7	-0.9		
Rö	64.2	77.2	13.0					64.4	77.7	13.3							68.3	81.7	13.4		
HepB1																	34.1	52.2	18.1		
HepB2																	30.4	41.1	10.7		
HepB3																	9.4	8.8	-0.6		

Legende: Di Diphtherie Mas Masern
Tet Tetanus Mum Mumps
Per Pertussis (Keuchhusten) Rö Röteln
Pol Polio (Kinderlähmung) HepB Hepatitis B
Hib Haemophilus influenza type b

Quellen: Lang, 2008 und Lang, 2011; Darstellung Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

3.3.2 Handlungsbedarf aus der Impfstudie 2010

Der Impfschutz der Bevölkerung in Appenzell Ausserrhoden entspricht noch nicht überall den Soll-Vorstellungen der WHO und des Bundesamts für Gesundheit. Impfungen sind ein wichtiger Faktor bei der Gesundheitsprävention - gerade aufgrund der hohen Mobilität der Bevölkerung und der damit gestiegenen Ausbreitungsgeschwindigkeit von Krankheiten. Zur Vermeidung von einigen chronischen Erkrankungen wie Hepatitis oder Polio bieten Impfungen den einzig verfügbaren Schutz.



Gesundheitsversorgung: Fakten, Herausforderungen und Positionen

4 Grundversorgung als interdisziplinäres Leistungsangebot

Grundsätzlich unterscheidet der Gesundheitsbericht 2012 zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Zunächst erfolgt ein Hinweis auf die kantonsübergreifende Vielfalt des Leistungsangebots im ambulanten und stationären Bereich. Anschliessend wird die aktuelle geografische Verteilung der Fachpersonen mit registrierten Gesundheitsberufen für Appenzell Ausserrhoden dargestellt.

4.1 Ambulante und stationäre Versorgung

Die ambulante medizinische Versorgung wird von den Hausärztinnen und Hausärzten, von Kinderärztinnen und Kinderärzten, von Spezialärztinnen und Spezialärzten erbracht; auch an Spitälern tätige Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachbereiche tragen zur ambulanten Versorgung bei.

Zur ambulanten Grundversorgung zählen ferner die Leistungen der Spitex und von freischaffenden nicht-ärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten. Der Regierungsrat versteht die ambulante Grundversorgung als interdisziplinäres Leistungsangebot, das gemeinsam von den genannten Gesundheitsfachpersonen erbracht wird; im weiteren Sinn zählen auch andere Berufsgruppen wie beispielsweise die Mütterberaterinnen dazu.

Die stationäre Versorgung wird von den kantonalen öffentlichen Spitälern sowie von privaten und öffentlich-rechtlichen Kliniken resp. Spitälern innerhalb und ausserhalb des Kantons erbracht. Auch die stationären Pflegeeinrichtungen zählen dazu. In einem Notfall erfolgt die Versorgung im nächstgelegenen geeigneten Spital. Wahleingriffe können besser geplant werden. Insbesondere der Versicherungsstatus beeinflusst die Klinikwahl teilweise erheblich.

Die ambulante und die stationäre medizinische Versorgung erfolgt kantonsübergreifend. Dabei nehmen Patientinnen und Patienten z.B. aus den Kantonen St. Gallen oder Appenzell Innerrhoden Gesundheitsleistungen in Appenzell Ausserrhoden in Anspruch wie umgekehrt Ausserrhoder Patientinnen und Patienten sich in anderen Kantonen versorgen lassen.

Für die Gesundheitsversorgung sind zahlreiche verschiedene Berufsgruppen zuständig. In den Kapiteln 5 und 6 werden ihre Leistungen dargestellt.

4.2 Registrierte Gesundheitsberufe

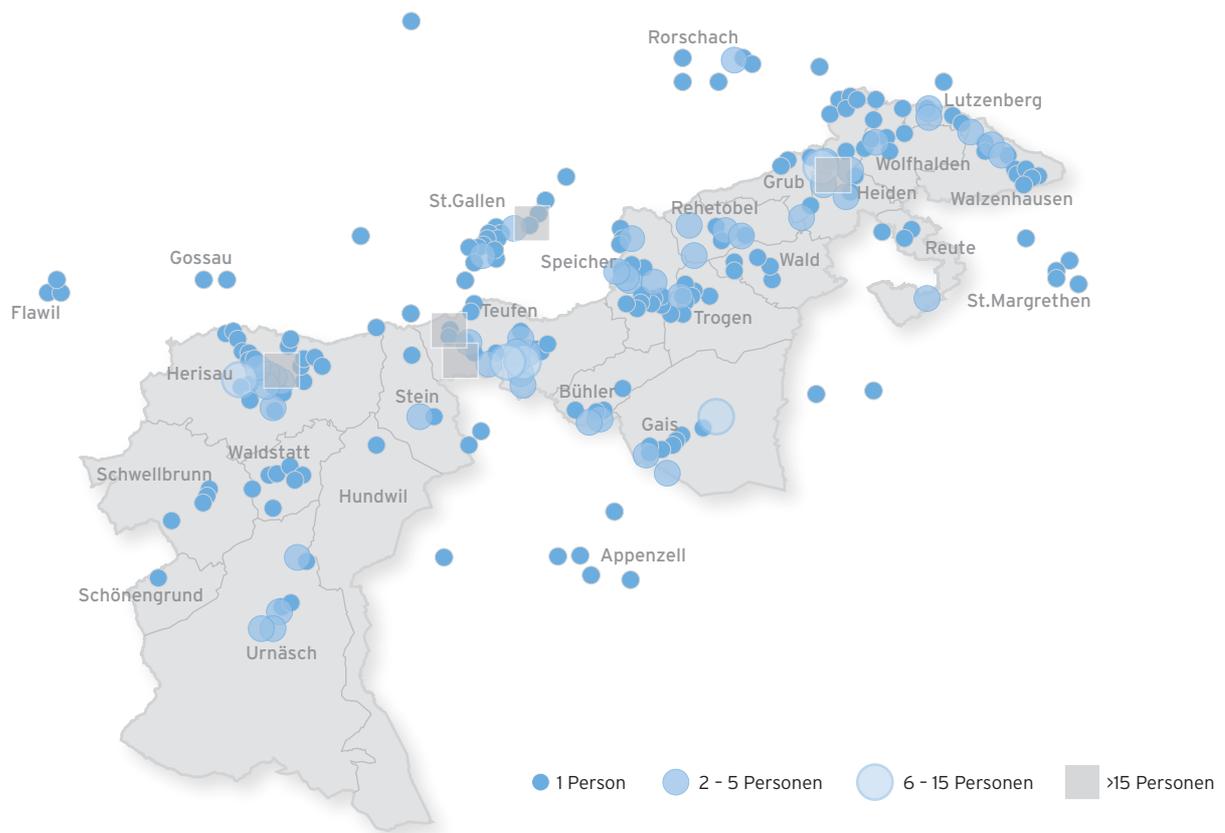
Gesundheitsfachpersonen tragen grosse Verantwortung und geniessen ein hohes Vertrauen. Sie benötigen eine Berufsausübungsbewilligung. Je nach Berufsgruppe sind die Vorschrif-

ten dafür in der kantonalen oder der Bundesgesetzgebung geregelt.⁴³ Einerseits werden die Ausbildungen auf ihre Gleichwertigkeit geprüft, andererseits werden bestimmte persönliche Voraussetzungen gefordert (z.B. keine berufsrelevanten Straftaten). Keine Bewilligung benötigt in der Regel das an Spitälern und Kliniken angestellte nicht-ärztliche Gesundheitsfachpersonal.

Insgesamt sind in Appenzell Ausserrhoden Anfang 2012 825 Personen bei der zuständigen Fachstelle für Gesundheitsfachpersonen und Heilmittelkontrolle registriert. Sie sind im Umfang von insgesamt 56'422 Stellenprozenten tätig. Der durchschnittliche Beschäftigungsgrad beträgt 68.4%.

Die Grafik zur Verteilung der Gesundheitsfachpersonen mit einer kantonalen Bewilligung oder mit einer Meldepflicht (siehe Abb. 11) zeigt, dass solche in sämtlichen Ausserrhoder Gemeinden tätig sind. Auch ausserkantonal Tätige sind darin erfasst, sofern sie ihren Beruf als Gesundheitsfachperson auf dem Gebiet von Appenzell Ausserrhoden ausüben. Bei der Verteilung sind geografische Unterschiede feststellbar. Erwartungsgemäss ist die fachliche Vielfalt in den drei Zentren Heiden, Teufen und Herisau am grössten.

Abb. 11: Geografische Verteilung der in Appenzell Ausserrhoden registrierten Gesundheitsfachpersonen 2012



Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

43 Berufsausübungsbewilligung nach eidgenössischem Recht sind unter (www.medregom.admin.ch/) abrufbar.

5 Ambulante Gesundheitsversorgung

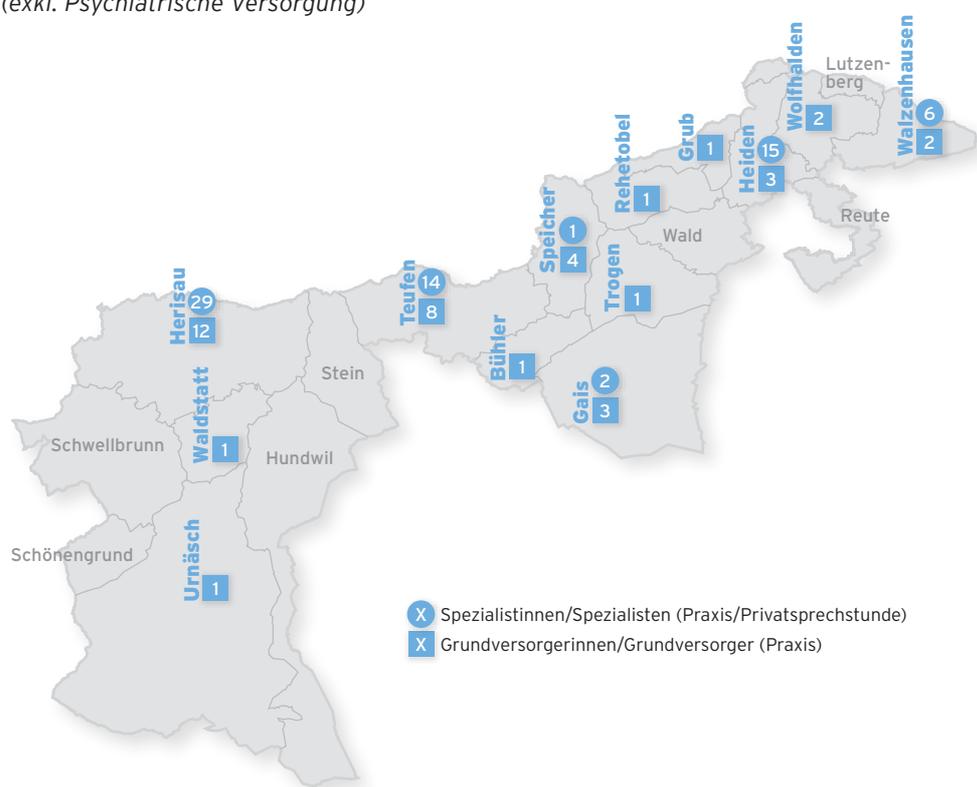
Dieses Kapitel beschreibt die ambulante Gesundheitsversorgung in Appenzell Ausserrhoden. Ambulante Versorgung stellt die Behandlung und Pflege von körperlichen oder psychischen Erkrankungen sicher, ohne dass die Patientinnen und Patienten in eine stationäre Einrichtung, wie etwa ein Spital oder ein Pflegeheim, eintreten. Neben der ärztlichen und nicht-ärztlichen sowie pflegerischen Versorgung werden weitere Leistungsangebote aufgeführt. Im ambulanten Bereich erbringen pflegende Angehörige grosse Leistungen – diese werden speziell gewürdigt. Die Gesundheitsversorgung insgesamt steht vor zahlreichen und grossen Herausforderungen. Der Handlungsbedarf wird zunächst für den ambulanten Bereich geschildert. Als Antworten auf die aktuellen und langfristigen Herausforderungen werden abschliessend die strategischen Positionen des Regierungsrats sowie die Massnahmenplanung im Bereich der ambulanten Grundversorgung ausgeführt.

5.1 Ambulante ärztliche Versorgung - Somatik

Die ambulante ärztliche Versorgung in Appenzell Ausserrhoden wird durch die Hausärztinnen und Hausärzte, die Notfallstationen und Ambulatorien der Spitäler sowie durch ambulante Spezialpraxen (inkl. Klinikprechstunden) sichergestellt. Da das Einzugsgebiet des Kantons für ausgewählte ambulante Leistungsanbieter zu klein ist, leisten auch Spezialpraxen in den angrenzenden Kantonen einen Anteil an der Versorgung von Appenzell Ausserrhoden.

Die Verteilung der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte (Somatik) auf Kantonsgebiet sieht wie folgt aus:

Abb. 12: Geografische Verteilung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Kanton 2012 (exkl. Psychiatrische Versorgung)



Anmerkung: Nicht gezählt wurden Oberärztinnen und Oberärzte und Fachärztinnen und Fachärzte ohne Privatsprechstunden sowie Assistenzärztinnen und Assistenzärzte.

Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012



5.1.1 Hausärztinnen und Hausärzte (ärztliche Grundversorgung)

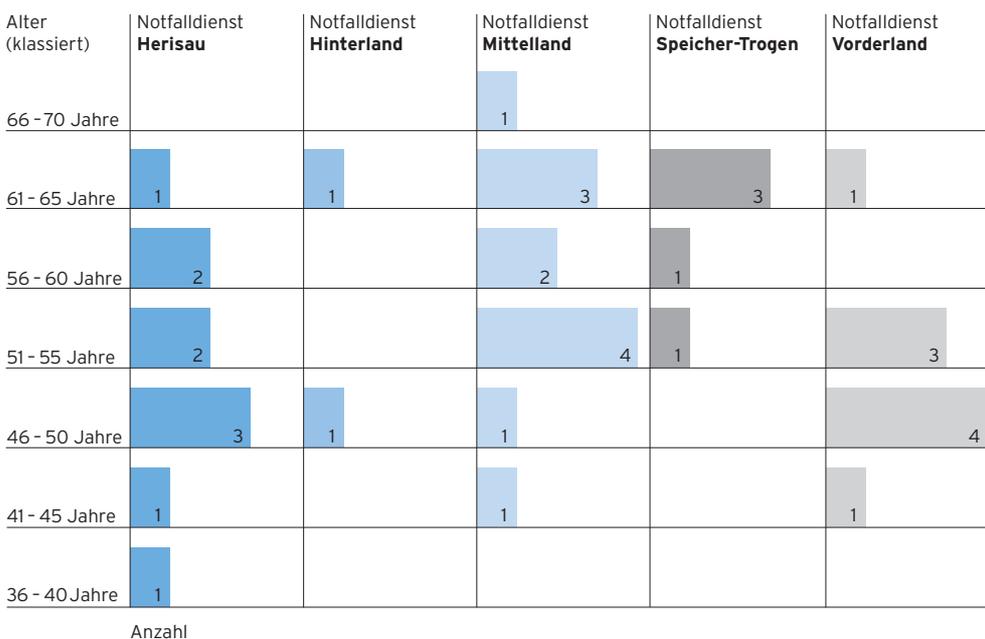
Per 31. Januar 2012 sind in Appenzell Ausserrhoden 40 Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte erfasst, wovon 33 einen Beschäftigungsgrad von 100% angeben; die sieben teilzeitlich tätigen Ärztinnen und Ärzte decken insgesamt 315 Stellenprozente ab. Somit stehen in der ärztlichen Grundversorgung 3 615 Stellenprozente zur Verfügung. Dies entspricht einem durchschnittlichen Beschäftigungsgrad von 90.4%.

In einzelnen Gemeinden/Regionen des Kantons stellt sich in den nächsten fünf Jahren das Problem einer dezentralen Unterversorgung mit Hausärztinnen und Hausärzten, sofern die infolge Pensionierung entstehenden Abgänge nicht mit einer Nachfolgelösung kompensiert werden können.

5.1.2 Notfallversorgung

Von besonderer Bedeutung sind die ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger auch für die dezentrale Notfallversorgung. Diese wird von der Appenzellischen Ärztesellschaft organisiert. Heute gibt es auf dem Gebiet von Appenzell Ausserrhoden fünf Notfallkreise: Herisau, Hinterland, Mittelland, Speicher-Trogen, Vorderland. In der folgenden Grafik ist die Altersverteilung von Notfalldienst leistenden Ärztinnen und Ärzten im Kanton ersichtlich.

Abb. 13: Altersverteilung Notfalldienst leistender Ärztinnen und Ärzte (nur Grundversorgung) in Appenzell Ausserrhoden 2012



Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

Die Grafik zeigt klar: Das altersbedingte Ausscheiden von Hausärztinnen und Hausärzten führt in absehbarer Zeit dazu, dass die Notfallversorgung vor allem in den Notfallkreisen Speicher-Trogen und Hinterland ohne Neuzugänge stark gefährdet ist. Hier besteht dringender Handlungsbedarf.

In Appenzell Ausserrhoden wirken neben Hausärztinnen und Hausärzten auch einzelne Spezialistinnen und Spezialisten am allgemeinen Notfalldienst mit. Im Vorderland sind zudem Ärztinnen und Ärzte aus der unmittelbaren Nachbarschaft (Thal, Buchen, Staad, Rheineck) eingebunden.

5.1.3 Ambulant tätige Spezialistinnen und Spezialisten

5.1.3.1 Spitalexterne Spezialistinnen und Spezialisten

37 Spezialistinnen und Spezialisten (exkl. Psychiatrie/Psychotherapie) sind im Januar 2012 als ambulant tätig registriert. Zum grossen Teil verfügen sie über eine eigene Praxis in Appenzell Ausserrhoden. Andere wirken im Rahmen eines Konsiliums an Kliniken, ohne dass sie im Kanton über Praxisräumlichkeiten verfügen (5 Ärztinnen und Ärzte). Insgesamt stehen Spezialärztinnen und -ärzte in Appenzell Ausserrhoden mit einem kumulierten Beschäftigungsgrad von 2 095 Stellenprozenten zur Verfügung. Der tiefe durchschnittliche Beschäftigungsgrad von 56.6% erklärt sich damit, dass die rein konsiliarisch Tätigen dies nur in geringem zeitlichem Umfang tun.

Eine Unterversorgung durch Spezialistinnen und Spezialisten kann im Allgemeinen nicht festgestellt werden. Mit dem Wegfall des Zulassungsstopps per 1.1.2012 ist eher mit einem wachsenden Angebot zu rechnen.

5.1.3.2 Spitalambulatorien

Privatsprechstunden

Die spezialärztliche ambulante Versorgung findet auch an den Spitälern und Kliniken statt. 25 Kaderärztinnen und -ärzte betreiben im Rahmen der Privatsprechstunden eine ambulante Praxis in den Räumlichkeiten einer Klinik. In der Regel werden 10–20% der Arbeitszeit für die Sprechstunden aufgewendet. Ein solches Angebot erbringen z.B. die Chef- und Leitenden Ärztinnen und Ärzte des Spitalverbunds. Die Datenlage lässt eine genaue Aufschlüsselung in stationäre und ambulante Tätigkeiten bei Klinikärztinnen und -ärzten aber nicht zu.

Allgemeines Ambulatorium

Eine ambulante Versorgung findet teilweise auch auf den Notfallstationen statt. Die Leistungen werden von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten, unterstützt durch Kaderärztinnen und Kaderärzte, erbracht. Zum Umfang der in diesem Bereich ambulant eingesetzten Ressourcen liegen keine Daten vor.

5.2 Ambulante ärztliche Versorgung - Psychiatrie

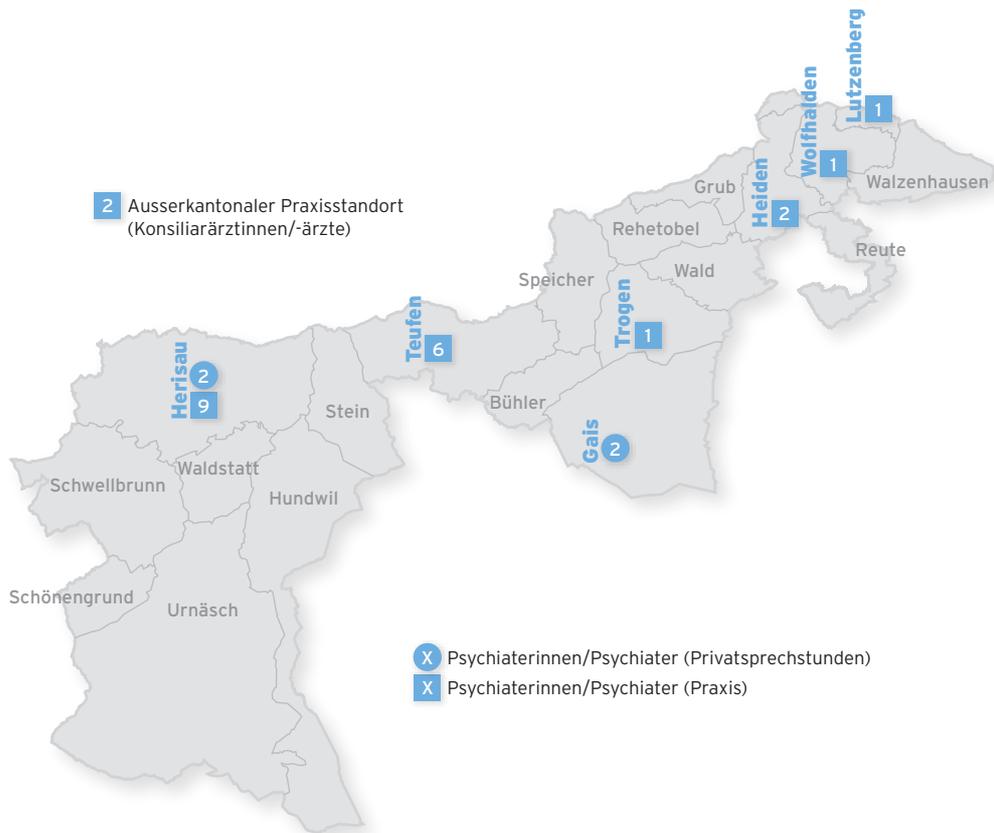
Die Versorgung mit ambulanten psychiatrischen Leistungen in Appenzell Ausserrhoden gehört wesentlich zur gesundheitlichen Grundversorgung und wird hier speziell dargelegt.

20 Psychiaterinnen und Psychiater betreiben ambulante Praxen oder sind in Gruppenpraxen angestellt und weisen zusammen einen Beschäftigungsumfang von 1 880 Stellenprozenten auf. Der durchschnittliche Beschäftigungsgrad beträgt 94.0%. Zwei Personen sind als Konsiliarärztinnen und -ärzte registriert, betreiben jedoch keine eigene Praxis im Kanton.

Vier Kaderärztinnen und Kaderärzte am Psychiatrischen Zentrum Appenzell Ausserrhoden (PZA) sowie an der Klinik Gais führen ambulante Behandlungen im Rahmen der Privatsprechstundentätigkeit durch.

Ambulante Behandlungen werden an den Kliniken auch von beaufsichtigten Assistenzärztinnen und Assistenzärzten oder von Oberärztinnen und Oberärzten vorgenommen. Zum Umfang der in diesem Bereich ambulant eingesetzten Ressourcen liegen ebenfalls keine Daten vor.

Abb. 14: Geografische Verteilung der ambulanten psychiatrischen Versorgung in Appenzell Ausserrhoden 2012



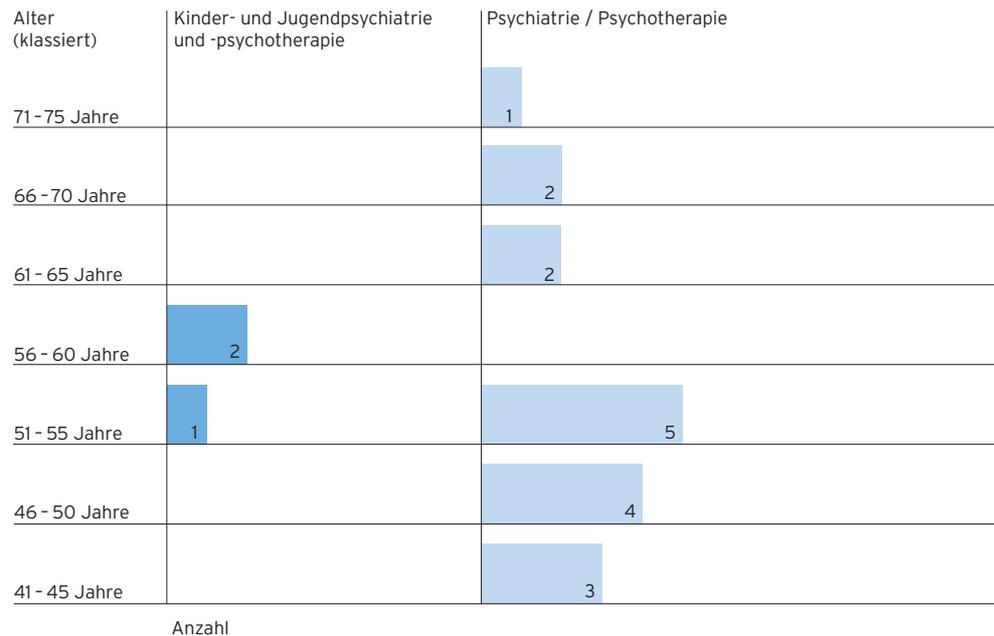
Anmerkung: Nicht gezählt wurden Oberärztinnen und Oberärzte und Fachärztinnen und Fachärzte ohne Privatsprechstunden sowie Assistenzärztinnen und Assistenzärzte.

Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

Von den 20 ausschliesslich ambulant tätigen Psychiaterinnen und Psychiatern haben drei eine Spezialisierung in Kinder- und Jugendpsychiatrie mit insgesamt 270 Stellenprozenten (siehe Abb. 15).

Die ambulante psychiatrische Versorgung in Praxen im Kanton ist zurzeit für erwachsene Personen noch ausreichend. Doch zeigt die Altersstruktur, dass drei praktizierende Psychiaterinnen und Psychiater das Pensionsalter bereits erreicht haben. Ein Wegfall der Kapazitäten müsste entweder durch neue Psychiaterinnen und Psychiater oder durch einen vermehrten Einsatz von delegiert arbeitenden Psychologinnen und Psychologen bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (vgl. 5.3.1) kompensiert werden.

Abb. 15: Altersstruktur der ambulant tätigen Psychiaterinnen und Psychiater in Appenzell Ausserrhoden 2012



Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

Eine deutliche Unterversorgung ist in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorhanden. Auch bei der ambulanten psychiatrischen Versorgung von Erwachsenen ist infolge von Pensionierungen eine Verknappung der Kapazitäten absehbar. Zudem fehlen nach wie vor ambulante Tagesstrukturen (psychiatrische Tageskliniken). Das kantonale Psychiatriekonzept hat dieses Angebotsdefizit erfasst.

5.2.1 Psychiatriekonzept für Appenzell Ausserrhoden - Fokus ambulante Versorgung

Der Regierungsrat hat die Erarbeitung eines neuen Psychiatriekonzeptes für Appenzell Ausserrhoden 2010 in Auftrag gegeben. Seit der Ausarbeitung des ersten Konzeptes im Jahre 1998 hat sich die Psychiatrie stark weiterentwickelt. Aus der eher verwahrenden Betreuung der Patientinnen und Patienten entwickelte sich eine hoch fachspezialisierte medizinische Disziplin, die sich als eine integrierte medizinische, psychiatrische und soziale Medizin versteht. Diese verlangt andere Strategien und Massnahmen in der Behandlung und Betreuung der Patientinnen und Patienten.

Das Psychiatriekonzept, das im Jahr 2011 bei den zuständigen Institutionen und Gesundheitsfachpersonen zur Konsultation freigegeben wurde, beschreitet neue Wege. Die Psychiatrie soll näher zu den Menschen gebracht werden. Von der institutionenzentrierten zur personenzentrierten Hilfeplanung lautet deshalb der Leitsatz des neuen Psychiatriekonzeptes. Die konzeptionellen Ziele sollen erreicht werden, indem die bestehenden Strukturen stufenweise durch ambulante Angebote inklusive Tageskliniken ergänzt werden:

- In Heiden wird eine Tagesklinik aufgebaut. Die Leistungen umfassen sozialpsychiatrische ambulante Behandlungen und Krisenintervention.

- Zusätzlich wird in Heiden ein Ambulatorium des PZA eingerichtet. Im Ambulatorium werden Gruppentherapien, Einzelgespräche, Ergotherapien und Milieutherapien angeboten.
- Am Standort Herisau wird das Ambulatorium in den Ort Herisau verlegt. Das ambulante Angebot wird erweitert und umfasst sozialpsychiatrische ambulante Behandlungen und Krisenintervention.
- An beiden Standorten, Heiden und Herisau, werden neben der klassischen sozialpsychiatrischen ambulanten Behandlung intensiv-ambulante Behandlungsformen entwickelt (Case Management, intensive aufsuchende Behandlung, psychiatrische Familienpflege).

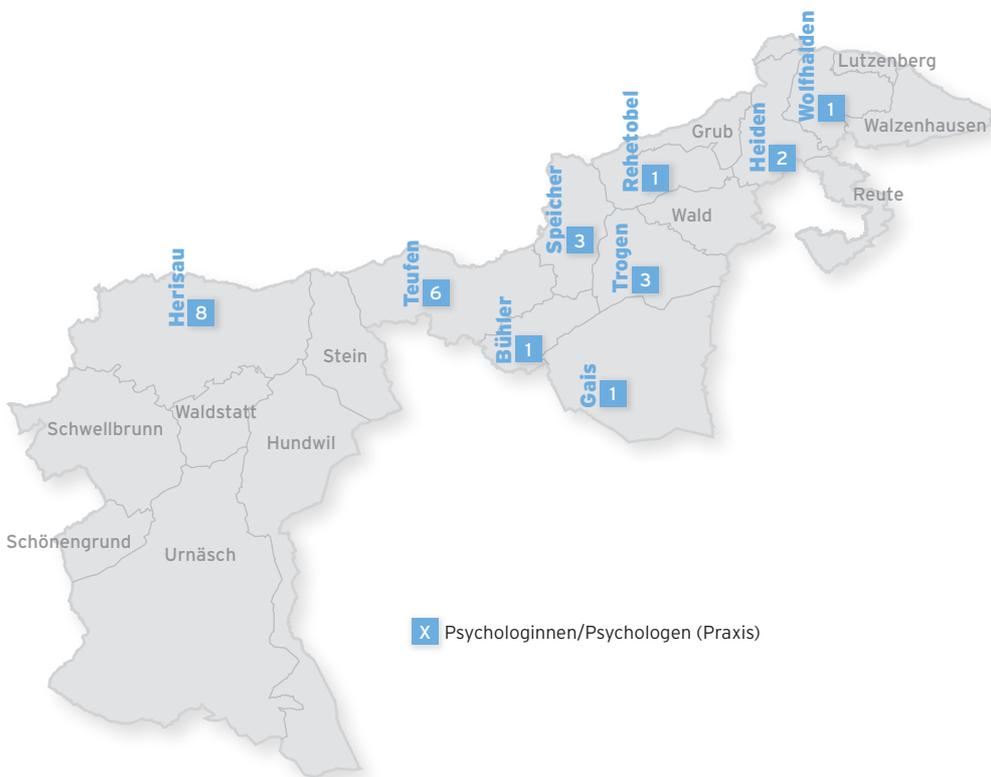
5.3 Ambulante nicht-ärztliche Versorgung

5.3.1 Psychologinnen und Psychologen

Für die psychische Gesundheit sorgen auch die in Appenzell Ausserrhoden tätigen Psychologinnen und Psychologen. Sie ergänzen in vielen Fällen die – ärztlichen – Psychiaterinnen und Psychiater. Insgesamt besitzen 26 Personen eine Berufsausübungsbewilligung «Psychologie» und arbeiten ausserhalb der Kliniken. Der Beschäftigungsumfang beträgt 1545 Stellenprozente, was ein durchschnittliches Arbeitspensum von 59.4 % ergibt.

Ein Mangel an Psychologinnen und Psychologen ist nicht feststellbar; die Versorgung ist ausreichend. Über die Verteilung der Praxen auf Kantonsgebiet gibt die folgende Grafik (siehe Abb. 16) Auskunft.

Abb. 16: Geografische Verteilung der ambulanten psychologischen Versorgung in Appenzell Ausserrhoden 2012



Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

Es ist geplant, den Beruf der Psychologin/des Psychologen ab 1. Januar 2013 einer bundesrechtlichen Regelung, dem Bundesgesetz über die Psychologieberufe, zu unterstellen. Damit findet eine Angleichung der Berufsvoraussetzungen zu den Medizinalberufen gemäss Medizinalberufegesetz statt.

5.3.2 Heilpraktische Leistungsanbieter

Die Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker bilden traditionell eine bedeutende Berufsgruppe in Appenzell Ausserrhoden. Sie können aufgrund ihres beruflichen Werdegangs in zwei Gruppen aufgeteilt werden: Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker mit und solche ohne ärztliche Ausbildung. Die Versorgung erfolgt ausschliesslich ambulant. Tabelle 8 zeigt die Verteilung nach Geschlecht und ausgewiesener medizinischer Ausbildung.

Tabelle 8: Ausbildungsprofil der Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker in Appenzell Ausserrhoden 2012

	Geschlecht		gesamt
	männlich	weiblich	
Heilpraktikerin/Heilpraktiker ohne ärztliche Ausbildung	83	131	214
Heilpraktikerin/Heilpraktiker mit ärztlicher Ausbildung (Human-, Zahnmedizin oder Chiropraktik)	5	4	9
Gesamt	88	135	223

Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

Total sind im Januar 2012 223 Personen als Heilpraktikerinnen oder Heilpraktiker im Kanton registriert. Davon haben neun ein medizinisches Studium und zusätzlich eine heilpraktische Ausbildung absolviert. Der Beschäftigungsumfang der Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker beträgt 14734 Stellenprozente. Die heilpraktische Tätigkeit wird von rund 125 Personen in Teilzeit erbracht, was sich im tiefen Durchschnittspensum von 66.2 % pro Person widerspiegelt.

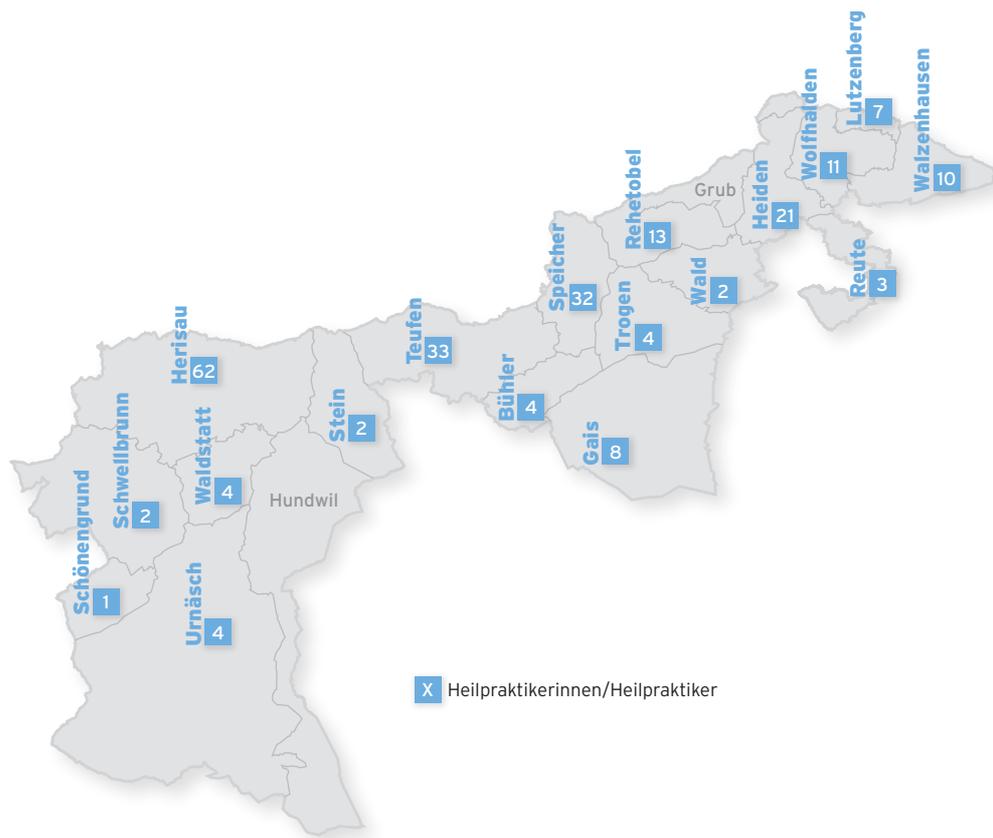
In Appenzell Ausserrhoden können Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker mit einer Bewilligung in der Regel die angewendeten Heilmethoden frei wählen. Sie haben sich dabei genügend Kenntnisse über die gewählte Therapieform anzueignen. Der Kanton besitzt somit keine auswertbaren Erkenntnisse darüber, wer welche heilpraktische Behandlungsform anbietet. Er sorgt jedoch mit einer anspruchsvollen kantonalen Prüfung für Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker für eine solide Wissensbasis.⁴⁴

Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker sind in fast allen Gemeinden des Kantons vertreten. Wie in Abb. 17 ersichtlich, konzentrieren sie sich stark auf die vier Zentren Herisau, Teufen, Speicher/Trogen und Heiden.

Ein Mangel an Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern ist nicht erkennbar.

⁴⁴ Anlässlich einer schriftlichen und mündlichen Prüfung erbringen die angehenden kantonal approbierten Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker den Nachweis ausreichender Kenntnisse über Aufbau und Funktion der menschlichen Organe, Hygiene im Praxisalltag, Heilmittelkunde, Herstellung und Prüfung von Arzneimitteln, Bedeutung meldepflichtiger Krankheiten, Therapiemöglichkeiten im Rahmen der heilpraktischen Verfahren und eidgenössisches und kantonales Gesundheitsrecht. (Prüfungsreglement für Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker; bGS 811.11.1).

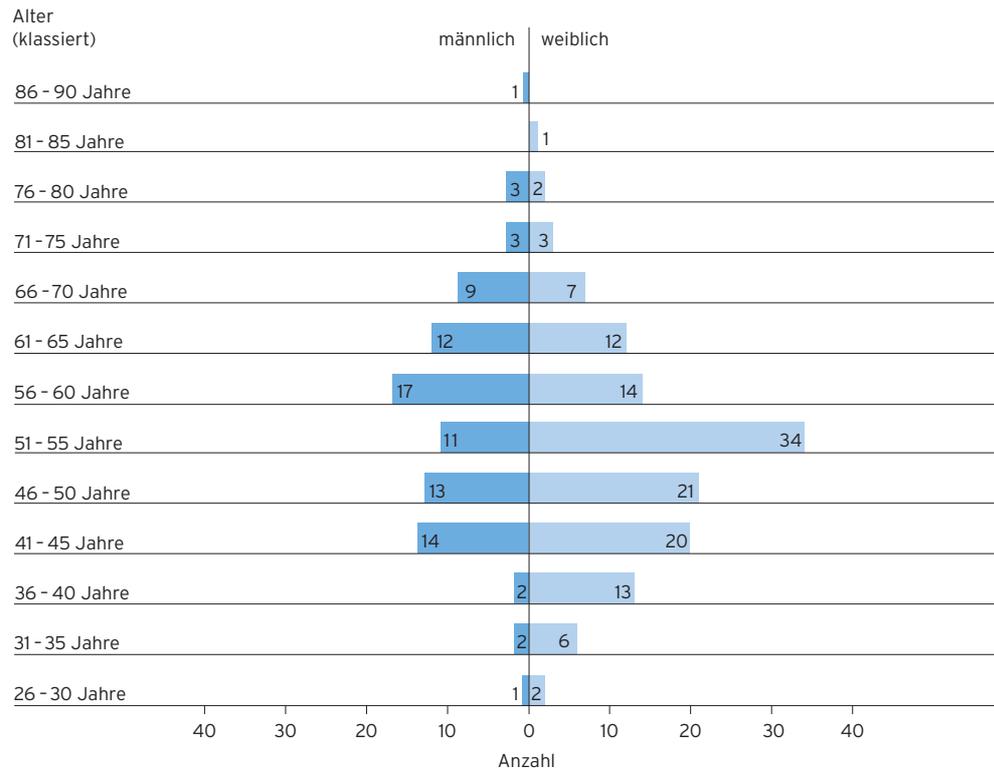
Abb. 17: Geografische Verteilung der Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker in Appenzell Ausserrhoden 2012



Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

Die demografische Zusammensetzung dieser Berufsgruppe zeigt, dass in diesem Berufsfeld über 60% Frauen arbeiten (siehe Abb. 18). Die Altersstruktur weist nur wenige Personen unter 40 Jahren aus.

Abb. 18: Alterspyramide bei Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern in Appenzell Ausserrhoden 2012



Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

Die Vielfalt bei den Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern hat in Appenzell Ausserrhoden Tradition. Der Kanton wird auch dank diesem Berufsstand als Gesundheitskanton identifiziert. Von grösster Bedeutung im Bereich der heilpraktischen Tätigkeit ist die Qualität der Behandlungen und damit verbunden der Ruf des Berufsstands. In der Frage der Qualitätssicherung spielen die Berufsverbände (z.B. Naturärzteverband NVS, VAHAR) eine wichtige Rolle.

Es ist vorgesehen, die verschiedenen Ausbildungen und Berufstitel in den Fachbereichen Alternativmedizin und Komplementärtherapie über eine höhere Berufsprüfung (HFP) mit eidgenössischem Diplom gesamtschweizerisch zu regeln. 2011 fand die Vernehmlassung der von der OdA (Organisation der Arbeitswelt) Alternativmedizin und der OdA Komplementärtherapie in koordinierten Projekten erarbeiteten Berufsbilder statt. Eine Einführung der höheren Fachprüfung im Jahr 2013 ist möglich.

5.4 Ambulante pflegerische Versorgung

5.4.1 Spitex

Die ambulante Hilfe und Pflege gehört ebenfalls zur Grundversorgung. Sie ist auch angesichts der demografischen Alterung ein immer wichtiger werdender Bereich. Die Leistungen werden zum einen von zehn Spitex-Organisationen mit Leistungsvereinbarungen mit den Gemeinden sichergestellt. Die Gemeinden Lutzenberg und Schönengrund haben den Leistungsauftrag für die ambulante Hilfe und Pflege seit vielen Jahren einer ausserkantonalen Spitex-Organisation erteilt. Zudem sind fünf private Spitex-Organisationen (ohne Leistungs-

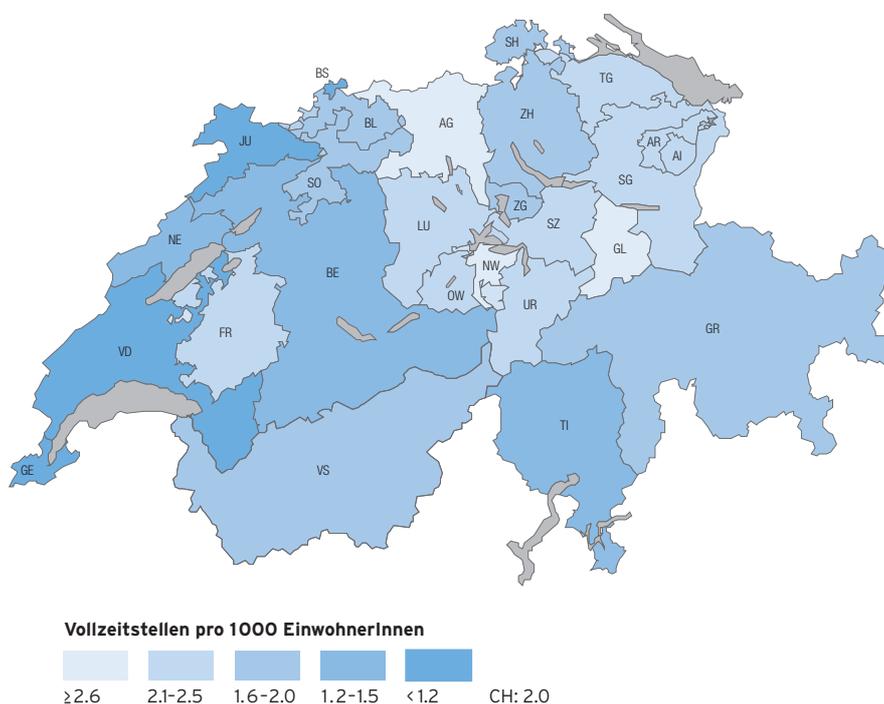
vereinbarung) auf dem Kantonsgebiet tätig. Eine dieser Organisationen ohne Leistungsvereinbarung ist die Kinderspitex Schweiz. Die Akut- und Übergangspflege als spezifisches Angebot wird von Heimen und der Spitex erbracht.

Gemäss Spitex-Statistik 2010 sind in Appenzell Ausserrhoden 1317 Personen durch die Spitex betreut worden. Diese Arbeit wurde von 227 Spitex-Mitarbeitenden mit einem Beschäftigungsumfang von insgesamt 7 600 Stellenprozenten erbracht.⁴⁵

In Appenzell Ausserrhoden kommen auf 1000 Einwohnerinnen und Einwohner 1.2 Vollzeitstellen der Spitex. Wie anhand Abb. 19 ersichtlich, ist die Betreuungskapazität in der Westschweiz im Vergleich zur deutschsprachigen Schweiz höher.⁴⁶

Die ambulante pflegerische Betreuung von psychisch kranken Menschen wird im Rahmen des Psychiatriekonzeptes erörtert (siehe 5.2.1).

Abb. 19: Spitex-Versorgungsdichte in den Kantonen 2010



Quelle: BFS, Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause - SPITEX, 2011

5.4.2 Freischaffende Pflegefachpersonen

In Appenzell Ausserrhoden sind 19 freischaffende Pflegefachpersonen mit einer kantonalen Berufsbewilligung tätig. Sie erbringen insgesamt einen Beschäftigungsumfang von 800 Stellenprozenten, was einem durchschnittlichen Arbeitspensum von 42.1% pro Person entspricht. Selbstständig tätige Pflegefachfrauen und -männer sind zum einen in der Pflege zu Hause tätig, zum anderen übernehmen sie Beratungsfunktionen wie z.B. Stillberatung. Vereinzelt arbeiten freischaffende Pflegefachpersonen zusätzlich Teilzeit an Kliniken.

45 BFS, 2011a: S. 30

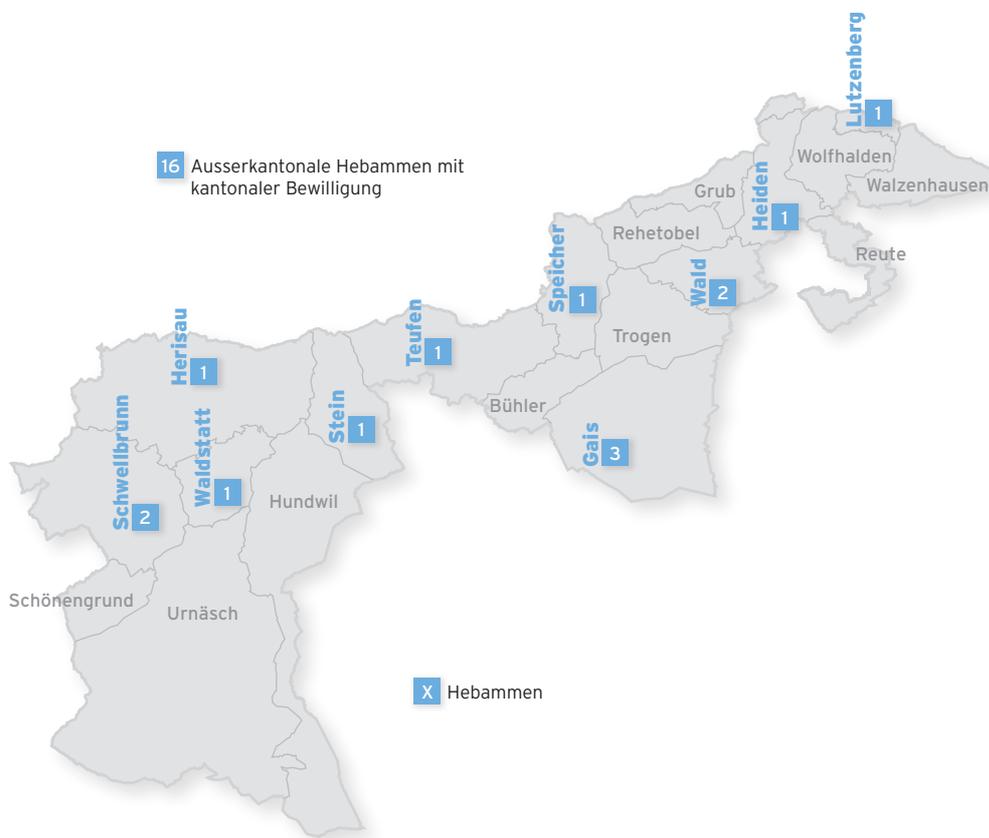
46 BFS, 2011a: S. 11

5.5 Weitere ambulante Leistungsangebote

5.5.1 Hebammen

In Appenzell Ausserrhoden sind 30 Hebammen mit einem Beschäftigungsumfang von insgesamt 970 Stellenprozenten oder einem durchschnittlichen Beschäftigungsgrad von 32.3% pro Hebamme tätig. Eine Besonderheit ist die hohe Zahl der Leistungserbringerinnen aus andern Kantonen sowie die recht homogene Abdeckung des Kantonsgebiets (siehe Abb. 20). Hebammen, die an den kantonalen Spitälern Herisau und Heiden angestellt sind, sind nicht in dieser Statistik enthalten.

Abb. 20: Geografische Verteilung der ambulant tätigen Hebammen in Appenzell Ausserrhoden 2012

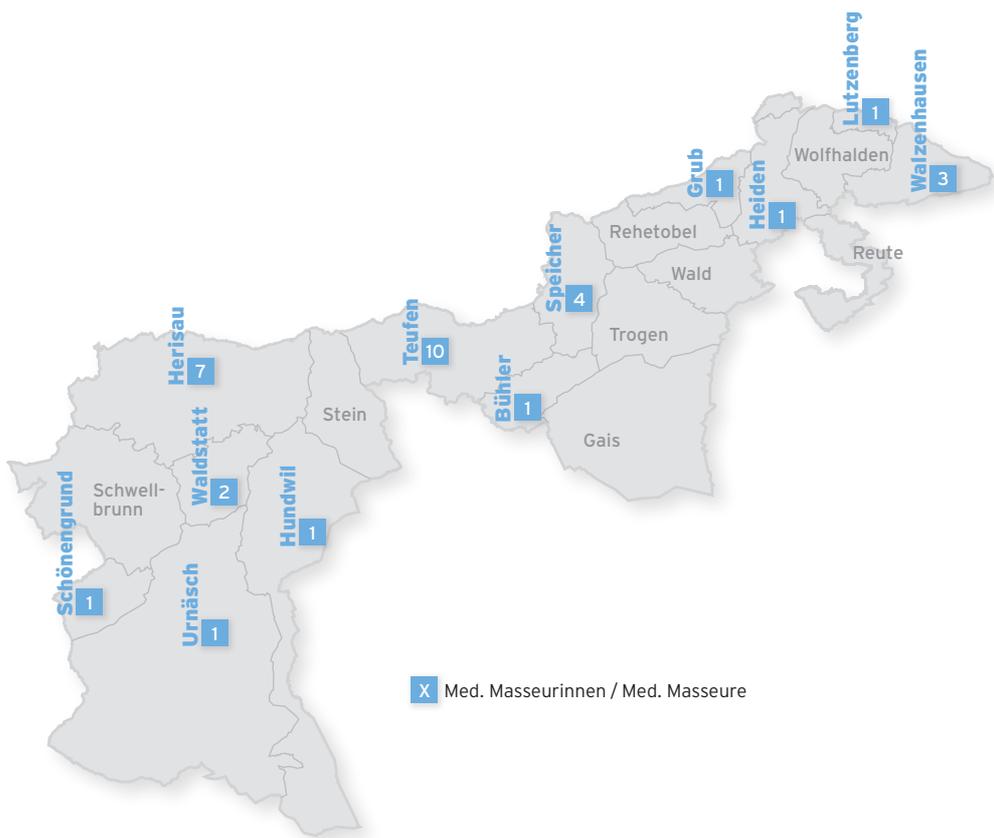


Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

5.5.2 Medizinische Massage

Eine grosse Berufsgruppe innerhalb der Gesundheitsfachpersonen bilden jene mit einer Ausbildung in medizinischer Massage. 33 medizinische Masseure und Masseurinnen verfügen über eine Bewilligung. Sie leisten insgesamt einen Beschäftigungsumfang von 2460 Stellenprozenten, was pro Person einem durchschnittlichen Pensum von 74.5% entspricht. Geografisch ist diese Berufsgruppe wie folgt über das Kantonsgebiet verteilt (siehe Abb. 21).

Abb. 21: Geografische Verteilung der medizinischen Masseurinnen und Masseur in Appenzell Ausserrhoden 2012



Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

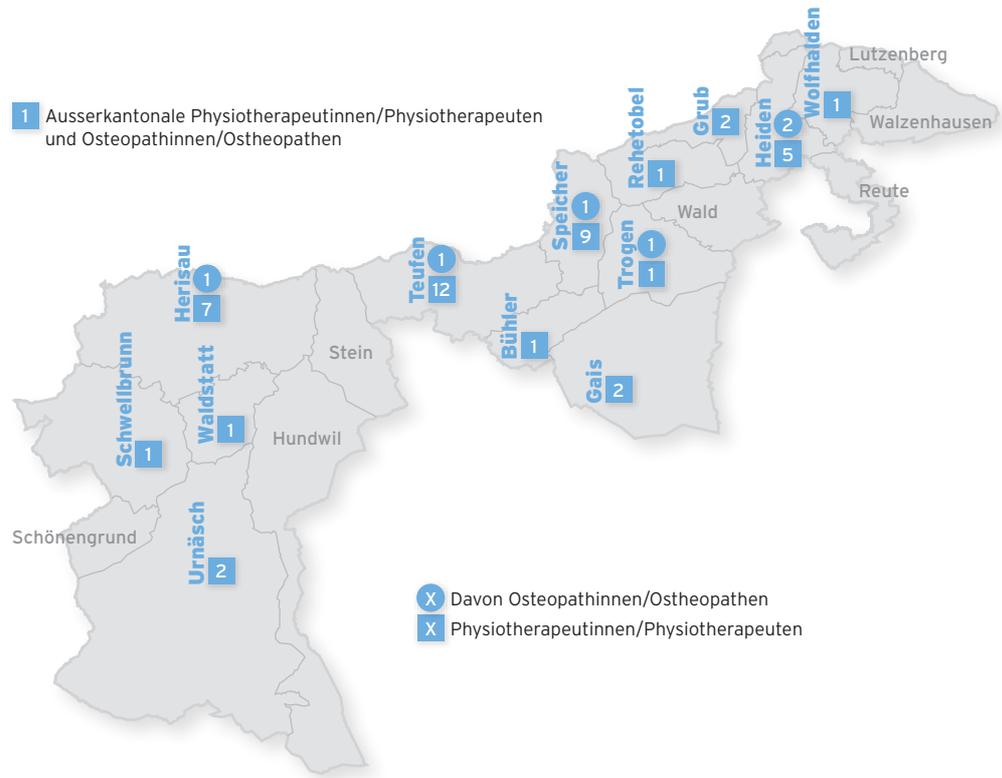
5.5.3 Physiotherapie und Osteopathie

Eine weitere bedeutende Gruppe von Therapeutinnen und Therapeuten arbeitet im Bereich der Physiotherapie und Osteopathie. Physiotherapeutinnen und -therapeuten arbeiten mit manuellen Techniken auf die Erhaltung oder Wiederherstellung der Bewegungs- und Funktionsfähigkeit des Körpers hin. Ebenso die Osteopathinnen und Osteopathen, die darüber hinaus auch noch Erkrankungen diagnostizieren können.

Insgesamt arbeiten in diesen Fachgebieten 45 Personen mit einer kantonalen Bewilligung. Alle haben eine Bewilligung als Physiotherapeutin/Physiotherapeut, und sechs davon besitzen zusätzlich eine solche als Osteopathin/Osteopath.

Der Beschäftigungsumfang beträgt 3 085 Stellenprozent im Bereich der Physiotherapie (durchschnittlicher Beschäftigungsgrad 68.5%) und 410 Stellenprozent im Bereich der Osteopathie (durchschnittlicher Beschäftigungsgrad 68.3%).

Abb. 22: Geografische Verteilung der Physiotherapeutinnen und -therapeuten und der Osteopathinnen und Osteopathen in Appenzell Ausserrhoden 2012



Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

5.5.4 Übrige ambulant tätige Gesundheitsfachpersonen

Die übrigen Gesundheitsfachpersonen mit einer kantonalen Berufszulassung verteilen sich wie folgt auf die Fachgebiete Chiropraktik, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Hörakustik, Logopädie, Orthoptik und Podologie:

Tabelle 9: Diverse ambulante Leistungserbringer im Gesundheitswesen in Appenzell Ausserrhoden 2012

Bewilligungsart	Geschlecht		gesamt
	männlich	weiblich	
Chiropraktik	1	0	1
Ergotherapie	0	6	6
Ernährungsberatung	0	1	1
Hörakustik	1	0	1
Logopädie	0	2	2
Orthoptik	0	2	2
Podologie	0	2	2
Gesamt	2	13	15

Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

Insgesamt decken diese verschiedenen Gesundheitsfachpersonen ein breites Leistungsspektrum ab – das nochmals grösser ist, wenn auch nicht bewilligungspflichtige Berufsgruppen wie zum Beispiel Mütterberaterinnen oder andere in der Gesundheitsprävention Tätige berücksichtigt werden.

5.6 Ambulante zahnmedizinische Versorgung

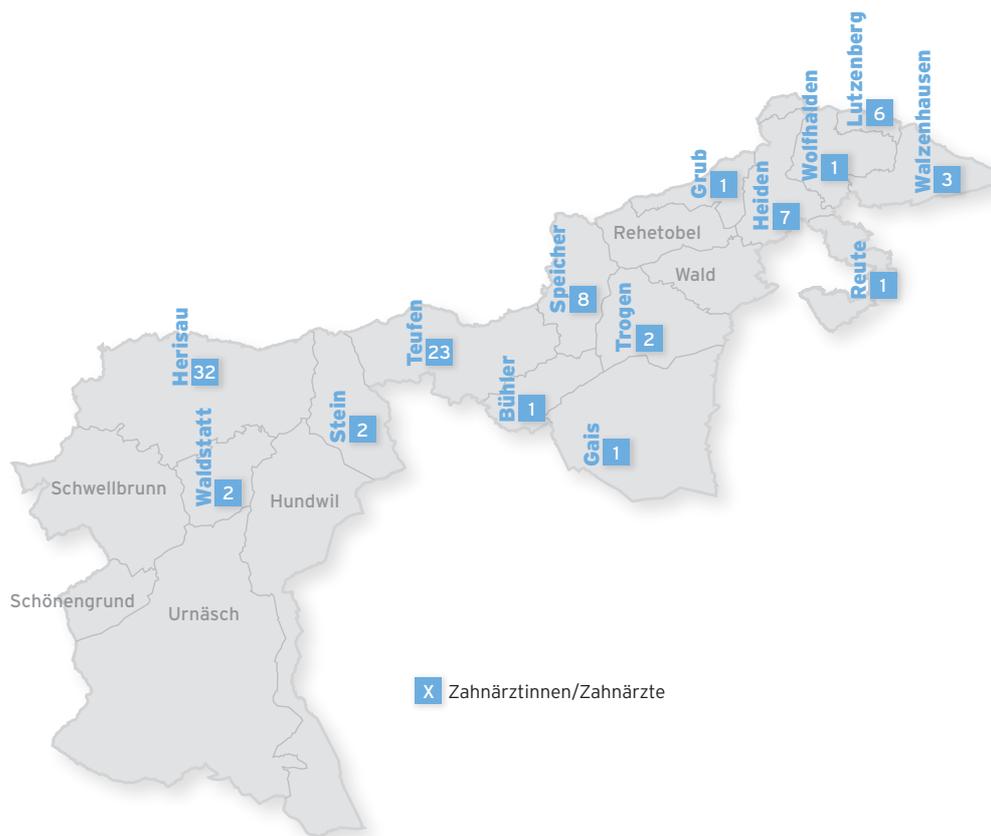
Die Zahnbehandlung ist nur in seltenen Fällen als KVG-Leistung anerkannt. Aus diesem Grund herrscht vollständige Freiheit bei der Wahl des zahnmedizinischen Leistungsanbieters.

In Appenzell Ausserrhoden sind total 90 Zahnärztinnen und Zahnärzte zugelassen. Die kumulierte Beschäftigung beträgt 7 870 Stellenprozente, was einen durchschnittlichen Beschäftigungsgrad von 87.5 % ergibt. Von den Zahnärztinnen und Zahnärzten besitzen 51 eine eidgenössische oder eidgenössisch anerkannte und 39 eine kantonale Zulassung. Seit der Einführung des eidgenössischen Medizinalberufegesetzes (MedBG; SR 811.11) im Jahr 2007 ist es den Kantonen nicht mehr erlaubt, kantonale approbierte Leistungsanbieter neu zuzulassen. Schon zuvor zugelassene Personen mit einem kantonalen Abschluss dürfen die Tätigkeit aber weiterhin ausüben.

Appenzell Ausserrhoden besitzt mit 1.8 Zahnärztinnen und Zahnärzten pro 1000 Einwohner die grösste Zahnärztedichte der Schweiz (CH-Durchschnitt: 0.5 Zahnärztinnen und Zahnärzte pro 1000 Einwohner)⁴⁷; Ein Versorgungsproblem besteht somit nicht. Vielmehr decken die Ausserrhoder Zahnärztinnen und Zahnärzte auch Versorgungsbedürfnisse der umliegenden Kantone mit ab.

Die Leistungsanbieter der Zahnmedizin verteilen sich wie folgt über das Kantonsgebiet:

Abb. 23: Geografische Verteilung der Zahnärztinnen und Zahnärzte in Appenzell Ausserrhoden 2012

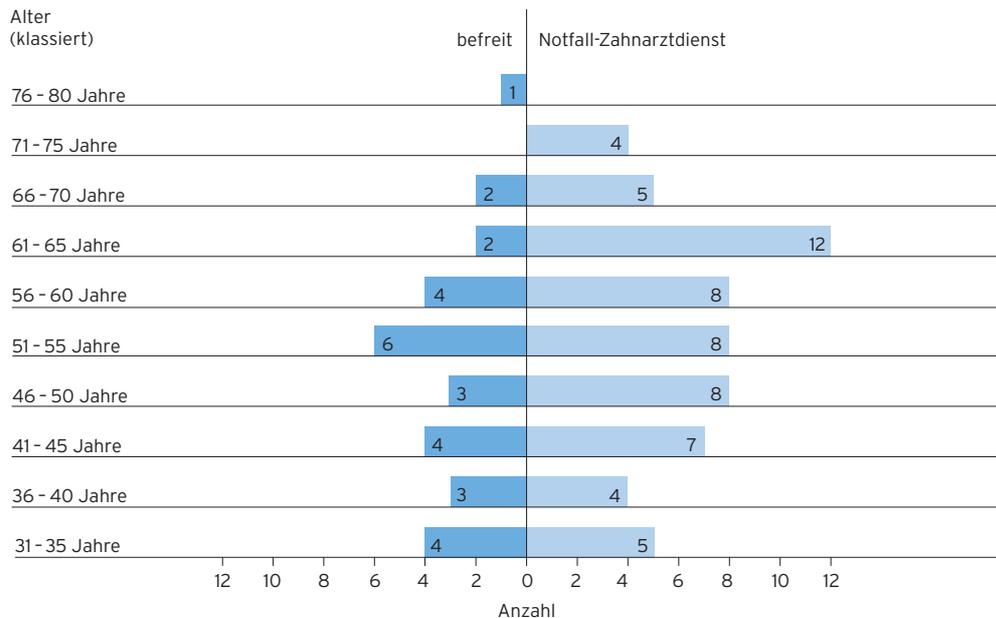


Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

47 Zumbrunn et al., 2010: Tab. 1.3

Für die Sicherstellung der künftigen zahnmedizinischen Versorgung inklusive Notfallversorgung ist die Altersverteilung dieser Berufsgruppe bedeutend. In der Notfallversorgung - und nicht nur hier - ist kein Engpass ersichtlich, auch wenn nicht alle Zahnärztinnen und Zahnärzte in den vom Berufsverband (Gesellschaft der Zahnärzte von Appenzell, GZA) organisierten Notfalldienst integriert sind.

Abb. 24: Notfalldienstleistende Zahnärztinnen und Zahnärzte in Appenzell Ausserrhoden 2012



Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

Die Alterspyramide zeigt, dass nicht nur heute die Versorgung mit zahnmedizinischen Leistungen sehr gut gewährleistet ist, sondern auch für die nächsten 20 Jahre (selbst ohne neue Praxiseröffnungen). Es besteht somit kein Handlungsbedarf.

5.7 Versorgung mit Medikamenten

Die Versorgung mit Medikamenten wird von mehreren Akteuren sichergestellt. Zunächst verfügen die Praxen und Kliniken über eigene Apotheken und können damit die Grundversorgung behandlungsnah gewährleisten. Zudem sorgen sechs Apotheken für die Versorgung mit Präparaten der Liste A, B, C und D. Präparate der Liste A und B dürfen nur gegen ein ärztliches Rezept abgegeben werden.

Die zehn Drogerien dürfen, aufgrund der geringen Zahl von Apotheken im Kanton, Präparate der Liste C und D abgeben. Damit soll die dezentrale Versorgung mit nicht-rezeptpflichtigen Medikamenten auch in kleineren Gemeinden gewährleistet bleiben.

Die Verteilung der Apotheken und Drogerien im Kantonsgebiet zeigt Tabelle 10. Nicht berücksichtigt sind darauf die Spital- und Praxisapotheken.

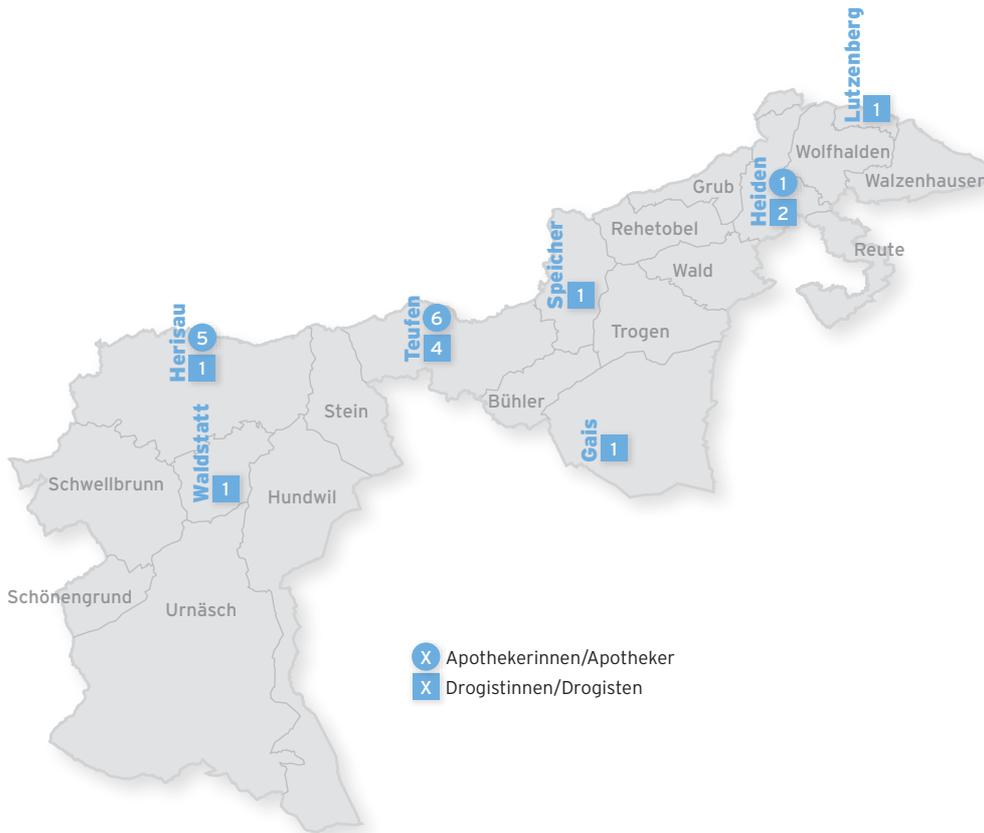
Tabelle 10: Standorte von Apotheken und Drogerien in Appenzell Ausserrhoden 2012

Apotheken	Drogerien
Herisau (3)	Herisau (1)
Teufen (1)	Teufen (3)
Heiden (1)	Heiden (2)
Lustmühle (1)	Waldstatt (1)
	Wienacht-Tobel (1)
	Speicher (1)
	Gais (1)

Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

Zur Betreuung aller Apotheken und Drogerien sind im Kanton 23 Fachpersonen registriert (siehe Abb. 25). Davon besitzen zwölf Personen einen Abschluss in Pharmazie und elf eine diplomierte Drogistenausbildung.

Abb. 25: Geografische Verteilung der Apothekerinnen/Apotheker und Drogistinnen und Drogisten in Appenzell Ausserrhoden 2012



Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

5.8 Pflegende Angehörige

Pflegende Angehörige werden gelegentlich als «grösster Pflegedienst der Welt» bezeichnet. Sie haben auch in Appenzell Ausserrhoden eine wichtige, wenn auch keine offizielle Funktion in der Gesundheitsversorgung. Ihre Leistungen werden nirgends erfasst; die Bedeutung dieses privaten Sektors kann also nur grundsätzlich gewürdigt und nicht quantitativ aufgezeigt werden.

Verschiedene Entwicklungen im Gesundheitswesen dürften dazu beitragen, dass die Bedeutung der pflegenden Angehörigen auch in Appenzell Ausserrhoden weiter zunimmt:

- Fortschritte in Medizin, Pharmazie und Technik verlängern das Leben und damit auch die Lebensphase mit Krankheit und Behinderung. Dies macht die Unterstützung durch Angehörige manchmal über Monate oder Jahre erforderlich.
- Therapien, die bisher weitgehend im stationären Bereich erfolgten oder von Fachleuten übernommen wurden (z.B. Infusionstherapien, postakute Pflege), werden zunehmend in das ambulante oder häusliche Setting verlagert.
- Der prognostizierte Personalmangel im Gesundheitswesen dürfte dazu führen, dass Angehörige künftig einen Teil der fehlenden Ressourcen auffangen müssen.

All dies verlangt nach klugen Lösungen, wie die Rolle der Angehörigen in der Pflege und Betreuung langfristig gesichert werden kann und wie sie dabei gesund und zufrieden ihre Leistungen erbringen können.

Die Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen (EKFF) publizierte im Jahr 2006 das Themenheft «Pflegen, betreuen, bezahlen. Familien in späten Lebensphasen».⁴⁸ Damit wies sie erstmals aus Bundessicht umfassend auf die erheblichen Leistungen von Familien und Paaren für pflegebedürftige Angehörige im höheren Alter hin. Diese Leistungen haben sich unter anderem wegen der stetigen Zunahme von Demenzerkrankungen inzwischen weiter erhöht. Die Angehörigensituation wurde bisher mit Blick auf die demografische Alterung, d.h. aus gerontologischer Sicht, am besten ausgeleuchtet.⁴⁹

Hingegen steht in der Schweiz ein generationenübergreifender Bericht noch aus, der auch jüngere Familien und Partnerschaften mit Pflegeaufgaben einschliesst. Diese umfassen beispielsweise Pflegeleistungen bei (der steigenden Anzahl) Frühgeburten, die Unterstützung für depressive Angehörige oder für Angehörige mit irreversiblen Unfallfolgen. Das heisst, es fehlen systematisch erhobene Angaben zu einer Angehörigendemografie.

Zukünftige Angehörigenbefragungen sollten nicht nur die traditionellen Aufgaben von Angehörigen (Körperpflege und Hauswirtschaft) erfassen, sondern auch neuere Anforderungen, die im Zuge der gesundheitspolitischen Prämisse «ambulant vor stationär» wichtig werden. Dazu gehören etwa die umfangreichen koordinativen Aufgaben im fragmentierten Versorgungssystem, die Unterstützungsleistungen aus Distanz, die angesichts von räumlich auseinanderggezogenen Familienstrukturen zunehmen, wie auch die Informations- und Recherchehilfen zu Therapien oder Finanzierungsoptionen.

Insgesamt setzt eine stabile Pflegesituation im privaten Umfeld tragfähige personelle, finanzielle und räumliche Strukturen voraus. Dazu gehören zukünftig neben den bestehenden Angeboten in Appenzell Ausserrhoden auch innovative Pflegeformen und angehörigengerechte Versorgungsansätze, zum Beispiel:

48 EKFF, 2006

49 Exemplarisch: Höpflinger & Hugentobler, 2005

- Entlastung der Angehörigen von koordinativen Aufgaben durch Care-Managerinnen und -Manager, die den Versorgungsprozess zeitnah, fachlich versiert und über Institutionen hinweg begleiten.
- Förderung des Selbstmanagements der pflegenden Angehörigen und ihrer Kenntnisse über die Gesundheitsbeeinträchtigungen der betreuungsbedürftigen Personen durch moderne Didaktik (Lernen durch Mischformen von persönlichen, telefonischen und elektronischen Mitteln).
- Beratung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern zu Massnahmen, um die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege zu verbessern⁵⁰.
- Aufsuchende Beratung zu Hause und Mithilfe bei der Suche nach geeigneten Tages- oder Nachtstätten für die kranke oder behinderte Person.
- Moderne Wohnformen mit integrierten Pflegeangeboten, sodass Familien und Paare mit pflegebedürftigen Angehörigen nicht getrennt werden.
- Intelligente Logistiksysteme für Hilfsmittel und Therapiematerialien zu Hause (von der Beschaffung bis zur Entsorgung).
- Anstellung von pflegenden Angehörigen durch die lokale Spitex zur finanziellen Absicherung der Angehörigen und zur Gewährleistung der Pflegequalität durch ein professionelles Team.

Solche und weitere Innovationen erhöhen die langfristige Leistungsfähigkeit der pflegenden Angehörigen und bieten auch die Chance, dass die familiäre Pflege und Hilfe als sinnstiftend wahrgenommen wird. Gleichzeitig steigern solche innovativen Ansätze die häusliche Versorgung als attraktiven Arbeitsbereich im Gesundheitswesen.

Für die Konzeption und Implementierung solcher Innovationen sind insbesondere Absolventinnen und Absolventen der Gesundheitsberufe an Fachhochschulen gut vorbereitet. Entscheidungsträger in Behörden, im Gesundheitswesen und in der Arbeitswelt können den Mehrwert der neuen Bildungsabschlüsse für die Entwicklung, Erprobung und Etablierung von Angehörigen-orientierten Projekten nutzen.

5.9 Herausforderungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung

Die medizinische Versorgung in Appenzell Ausserrhoden kann heute grundsätzlich als gut bezeichnet werden. Die Gesundheitsbefragung 2007 hat gezeigt, dass rund 89 % der über 15-jährigen Bevölkerung mit ihrer Gesundheit zufrieden oder sehr zufrieden ist.⁵¹ Obwohl dieser Befund auf einer subjektiven Einschätzung der Befragten basiert, darf er doch als Indiz für eine befriedigende Qualität der Gesundheitsversorgung gewertet werden.

Nach wie vor sind vor allem die Hausärztinnen und Hausärzte sowie Kinderärztinnen und Kinderärzte für die flächendeckende schulmedizinische Grundversorgung zuständig. Einzelne übernehmen neben ihrer Praxistätigkeit Zusatzaufgaben im kantonalen Gesundheitssystem. Zum Beispiel als Anstaltsärztin/Anstaltsarzt, Amtsärztin/Amtsarzt, Kantonsärztin/Kantonsarzt, Heimärztin/Heimarzt oder als Vertrauensärztin/Vertrauensarzt (z.B. in der Verkehrsmedizin oder im Bevölkerungsschutz).

⁵⁰ Bischofberger, 2012, Soziale Sicherheit

⁵¹ Heeb, 2010a: Tab. 2.1

In Appenzell Ausserrhoden gibt es ferner ein flächendeckendes Versorgungsnetz mit spital-externen Hilfe- und Pflegeleistungen. Auch hier ist die Versorgung heute gewährleistet. Mit Blick auf die neu eingeführten DRG-Pauschalen, die zu kürzeren Spitalaufenthalten führen, müssen die Auswirkungen auf die Spitex-Kapazitäten genau beobachtet werden. Auch die Folgen der demografischen Alterung gilt es genau zu verfolgen.

Bei der Versorgung mit nicht-ärztlichen oder heilpraktischen Leistungen sind keine Kapazitätsengpässe bekannt und auch nicht zu erwarten.

Obwohl die ambulante Gesundheitsversorgung heute funktioniert, stellt sich die Frage, wie der gute Versorgungsstand künftig auf diesem Niveau gehalten werden kann. Die folgende Zusammenstellung gibt einen Überblick über bestehende und zu erwartende Herausforderungen in diesem Bereich.

5.9.1 Sinkende Zahl der Hausärztinnen und Hausärzte (medizinische Grundversorgung)

Die Zahl der medizinischen Grundversorgerinnen und Grundversorger sinkt in Appenzell Ausserrhoden wie auch in anderen Kantonen. Es wird immer schwieriger, die pensionsbedingten Abgänge durch jüngere Medizinerinnen und Mediziner zu ersetzen. Dabei spielt die Begrenzung der Studienplätze im Bereich der Humanmedizin (Numerus clausus) eine wichtige Rolle. Auch ist die Attraktivität dieses Berufs im Vergleich zu den Spezialistinnen und Spezialisten geringer (unregelmässige Arbeitszeiten, teilweise geringeres Einkommen). Auch die steigende Zahl Teilzeit arbeitender Ärztinnen und Ärzte reduziert die Kapazitäten in der Grundversorgung.

5.9.2 Unterversorgung in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Versorgung mit ambulanten Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in Appenzell Ausserrhoden gefährdet. Innerhalb der nächsten fünf bis zehn Jahre wird sich der Bestand an Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern weiter reduzieren, sofern Neuzugänge ausbleiben. Eine geeignete Kompensationsmöglichkeit dieser Spezialistinnen und Spezialisten ist nicht möglich, auch nicht durch das Angebot des Psychiatrischen Zentrums Appenzell Ausserrhoden (PZA).

5.9.3 Fehlende psychiatrische Tagesstrukturen in Appenzell Ausserrhoden

Die psychiatrische Behandlung findet vermehrt in wohnortnahen ambulanten Strukturen statt. In Appenzell Ausserrhoden bestehen kaum Tagesstrukturen. Diese führt dazu, dass Patientinnen und Patienten übermässig lange in einer stationären Behandlung verbleiben müssen. Obwohl psychiatrische Tageskliniken zum ambulanten Angebot gehören, ist die Finanzierung der Leistung durch die Krankenversicherer ungelöst. Das führt dazu, dass bestehende ausserkantonale Angebote nur erschwert und mit Kostenfolgen für die Patientinnen und Patienten genutzt werden können. Die rechtliche Grundlage für die kantonale Kostenbeteiligung wurde mittlerweile mit der Anpassung des Gesundheitsgesetzes per 1. Januar 2012 geschaffen.

5.9.4 Konzentration der Leistungen in regionalen Zentren

Der zunehmende Kostendruck und die hohe zeitliche Belastung von Ärztinnen und Ärzten mit eigener Praxis führen zunehmend zur Bildung von Gruppenpraxen. In der Regel werden diese in regionalen Zentren angesiedelt, um eine ausreichende Auslastung zu garantieren. Damit besteht die Gefahr, dass es in Appenzell Ausserrhoden zunehmend ländliche Gebiete ohne Arztpraxis geben wird.



5.9.5 Notfallversorgung

Hausärztinnen und Hausärzte spielen für die Notfallversorgung eine wichtige Rolle. Mit dem Rückgang der Hausarztpraxen ist somit auch die dezentrale Notfallversorgung gefährdet. Um diese weiterhin aufrechterhalten zu können, besteht dringend Handlungsbedarf, vor allem in den Notfallkreisen Hinterland und Speicher-Trogen, wo noch weitere altersbedingte Praxisschliessungen zu erwarten sind (siehe Abb. 13).

5.9.6 Ausbau der ambulanten Leistungen in Spitälern und Kliniken

Der steigende Kostendruck zwingt die Spitäler und Kliniken zur optimalen Auslastung der Infrastruktur. Dazu gehört auch die Auslastung ambulanter Kapazitäten. Dieser Bereich wird weiter an Bedeutung gewinnen, da stationäre Behandlungen aus tariflichen Gründen, aber auch aufgrund des medizinischen Fortschritts vermehrt durch ambulante Behandlungen ersetzt werden. Ein allfälliger Ausbau der ambulanten Kapazitäten an Spitälern konkurrenziert teilweise die dezentralen Arztpraxen (ärztliche Grundversorgerinnen/ Grundversorger ebenso wie Spezialistinnen/Spezialisten) und die Spitex. Das ambulante Angebot in Kliniken und Spitälern kann aber auch eine sinnvolle Ergänzung des medizinischen Versorgungsspektrums darstellen, sofern sich die gesamten Behandlungskosten nicht erhöhen.

5.9.7 Freie Arztwahl und Optimierung der Zusammenarbeit

Das schweizerische Krankenversicherungsgesetz garantiert den Versicherten heute die freie Arztwahl. Sofern Versicherte sich nicht freiwillig für ein prämiengünstigeres Hausarzt- oder HMO-Modell entschieden haben, können sie also uneingeschränkt den Arzt, die Ärztin ihrer Wahl aufsuchen. Viele wenden sich direkt an Spezialistinnen und Spezialisten oder an die Notfallstation eines Spitals. Hausärztinnen und Hausärzte können dadurch ihre Rolle als Triagestelle nur eingeschränkt wahrnehmen.

Trotz oder gerade wegen der freien Arztwahl ist eine gute Zusammenarbeit zwischen Spezialistinnen und Spezialisten sowie Grundversorgerinnen und Grundversorgern wichtig. Erfolgt die medizinische Versorgung an einem geeigneten Ort, ist ein dämpfender Effekt auf die Gesundheitskosten zu erwarten.

5.9.8 Personalengpässe in Pflegeberufen

Knapper werdendes Personal wird auch im Pflegebereich (ambulant und stationär) zum Problem. Es wird zukünftig immer schwieriger, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Ausland anzuwerben, da sich z.B. die Arbeitsbedingungen im Ausland verbessert haben. Im Projekt Spitexentwicklung und -regionalisierung wurde der bevorstehende Personalmangel bereits erkannt. Konkrete Massnahmen werden im Rahmen des Projektes ab voraussichtlich 2013 umgesetzt. Ebenso verstärken die Pflegeheime und die Spitex sowie die Spitäler ihre Ausbildungsanstrengungen. Mit der Umstellung auf SwissDRG (Fallpauschalen) in den Spitälern, die zu einer kürzeren stationären Aufenthaltsdauer führt, gewinnt die spitalexterne Hilfe und Pflege weiter an Bedeutung. Auch mit der demografischen Alterung wird der Bedarf steigen.

5.9.9 Fehlendes Monitoring der ambulanten Gesundheitsversorgung

Als Folge der neuen Spitalfinanzierung und der Einführung von SwissDRG, der demografischen Entwicklung im Kanton sowie des Mangels von gewissen Gesundheitsfachpersonen sind die Entwicklungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung durch ausgewählte Leistungserbringer laufend zu beobachten. Eine interdisziplinäre Beobachtergruppe fehlt zurzeit im Kanton.

5.10 Strategische Positionen des Regierungsrates zur ambulanten Gesundheitsversorgung

Grundsätzlich sind die kantonalen Gestaltungsmöglichkeiten im Gesundheitssystem durch die gesetzlichen Vorgaben auf Bundesebene begrenzt. So schreibt das Krankenversicherungsgesetz (KVG) zentrale Elemente der Steuerung fest, wie beispielsweise die freie Arzt- und Spitalwahl. Verschiedene Änderungen des KVG sind derzeit in Diskussion (z.B. Managed Care oder vergleichbare Modelle der integrierten Steuerung, Einschränkung der freien Arztwahl, Förderung der Hausarztmedizin etc.). Der Regierungsrat beurteilt solche Modelle grundsätzlich positiv und wird sich im Rahmen seiner Möglichkeiten auf Bundesebene dafür einsetzen.

Im Übrigen richtet der Regierungsrat die Steuerung der ambulanten Gesundheitsversorgung an den folgenden strategischen Positionen aus:

5.10.1 Strategische Position 1: «Ambulant vor stationär»

Der Regierungsrat unterstützt den Grundsatz «ambulant vor stationär», ohne die Wichtigkeit der stationären Versorgung für das Gesundheitswesen zu verkennen.

Der medizinische Fortschritt hat die Entwicklung von stationären hin zu ambulanten Behandlungen beschleunigt. Dabei bezieht sich die Präferenz für eine ambulante Versorgung auf sämtliche Bereiche des Gesundheitswesens: ärztliche, pflegerische und therapeutische Versorgung. Wo eine ambulante Versorgung möglich ist, liegen die Behandlungskosten im Vergleich zur stationären Behandlung oft tiefer.⁵² Wo die Option einer ambulanten Behandlung besteht, soll sie, sofern medizinisch sinnvoll, einer stationären Behandlung vorgezogen werden.

Eine vermehrte Integration von ambulanten Leistungen in Spitäler und Kliniken ist grundsätzlich möglich; der Regierungsrat beurteilt diese Entwicklung zum heutigen Zeitpunkt aber kritisch. Es stellt sich die Frage, ob beispielsweise eine Verlagerung der ambulanten medizinischen Notfallversorgung in die Spitäler richtig ist. Solange die dezentrale Notfallversorgung funktioniert, wird diese favorisiert.

5.10.2 Strategische Position 2: «Dezentrale ambulante Grundversorgung»

Der Regierungsrat unterstützt eine dezentrale medizinische und pflegerische Grundversorgung. Topografie und Besiedlung des Kantons erfordern Standorte der Grundversorgung in der Nähe oder direkt am Wohnort von Patientinnen und Patienten.

Studien zeigen, dass eine flächendeckende, dezentrale Grundversorgung sich dämpfend auf die Gesundheitskosten auswirken kann.⁵³ Weitere Punkte sprechen für eine dezentrale Versorgung:

- Sie entspricht einem Bedürfnis der Bevölkerung (Erreichbarkeit, persönlicher Kontakt).
- Sie trägt wesentlich zur Sicherung der Notfallversorgung in ländlicher Umgebung bei.
- Sie ermöglicht die medizinische Beratung von Gemeinde- und Schulbehörden und die Beratung und Versorgung von Betreuungseinrichtungen usw.
- Sie erhöht die Standortattraktivität kleinerer Ortschaften.
- Sie trägt zum Steuerertrag der Gemeinden bei.

⁵² Vgl. z.B. Bürger et al., 2002; Hugentobler, 2006; Schumpelick et al., 2004

⁵³ Egidi, 2006



5.10.3 Strategische Position 3: «Interprofessionelle Grundversorgung»

Der Regierungsrat unterstützt eine interprofessionelle Zusammenarbeit zum Wohle der Patientinnen und Patienten. Denn er ist überzeugt, dass in einem gut funktionierenden Gesundheitssystem alle Gesundheitsfachpersonen ihre spezifische Rolle haben.

Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen, auch zwischen der Schulmedizin und der Komplementärmedizin, ist ein wesentlicher Faktor für eine erfolgreiche Versorgung der Bevölkerung. Im Hinblick auf den zunehmenden Wettbewerb zwischen den unterschiedlichen Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen muss dieser Aspekt besonders beobachtet werden. Die Zusammenarbeit wird aber auch wegen der steigenden Zahl von chronisch erkrankten Menschen erheblich an Bedeutung gewinnen. Durch Zusammenarbeit lassen sich unnötige Untersuchungen und Tests vermeiden. Kooperation erhöht auch die Qualität einer Diagnose und kann den Behandlungserfolg erhöhen.

5.10.4 Strategische Position 4: «Anerkennung der Leistungen von pflegenden Angehörigen»

Der Regierungsrat anerkennt die Bedeutung der familiären Leistungen bei der Pflege und Betreuung im privaten Umfeld. Er prüft Massnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Angehörigenpflege.

Die Bedeutung der Pflege durch Angehörige und Verwandte ist für die betreuungsbedürftige Person, aber auch für die Gesellschaft gross. Es bedarf gewisser Grundvoraussetzungen, damit die Leistungen von Angehörigen ihre volle Wirkung erzielen können. Dazu gehören zielgruppengerechte Beratungen und Schulungen, die gezielte Arbeitsteilung zwischen Angehörigen und Fachpersonal, Möglichkeiten für Angehörige zur Erholung, finanzielle Unterstützung bei Bedarf sowie weitere Unterstützungsformen. Wichtig ist auch die Anerkennung dieser Tätigkeit durch Behörden, Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände und durch die Öffentlichkeit.

5.11 Massnahmenplanung

Eingriffe in die ambulante Versorgung über Leistungsvereinbarungen sind im revidierten Gesundheitsgesetz nicht vorgesehen. Der Kanton kann heute in diesem Bereich nur bedingt eingreifen, ohne den Wettbewerb zu verzerren. Mit der Einführung von Fallpauschalen muss davon ausgegangen werden, dass die ambulante Versorgung gegenüber den stationären Behandlungen eine noch grössere Nachfrage erfahren und personell unter Druck kommen wird.

Die grösste Herausforderung im Gesundheitswesen ist der Mangel an Fachpersonen in der ambulanten Grundversorgung. Die Entwicklung wird seit Längerem durch das Departement Gesundheit beobachtet. Bereits heute laufen in Appenzell Ausserrhoden verschiedene Projekte, die zur Stärkung der ambulanten Grundversorgung beitragen, und der Regierungsrat prüft weitere Massnahmen, um die Situation zu verbessern. Die folgende Darstellung zeigt die Ziele und den Stand der einzelnen Projekte auf. Zum Thema Ausbildung sei auf das Kapitel 7, Weitere Herausforderungen im Gesundheitswesen, verwiesen.

5.11.1 Ärztelefon

Telefonisch zugängliche medizinische Beratungsstelle mit Triagefunktion	
Zielsetzung	Einheitliche Telefonnummer für ambulante Notfälle und medizinische Beratung in Appenzell Ausserrhoden einführen Entlastung der Notfalldienst leistenden Ärztinnen und Ärzte von Bagatellfällen Optimierung der knappen ärztlichen Ressourcen Einflussnahme auf den Patientenweg erhöhen (Triagefunktion stärken)
Termine	Starttermin: September 2011
	Endtermin: unbefristet
Status	<input type="checkbox"/> in Prüfung
	<input type="checkbox"/> in Vorbereitung
	<input type="checkbox"/> in Beratung Kantonsrat
	<input checked="" type="checkbox"/> in Umsetzung
	<input type="checkbox"/> sistiert
Projektstand	Angebot läuft unter 0844 55 00 55
Kosten	Projektkosten: CHF 15 000.- (Kommunikation / Information)
	Folgekosten: CHF 136 000.- pro Jahr
	Finanzplan: <input checked="" type="checkbox"/> enthalten <input type="checkbox"/> nicht enthalten

5.11.2 Ambulante Notfallversorgung

Unterstützung der Appenzellischen Ärztegesellschaft bei der Organisation des Notfalldienstes	
Zielsetzung	Erhalt der Personalbasis im ambulanten Notfalldienst Die Bereitschaft, sich personell oder finanziell (Ersatzabgabe) am Notfalldienst zu beteiligen, sinkt weiter. Geprüft werden soll deshalb, ob die Ersatzabgabe von Ärztinnen und Ärzten, die keinen Notfalldienst leisten, per Gesetz für alle verbindlich zu regeln ist. Die kantonal eingezogenen Beiträge sollen der Finanzierung des Notfalldienstes zufließen. Die Notfallversorgung ist mit Zusatzaufwendungen verbunden (z. B. Infrastruktur, Weiterbildungskosten). Eine finanzielle Unterstützung der Dienst leistenden Ärztinnen und Ärzte (Abgeltung der Vorhalteleistungen wie bei der stationären Notfallversorgung) ist zu prüfen.
Termine	Starttermin: 2013
	Endtermin: unbefristet
Status	<input checked="" type="checkbox"/> in Prüfung
	<input type="checkbox"/> in Vorbereitung
	<input type="checkbox"/> in Beratung Kantonsrat
	<input type="checkbox"/> in Umsetzung
	<input type="checkbox"/> sistiert
Projektstand	Probleme mit der Appenzellischen Ärztegesellschaft besprochen
Kosten	Projektkosten: CHF 100 000.-
	Folgekosten: CHF 100 000.-
	Finanzplan: <input checked="" type="checkbox"/> enthalten <input type="checkbox"/> nicht enthalten



5.11.3 Psychiatriekonzept Appenzell Ausserrhoden

Aktualisierung des Psychiatriekonzepts: Ausbau der ambulanten Angebote	
Zielsetzung	Umsetzung des Psychiatriekonzeptes mit folgenden Massnahmen: Heiden (2013) Aufbau einer Tagesklinik und eines Ambulatoriums Herisau (2014) Verlegung des Ambulatoriums vom PZA in den Ort Herisau Einrichtung eines Case Managements Aufbau intensiverer ambulanter Hilfen
Termine	Starttermin: 2013
	Endtermin: Ende 2014
Status	<input type="checkbox"/> in Prüfung
	<input checked="" type="checkbox"/> in Vorbereitung
	<input type="checkbox"/> in Beratung Kantonsrat
	<input type="checkbox"/> in Umsetzung
	<input type="checkbox"/> sistiert
Projektstand	Die Verabschiedung des Psychiatriekonzepts durch den Regierungsrat mit detaillierter Umsetzungs- und Finanzierungsplanung ist auf Mitte 2012 vorgesehen.
Kosten	Projektkosten: 2013: CHF 1000 000.- / 2014: CHF 1400 000.-
	Folgekosten: CHF 1400 000.- pro Jahr
	Finanzplan: <input checked="" type="checkbox"/> enthalten <input type="checkbox"/> nicht enthalten

5.11.4 Spitexentwicklung und -regionalisierung

Optimierung der ambulanten Spitexversorgung	
Zielsetzung	Frühzeitige Reaktion auf die prognostizierten Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf das Gesundheitswesen. Gleichwertiges Dienstleistungsangebot für alle Regionen des Kantons Erweiterung des Dienstleistungsangebots um Spezialgebiete wie z.B. Pflege von Menschen mit demenziellen Erkrankungen, Palliative Care, Wundmanagement, Psychiatriepflege Schaffen von Spitex-Ausbildungsplätzen für dipl. Pflegefachpersonen HF und Fachpersonen Gesundheit (FaGe)
Termine	Starttermin: Oktober 2011
	Endtermin: Ende 2013
Status	<input type="checkbox"/> in Prüfung
	<input type="checkbox"/> in Vorbereitung
	<input type="checkbox"/> in Beratung Kantonsrat
	<input checked="" type="checkbox"/> in Umsetzung
	<input type="checkbox"/> sistiert
Projektstand	-
Kosten	Projektkosten: CHF 30 000.-
	Folgekosten: keine Angaben verfügbar
	Finanzplan: <input type="checkbox"/> enthalten <input checked="" type="checkbox"/> nicht enthalten

5.11.5 Monitoring der ambulanten Versorgung in Appenzell Ausserrhoden

Monitoring der ambulanten Versorgung in Appenzell Ausserrhoden	
Zielsetzung	<p>Die Entwicklung im ambulanten Bereich in Appenzell Ausserrhoden soll durch eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe beobachtet werden.</p> <p>Die Arbeitsgruppe soll frühzeitige Entwicklungen in der ambulanten Versorgung erkennen und Massnahmen zuhanden des Departements Gesundheit vorschlagen.</p> <p>Die Arbeitsgruppe soll unter der Leitung des Amtes für Gesundheit wie folgt zusammengesetzt werden: Hausärzteverein, Spitex, ambulante Psychiaterinnen und Psychiater, Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker, Therapeuten, Heime und Gemeinden.</p>
Termine	<p>Starttermin: August 2012</p> <p>Endtermin: offen</p>
Status	<p><input type="checkbox"/> in Prüfung</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> in Vorbereitung</p> <p><input type="checkbox"/> in Beratung Kantonsrat</p> <p><input type="checkbox"/> in Umsetzung</p> <p><input type="checkbox"/> sistiert</p>
Projektstand	-
Kosten	<p>Projektkosten: CHF 5 000.-</p> <p>Folgekosten: CHF 5 000.- pro Jahr</p> <p>Finanzplan: <input checked="" type="checkbox"/> enthalten <input type="checkbox"/> nicht enthalten</p>

5.11.6 Unterstützung von pflegenden Angehörigen

Zentrale Anlaufstelle für die Unterstützung von pflegenden Angehörigen	
Zielsetzung	<p>Pflegende Angehörige sollen bei Fragen und Problemen eine institutionalisierte Anlaufstelle im Kanton vorfinden. Diese berät die Personen fachlich und vermittelt Unterstützung, wenn den Angehörigen Ressourcen fehlen.</p>
Termine	<p>Starttermin: 2015</p> <p>Endtermin: offen</p>
Status	<p><input checked="" type="checkbox"/> in Prüfung</p> <p><input type="checkbox"/> in Vorbereitung</p> <p><input type="checkbox"/> in Beratung Kantonsrat</p> <p><input type="checkbox"/> in Umsetzung</p> <p><input type="checkbox"/> sistiert</p>
Projektstand	-
Kosten	<p>Projektkosten: noch nicht bekannt</p> <p>Folgekosten: noch nicht bekannt</p> <p>Finanzplan: <input type="checkbox"/> enthalten <input checked="" type="checkbox"/> nicht enthalten</p>



6 Stationäre Gesundheitsversorgung

Dieses Kapitel beschreibt die stationäre Gesundheitsversorgung in Appenzell Ausserrhoden. Die stationäre Behandlung und Pflege von körperlichen oder psychischen Erkrankungen ist mit einem mehr als 24 Stunden dauernden Eintritt der Patientinnen und Patienten in eine Einrichtung, wie etwa ein Spital oder ein Pflegeheim, verbunden. Die Umsetzung von Gesetzesrevisionen auf Bundesebene bringt Veränderungen in der stationären Gesundheitsversorgung im Kanton mit sich. Auf die Erläuterung der neuen Planungsgrundlagen folgt die Darstellung der stationären Versorgung in den Bereichen Somatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege. Sodann werden die Herausforderungen, die strategischen Positionen des Regierungsrates und die Massnahmenplanung im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung für Appenzell Ausserrhoden vorgestellt.

6.1 Veränderungen in der stationären Gesundheitsversorgung

Die Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung der kantonalen Bevölkerung umfasst die Sicherstellung der stationären Behandlung in Spitälern, Geburtshäusern und Pflegeheimen (Art. 58a Abs. 1 der Verordnung über die Krankenversicherung, SR 832.102). Insbesondere geht es um die stationäre Behandlung akuter Krankheiten und stationäre Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (Spitäler und Kliniken, Art. 39 Abs.1 KVG). Die Kantone haben ihre Planung periodisch zu überprüfen.

6.1.1 Revision des Krankenversicherungsgesetzes im Bereich der Spitalfinanzierung und Spitalplanung

Das eidgenössische Parlament hat im Dezember 2007 eine Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Spitalfinanzierung und -planung beschlossen, welche am 1. Januar 2009 in Kraft trat. Die Neuerungen, die auf den 1. Januar 2012 wirksam werden, betreffen insbesondere:

- Die Vergütung der stationären Leistungen mittels leistungsorientierter Fallpauschalen (DRG)
- Die Änderung des Verteilschlüssels für die Kosten der stationären Leistungen zwischen Krankenversicherern und Kantonen
- Die Einführung der freien Spitalwahl
- Die Pflicht zur interkantonalen Koordination der Spitalplanungen

Ziel der Revision war insbesondere eine stärkere Berücksichtigung marktwirtschaftlicher Wettbewerbselemente über Preis und Qualität. Im Weiteren müssen die Kantone mit einer differenzierten Planung die akutstationäre Versorgung der Bevölkerung sicherstellen und bis spätestens 2017 mindestens 55% an der Spitalfinanzierung übernehmen.

6.1.2 Spitalplanung und Spitalliste

Appenzell Ausserrhoden hat in der Folge der KVG-Revision eine Spitalplanung durchgeführt. Die Spitalliste ist das zentrale Steuerungsinstrument des Kantons zur Sicherstellung und Koordination einer qualitativ hochstehenden und kosteneffizienten Spitalversorgung. Auf der Spitalliste sind die öffentlichen und privaten Einrichtungen im Kanton sowie die notwendigen ausserkantonalen Angebote aufgeführt, die dem ermittelten Bedarf für die akutstationäre Versorgung entsprechen.

In den Leistungsaufträgen sind die medizinischen Leistungen definiert, welche die Spitäler und Kliniken der Spitalliste für die Wohnbevölkerung zu gewährleisten haben. Mit der Spi-

talliste wird auch die Finanzierung der Leistungserbringer durch Versicherer und Kanton geregelt. Gestützt auf die umfassende Spitalplanung hat der Regierungsrat auf den 1. Januar 2012 eine aktuelle Spitalliste für Appenzell Ausserrhoden in Kraft gesetzt. Das Departement Gesundheit überprüft und evaluiert periodisch die Planung.

6.1.3 Koordination der hochspezialisierten Medizin

Für den Bereich der hochspezialisierten Medizin wird es in Zukunft statt 26 kantonale Planungen nur noch eine einzige, von allen Kantonen gemeinsam getragene Planung geben. Durch eine Konzentration und Koordination solcher Angebote sollen eine bessere Auslastung hochspezialisierter Einrichtungen und eine bessere Qualität der medizinischen Versorgung erzielt werden. Die Kantone haben deshalb vereinbart, Angebote der hochspezialisierten Medizin schweizweit zu koordinieren.

Die hochspezialisierte Medizin umfasst diejenigen medizinischen Bereiche und Leistungen, die durch ihre Seltenheit, durch ihr hohes Innovationspotential, durch einen hohen personellen oder technischen Aufwand oder durch komplexe Behandlungsverfahren gekennzeichnet sind (z.B. Transplantationen). Solche Leistungen werden nach Abschluss der Planung nur noch an einzelnen Spitälern oder wenigen Zentren konzentriert angeboten.

6.2 Stationäre Versorgung - Somatik

Appenzell Ausserrhoden verfügt über ein umfangreiches stationäres Versorgungsangebot. Insgesamt sind im Kanton selber vier Spitälern und Kliniken in der stationären somatischen Gesundheitsversorgung tätig. Die Grundversorgung wird in erster Linie durch den Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (SVAR) sichergestellt. Die privaten Kliniken haben sich auf ausgewählte Eingriffe und Behandlungen spezialisiert.

Spezialeingriffe bei Erwachsenen und die stationäre Versorgung von Kindern werden vorwiegend ausserhalb des Kantons, insbesondere am Kantonsspital St. Gallen (KSSG) und am Kinderspital St. Gallen (OKS), erbracht. Leistungen der Spitzenmedizin erfolgen an den dafür geeigneten Universitätskliniken und Spezialkliniken.

6.2.1 Spitälern und Kliniken in Appenzell Ausserrhoden

In Appenzell Ausserrhoden sorgen der Spitalverbund mit den Spitälern Herisau und Heiden sowie die Klinik Am Rosenberg der Hirslanden Gruppe in Heiden, die Berit Paracelsus-Klinik in Teufen und die Augenklinik Dr. med. A. Scarpatetti in Teufen für die stationäre somatische Versorgung. Nachfolgend werden die einzelnen Häuser kurz vorgestellt.

Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (SVAR)				
Trägerschaft	Selbständig öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons Appenzell Ausserrhoden			
Standorte	Herisau, Heiden			
Statistische Angaben	<i>Jahr</i>	<i>Anzahl Betten</i>	<i>Fälle</i>	<i>Pflegetage</i>
	2009	146	7 124	48 336
	2010	149	7 301	48 697
	2011	154	7 481	48 651
Allgemeine Notfallstation	Herisau und Heiden			
Leistungsangebot	Das Basispaket ⁵⁴ sowie Leistungsgruppen aus den Leistungsbereichen Dermatologie, Hals-Nasen-Ohren, Neurologie, Ophtalmologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Viszeralchirurgie, Hämatologie, Kardiologie und Angiologie, Nephrologie, Urologie, Pneumologie, Bewegungsapparat chirurgisch, Rheumatologie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Neugeborene, (Radio-)Onkologie, schwere Verletzungen, Sonstige sowie aus den Querschnittsbereichen			
Anzahl Ausbildungsplätze 2011	Assistenzärztinnen/-ärzte: 29 Plätze; Fachfrau/-mann Gesundheit: 22 Plätze; Pflegefachperson HF: 17 Plätze; Med. Laborant/in: 1 Platz; Fachfrau/-mann Operation: 4 Plätze; Hebamme FH: 1 Platz; Physiotherapeut/-in FH: 3 Plätze			

Bemerkung: Daten basieren auf Angaben der Klinik; Ausnahme: Fälle 2009 und 2010 beruhen auf der medizinischen Statistik der Krankenhäuser 2010 des Bundesamts für Statistik (BFS); [Statistikfall A, stationär].

Klinik Am Rosenberg AG				
Trägerschaft	AG, Hirslanden Gruppe			
Standort	Heiden			
Statistische Angaben	<i>Jahr</i>	<i>Anzahl Betten</i>	<i>Fälle</i>	<i>Pflegetage</i>
	2009	62	2 787	16 717
	2010	62	2 881	17 659
	2011	62	2 876	17 776
Allgemeine Notfallstation	Keine (Notfallbehandlung nur nach Wahleingriff an der Klinik)			
Leistungsangebot	Leistungsgruppen aus den Leistungsbereichen Hals-Nasen-Ohren, Bewegungsapparat chirurgisch, Rheumatologie sowie aus den Querschnittsbereichen			
Anzahl Ausbildungsplätze 2011	Assistenzärztinnen/-ärzte: 5 Plätze; Fachfrau/-mann Gesundheit: 3 Plätze; Physiotherapeut/-in FH: 1 Platz			

Bemerkung: Daten basieren auf Angaben der Klinik; Ausnahme: Fälle 2009 und 2010 beruhen auf der medizinischen Statistik der Krankenhäuser 2010 des Bundesamts für Statistik (BFS); [Statistikfall A, stationär].

54 Das Basispaket umfasst alle Leistungen der Basisversorgung (Grundversorgung) in sämtlichen Leistungsbereichen. Diese Leistungen werden im Spitalalltag in der Regel von Fachärzt/-innen für Innere Medizin und Chirurgie ohne Beizug von weiteren Fachärzt/-innen erbracht, z.B. Reposition einer Fraktur ohne innere Knochenfixation.

Berit Paracelsus-Klinik AG				
Trägerschaft	AG			
Standort	Teufen			
Statistische Angaben	<i>Jahr</i>	<i>Anzahl Betten</i>	<i>Fälle</i>	<i>Pflegetage</i>
	2009	38	860	6 851
	2010	38	983	7 699
	2011	44	1362	9 072
Allgemeine Notfallstation	Keine (Notfallbehandlung nur nach Wahleingriff an der Klinik)			
Leistungsangebot	Leistungsgruppen aus den Leistungsbereichen Bewegungsapparat chirurgisch sowie aus der Gynäkologie Muskuloskelettale Rehabilitation ⁵⁵			
Anzahl Ausbildungsplätze 2011	Fachfrau/-mann Gesundheit: 3 Plätze			

Bemerkung: Daten basieren auf Angaben der Klinik; Ausnahme: Fälle 2009 und 2010 beruhen auf der medizinischen Statistik der Krankenhäuser 2010 des Bundesamts für Statistik (BFS); [Statistikfall A, stationär].

Augenklinik Dr. A. Scarpatetti AG				
Trägerschaft	AG			
Standort	Teufen			
Statistische Angaben	<i>Jahr</i>	<i>Anzahl Betten</i>	<i>Fälle</i>	<i>Pflegetage</i>
	2009	23	145	481
	2010	23	138	392
	2011	23	131	458
Allgemeine Notfallstation	Keine (Notfallbehandlung nur nach Wahleingriff an der Klinik)			
Leistungsangebot	Leistungsgruppen aus dem Leistungsbereich Ophthalmologie			
Anzahl Ausbildungsplätze 2011	Assistenzärztinnen/-ärzte: 1 Platz			

Bemerkung: Daten basieren auf Angaben der Klinik; Ausnahme: Fälle 2009 und 2010 beruhen auf der medizinischen Statistik der Krankenhäuser 2010 des Bundesamts für Statistik (BFS); [Statistikfall A, stationär].

6.2.2 Ausserkantonale Spitäler und Kliniken

Ergänzend zur innerkantonalen Versorgung werden auf der Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 mehrere ausserkantonale Leistungserbringer der Akutsomatik geführt. Die Leistungsaufträge mit ausserkantonalen Spitälern und Kliniken, die im Rahmen der neuen Spitalplanung im Jahr 2011 im Hinblick auf den 1. Januar 2012 erarbeitet worden sind, garantieren die Aufnahme aller appenzell-ausserrhodischen Patientinnen und Patienten, unabhängig ihres Versicherungsstatus, für die entsprechenden Leistungsgruppen:

- Das Kantonsspital St. Gallen (KSSG) hat als gut erreichbares Zentrumsspital eine besondere Stellung in der Gesundheitsversorgung von Appenzell Ausserrhoden. Dem KSSG wurden Leistungsaufträge für Zentrumsleistungen vergeben.

⁵⁵ Rehabilitation bei Erkrankungen des Bewegungsapparats (z.B. Knochen, Muskeln, Sehnen, Gelenke, etc.)

- Die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfolgt durch das Ostschweizer Kinderspital St. Gallen (OKS) - oftmals in Zusammenarbeit mit dem KSSG.
- Im Bereich der Herzchirurgie hat Appenzell Ausserrhoden Verträge mit der Klinik Hirslanden AG, der Hirslanden Klinik Im Park AG und dem Universitätsspital Zürich⁵⁶ abgeschlossen. Das Kinderspital Zürich erbringt für junge Ausserrhoder Patientinnen und Patienten das komplette Leistungsspektrum der pädiatrischen Herzchirurgie.

Gemeinsam mit den oben genannten Leistungserbringern können die allermeisten medizinischen Fälle behandelt werden. Ergänzend behandeln weitere Kompetenzzentren in gewissen Leistungsbereichen komplexe Fälle:

- Die Universitätsklinik Zürich ist für die Versorgung mit spitzenmedizinischen Leistungen für Appenzell Ausserrhoden besonders relevant.
- Mit dem Schweizerischen Epilepsie-Zentrum in Zürich wurde die Versorgung von spezifischen neurologischen Patientinnen und Patienten vereinbart.
- Die paraplegiologische Versorgung von Patientinnen und Patienten wird vom Schweizerischen Paraplegiker-Zentrum (SPZ) in Nottwil und von der Uniklinik Balgrist, Zürich, sichergestellt.

Weitere Vereinbarungen wurden mit Spitälern an verschiedenen Standorten der Schweiz beschlossen (z.B. Kinderspital Zürich, Geriatriische Klinik St. Gallen). Bei Leistungsgruppen aus der Spitzenmedizin handelt es sich beispielsweise um Organtransplantationen oder Stammzellentherapien. Der Katalog der Spitzenmedizin wird durch die interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin erstellt.

6.2.3 Versorgung von Ausserrhoder Patientinnen und Patienten

Im Jahr 2008 waren pro 10 000 Kantonseinwohnerinnen und -einwohner rund 1600 somatische Hospitalisationen (Hospitalisationsrate von 16 %) zu verzeichnen, oder in absoluten Zahlen 8 453 stationäre Fälle (2003: 7 641 Fälle).⁵⁷ Die Fallzahlen haben über den Zeitraum von fünf Jahren um rund 10 % zugenommen. Die Hospitalisationsrate hat einen Zusammenhang mit dem Alter der Patientinnen und Patienten. Bei der Altersgruppe der über 80-Jährigen liegt sie rund 3.2 Mal über dem Wert der bis 39-Jährigen.⁵⁸ 2010 hat sich die Hospitalisationsrate auf 14 % verringert (7 414 Fälle), womit wieder das Niveau von 2003 erreicht wurde.

Die mittlere Aufenthaltsdauer im Spital hat sich von 8.0 Tagen im Jahr 2003 auf 7.4 Tage im Jahr 2008 reduziert. Trotz kürzerer Aufenthaltsdauer wird der Bedarf an stationären Versorgungsplätzen mit dem wachsenden Anteil der über 65-Jährigen weiter ansteigen. Die Schätzungen der Zunahme variieren von + 3.5 % bis zu + 10.4 % bis ins Jahr 2020.⁵⁹

⁵⁶ Leistungsauftrag für die Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)

⁵⁷ Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2010: Tab. 4

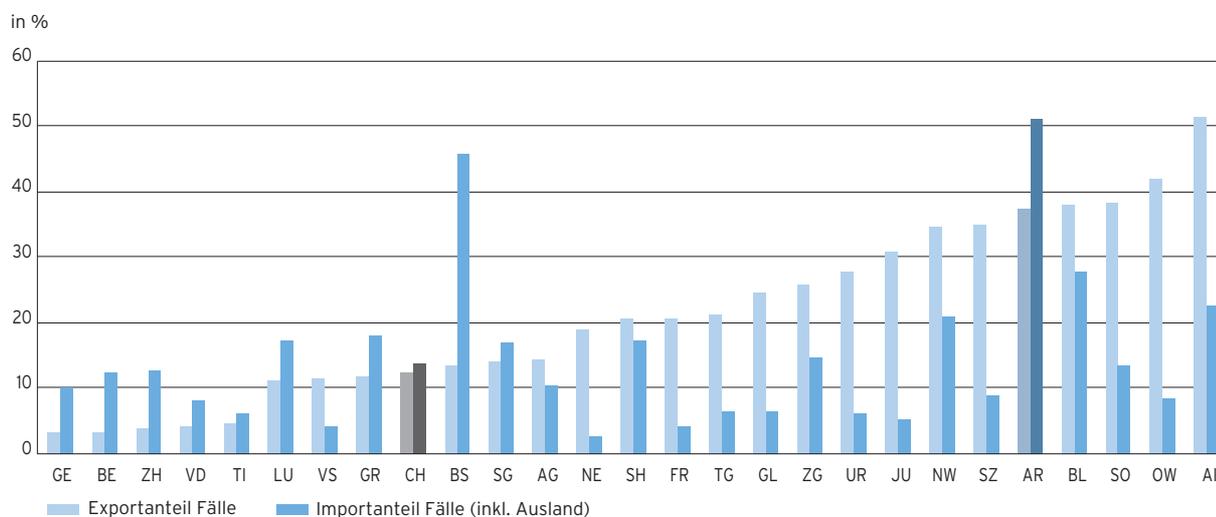
⁵⁸ Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2010: Tab. 6

⁵⁹ Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2010: Tab. 13

6.2.4 Patientenwanderung zwischen Kantonen

Appenzell Ausserrhoden weist in der Schweiz das grösste Wanderverhalten bei den stationären Patientinnen und Patienten auf, und dies in beide Richtungen. 37.4% der stationären Behandlungen der Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung in der Akutsomatik erfolgten 2010 ausserhalb des Wohnkantons (siehe Abb. 26). Umgekehrt versorgten 2010 die Spitäler und Kliniken in Appenzell Ausserrhoden 51.2% Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in anderen Kantonen.

Abb. 26: Interkantonale Patientenbewegungen in der Akutversorgung 2010



Anmerkung: Eingrenzungskriterien (Statistikfall A: Anzahl Fälle; Behandlungsart 3: Stationäre Fälle; Spital nicht in: K211, K212, K221, K234; Hauptkostenstelle nicht in: M500, M900, M950; DRG nicht in 620, 629, 637, 638, 999)

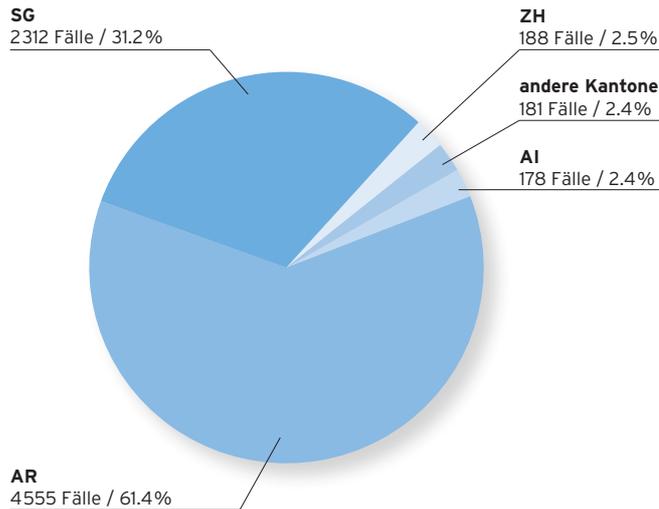
Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, 2010; Auswertung OBSAN, 2012

6.2.5 Stationäre somatische Behandlungen (exkl. Geburten)

Bis Ende 2010 wurde mehr als die Hälfte der stationären Grundversorgung (exkl. Geburten) im Kanton von den Betriebsstätten des Spitalverbunds abgedeckt. Die Klinik Am Rosenberg, die Berit Paracelsus-Klinik und die Augenklinik Scarpatetti standen grundsätzlich nur Zusatzversicherten Patientinnen und Patienten zur Verfügung. Die freie Spitalwahl seit dem 1. Januar 2012 ermöglicht es auch Grundversicherten, sich an privaten Kliniken behandeln zu lassen, die auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt sind.

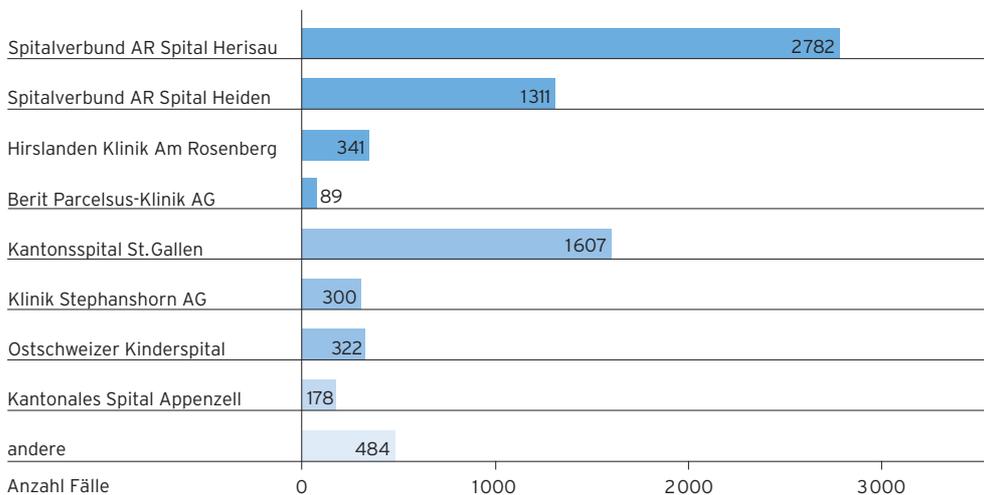
Die Krankenhausstatistik 2010 zeigt, in welchen - kantonalen und ausserkantonalen - Spitälern wie viele Personen aus Appenzell Ausserrhoden behandelt wurden. Über 63% der stationären Patientinnen und Patienten wurden in Ausserrhoder Spitälern und Kliniken versorgt, rund 37% wanderten freiwillig oder medizinisch bedingt in andere Kantone ab. Dabei spielen vor allem das Kantonsspital St. Gallen, die Klinik Stephanshorn AG und das Kinderspital St. Gallen eine wichtige Rolle (siehe Abb. 27 und Abb. 28).

Abb. 27: Standortkantone der behandelnden Kliniken von somatisch erkrankten Ausserrhoder Patientinnen und Patienten 2010 (exkl. Neugeborene)



Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, 2010; Auswertung Departement Gesundheit, 2012

Abb. 28: Behandelnde Kliniken von somatisch erkrankten Ausserrhoder Patientinnen und Patienten 2010 (exkl. Neugeborene)



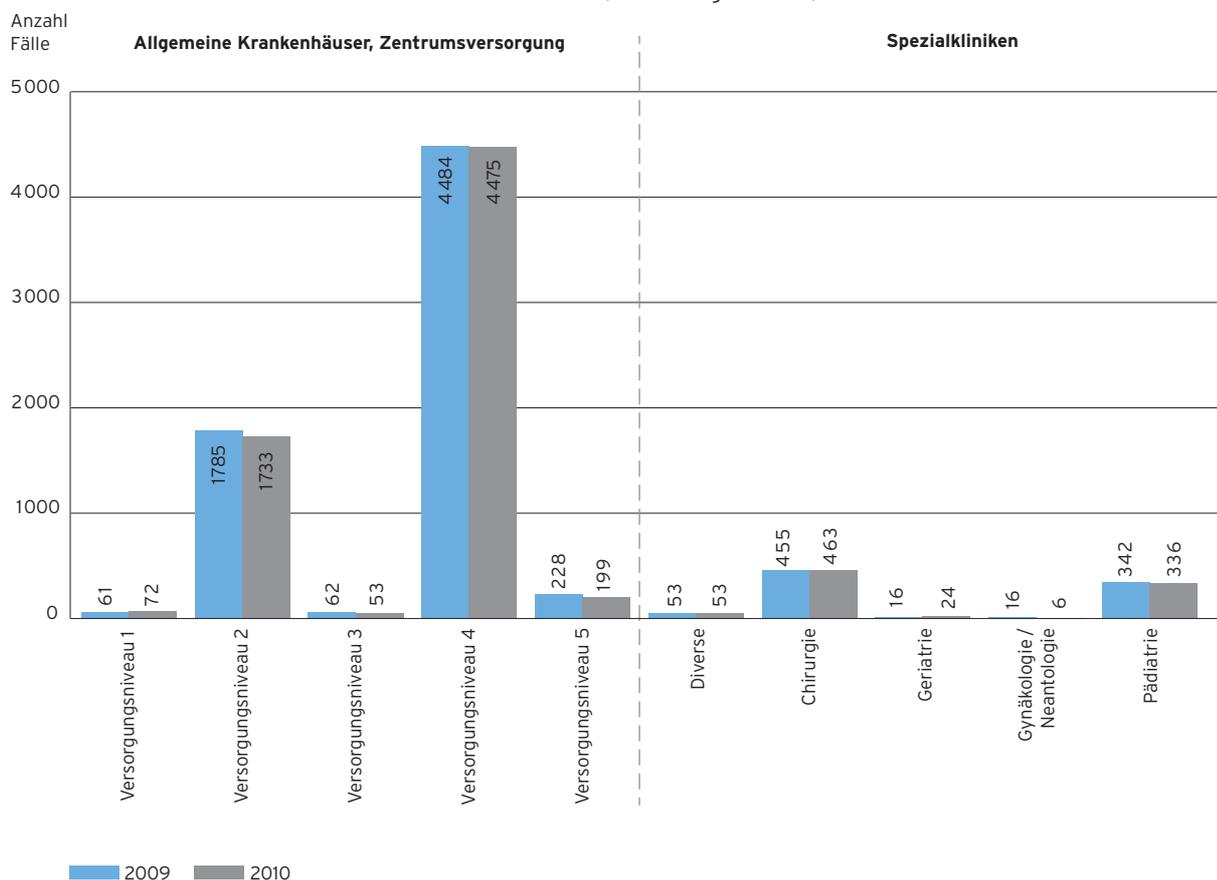
Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, 2010; Auswertung Departement Gesundheit, 2012

Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2010 des BFS gibt auch Auskunft über die Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die verschiedenen Typen von Spitälern (Versorgungsniveau, Spezialkliniken).

Die allgemeinen Krankenhäuser werden gemäss BFS in Kategorien eingeteilt. Die Zuteilung zu einem Versorgungsniveau von 1-5 hängt v.a. von der Anzahl behandelter Fälle pro Jahr ab. Die Spitäler Herisau und Heiden gehören zur Kategorie «Grundversorgung Versorgungsniveau 4» (3 000 bis 6 000 Fälle). Das für Appenzell Ausserrhoden ebenfalls bedeutende Kantonsspital St.Gallen zählt zur Kategorie «Zentrumsversorgung Versorgungsniveau 2» (9 000 bis 30 000 Fälle). Der grösste Teil der Ausserrhoder Patientinnen und

Patienten wurde in Spitälern dieser beiden Kategorien behandelt. Weitere Kategorien sind: «Zentrumsversorgung Versorgungsniveau 1» (v.a. Universitätsspitäler mit über 30 000 Fällen), «Versorgungsniveau 3» (6 000 bis 9 000 Fälle) und «Versorgungsniveau 5» (unter 3 000 Fälle). Die verschiedenen Kliniken des Typs «Spezialklinik» sind für eine qualitative Gesundheitsversorgung wichtig, die Patientenzahlen aus Appenzell Ausserrhoden sind jedoch eher gering.

Abb. 29: Typologisierte Behandlungsorte von somatisch erkrankten Ausserrhoder Patientinnen und Patienten 2010 (exkl. Neugeborene)



Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, 2010; Auswertung Departement Gesundheit, 2012

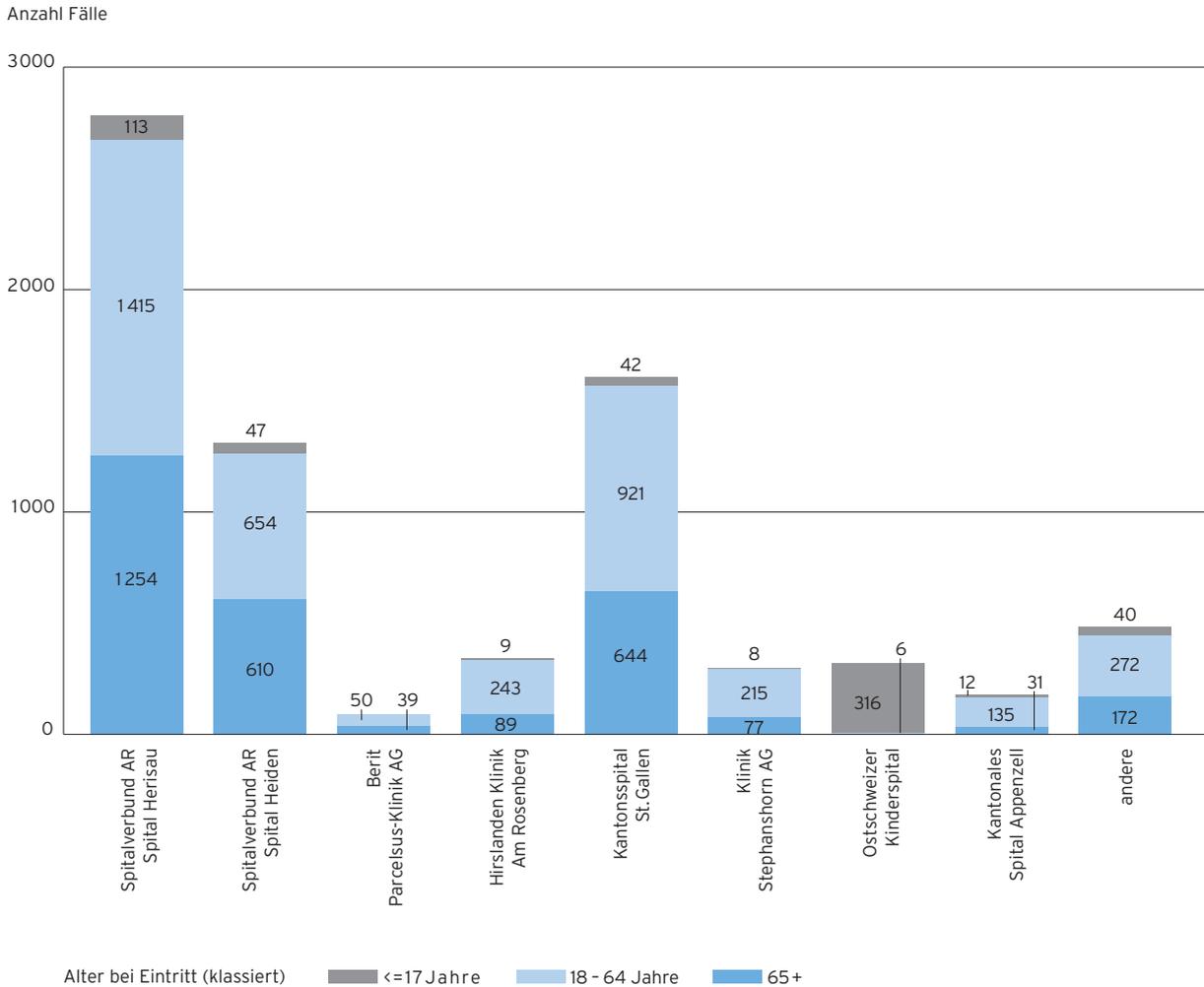
Die obige Grafik zeigt, dass 2010 nur 72 Ausserrhoderinnen und Ausserrhoder an einer Universitätsklinik (Zentrumsversorgung/Versorgungsniveau 1) behandelt worden sind. In den meisten Fällen reicht das Versorgungsangebot des Kantonsspitals St. Gallen (Versorgungsniveau 2) für eine Behandlung aus.

Seit Anfang 2012 können auch grundversicherte Patientinnen und Patienten Privatkliniken mit einem entsprechenden Leistungsauftrag aufsuchen, sofern diese sich auf der Spitalliste des Kantons befinden. Inwiefern sich diese Veränderung auf die Patientenströme auswirken wird, bleibt abzuwarten.

Im Hinblick auf das steigende Durchschnittsalter der Bevölkerung ist die Versorgung älterer Menschen im Besonderen zu betrachten. Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2010 des BFS zeigt, dass die Spitäler Herisau und Heiden überdurchschnittlich viele über 65-Jährige mit Wohnsitz in Appenzell Ausserrhoden behandeln. Im Spital Herisau waren dies im Jahr 2010 rund 45 %, in Heiden über 50 %. Im Kantonsspital St. Gallen liegt der Anteil der über 65-jährigen Ausserrhoderinnen und Ausserrhoder 2010 bei rund 40 %.

Privatkliniken haben tendenziell eine jüngere Kundschaft. Das Ostschweizer Kinderspital behandelt nur Patienten und Patientinnen unter 20 Jahren.

Abb. 30: Anzahl Fälle von somatischen Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz Appenzell Ausserrhodens 2010 nach Altersgruppen (exkl. Neugeborene)



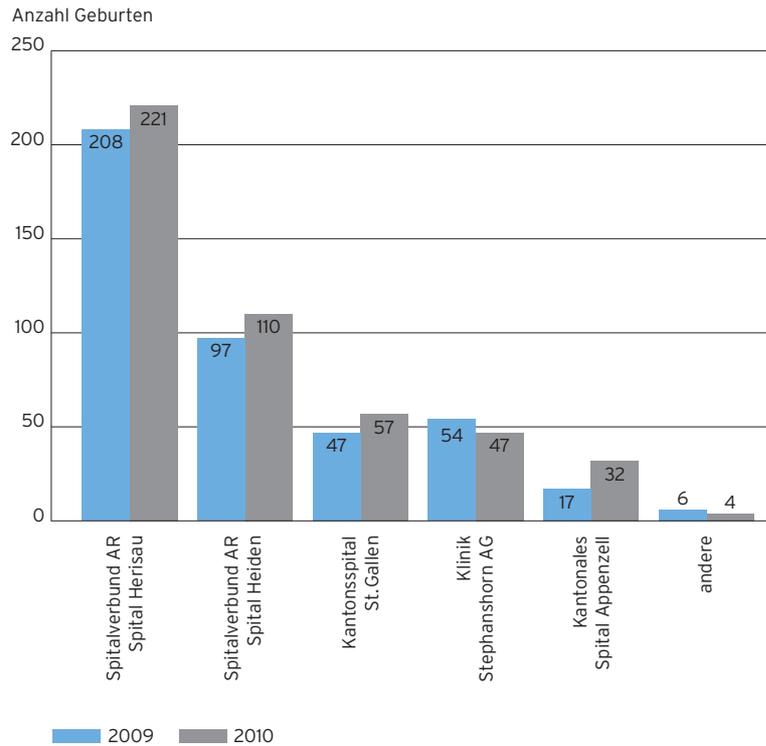
Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, 2010; Auswertung Departement Gesundheit, 2012

6.2.6 Geburten

Über 70% der in einem Spital geborenen Ausserrhoderinnen und Ausserrhoder erblicken 2010 das Licht der Welt in einem der Betriebe des Spitalverbunds Appenzell Ausserrhodens in Herisau oder Heiden (siehe Abb. 31). Die Geburtshilfe ist damit eine klare Stärke dieser beiden Spitäler.

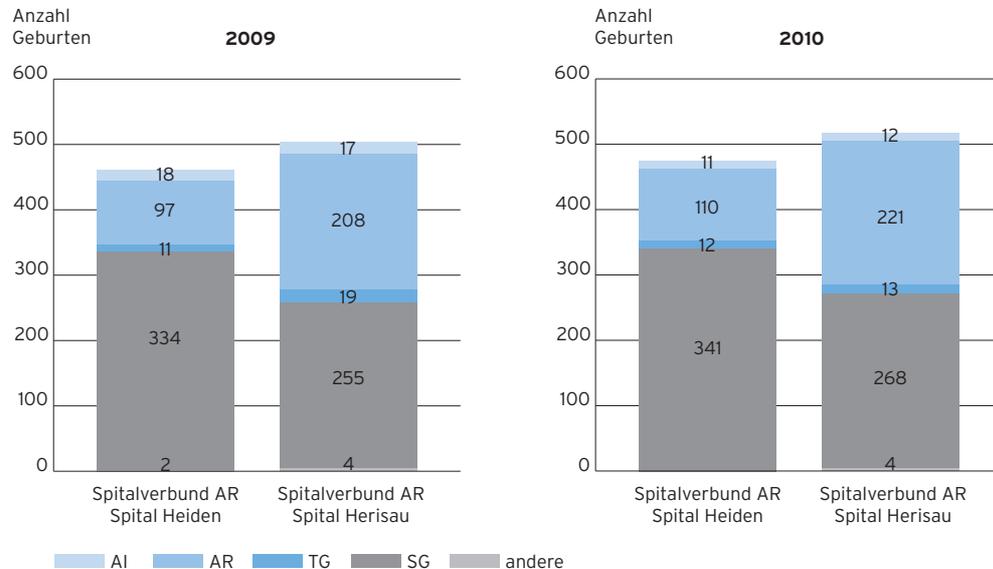
Noch deutlicher zeigt sich die Beliebtheit der Ausserrhoder Spitäler mit Geburtsabteilung, wenn die Gesamtzahl der Geburten (inklusive ausserkantonale wohnhafte Gebärende) betrachtet wird (siehe Abb. 32). Fast 80% aller im Spital Heiden Gebärenden sind nicht im Kanton wohnhaft. Im Spital Herisau beträgt der ausserkantonale Anteil 2010 bei den Geburten fast 60%.

Abb. 31: Geburten von in Appenzell Ausserrhoden wohnhaften Müttern nach Kliniken 2009 und 2010



Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, 2009 und 2010; Auswertung Departement Gesundheit, 2012

Abb. 32: Geburten in Appenzell Ausserrhoder Kliniken 2009 und 2010 nach Wohnkanton



Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, 2009 und 2010; Auswertung Departement Gesundheit, 2012

6.2.7 Notfallversorgung und Rettungsdienst

Die allgemeine Notfallversorgung wird durch den Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (SVAR) sichergestellt. Er betreibt im Auftrag des Kantons zwei Notfallstationen rund um die Uhr und 365 Tage im Jahr. Die privaten Kliniken sind für die notfallmässige Behandlung ihrer eigenen Patientinnen und Patienten nach einem Wahleingriff verantwortlich.

Der SVAR betreibt den Rettungsdienst innerhalb des Kantons, aber auch innerhalb des Notfallverbunds (St.Gallen, Appenzell Innerrhoden, Appenzell Ausserrhoden) über den Notruf 144.

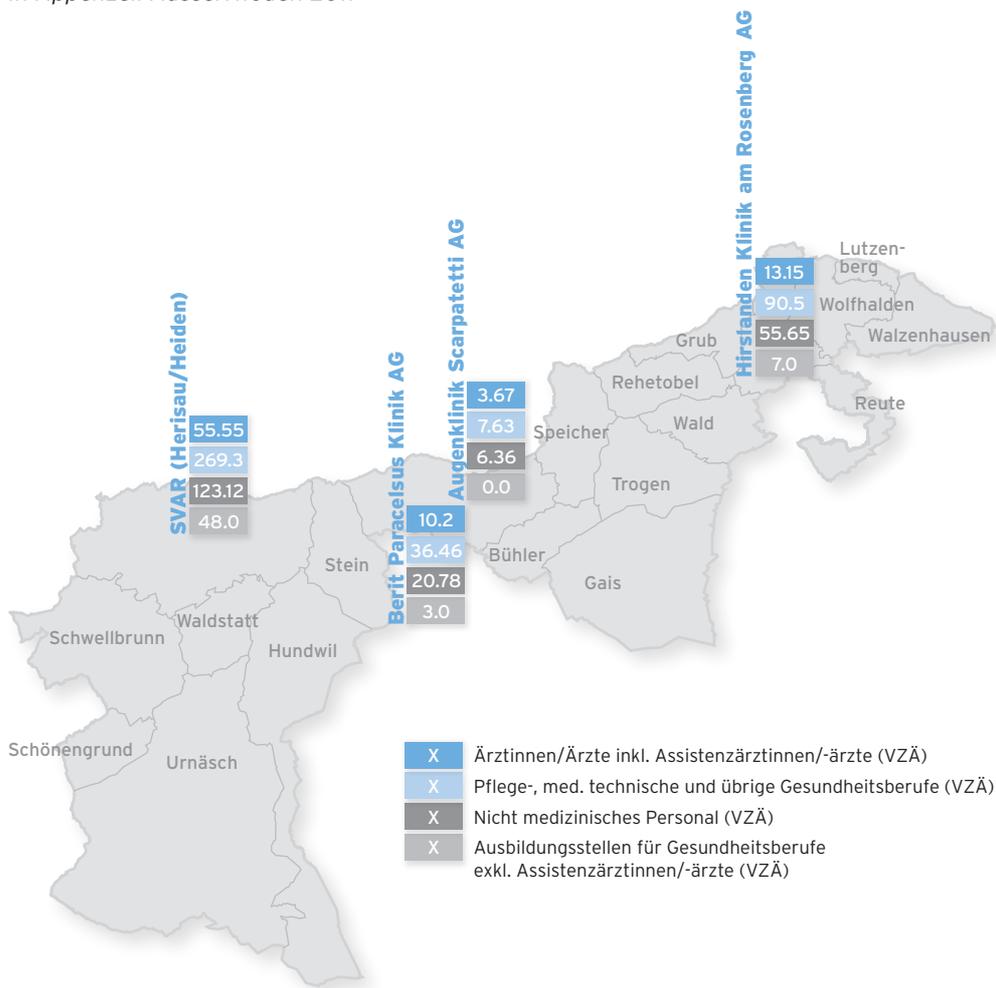
Bei Grossveranstaltungen, schweren Unfällen und anderen medizinischen Ausnahmesituationen, die die personellen Möglichkeiten des Rettungsdienstes und anderer Blaulichtorganisationen übersteigen, leisten die Samariterinnen und Samariter tatkräftig Unterstützung.

6.2.8 Personal in den somatischen Spitälern und Kliniken in Appenzell Ausserrhoden

Die medizinische Versorgung wird von Fachpersonen unterschiedlicher Disziplinen wahrgenommen. Die folgende Übersicht (siehe Abb. 33) zeigt, wie hoch die personellen Kapazitäten (gemäss angegebenem Beschäftigungsgrad = Vollzeitäquivalent) in den einzelnen Kliniken pro Personengruppe sind. Ein Vergleich zwischen den einzelnen Leistungsanbietern ist nur beschränkt möglich, da sich die Kliniken durch das medizinische Leistungsangebot erheblich voneinander unterscheiden.

Beim Angebot der Ausbildungsplätze fällt auf, dass der Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (SVAR) im Vergleich zu den anderen Kliniken mit grossem Abstand am meisten Gesundheitsfachpersonal ausbildet.

Abb. 33: Personelle Zusammensetzung der Mitarbeiterschaft in den somatischen Kliniken in Appenzell Ausserrhoden 2011



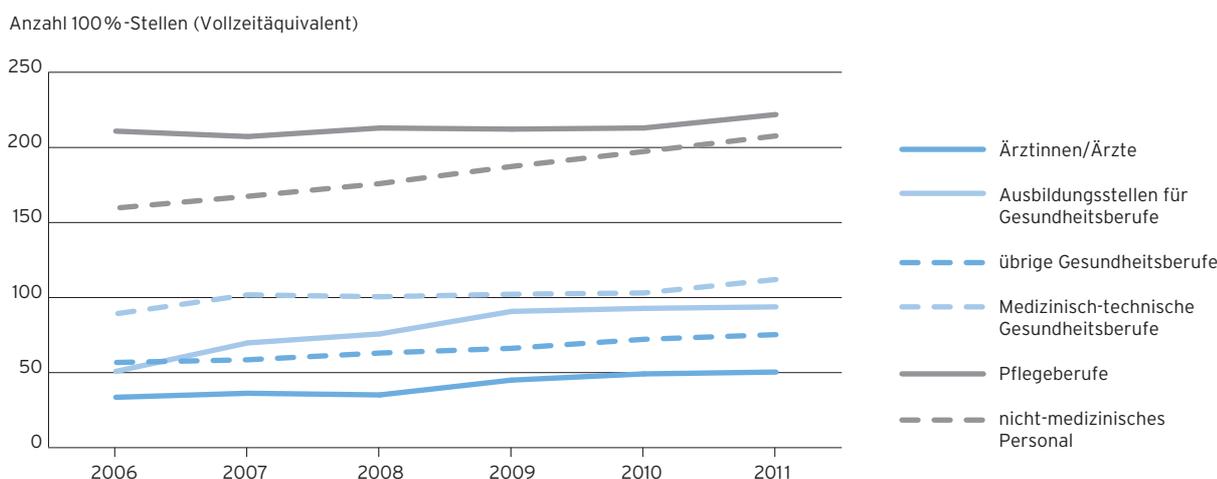
Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

Interessant ist auch die Entwicklung der personellen Kapazitäten in den Jahren 2006 - 2011, wenn die Daten der somatischen Spitäler und Kliniken ausgewählt werden. In fast allen Personalkategorien ist ein Stellenwachstum erkennbar (siehe Abb. 34). Am markantesten ist das Wachstum beim nicht-medizinischen Personal - Mitarbeitende in Hauswirtschaft, Küche, technischer Unterhalt, Administration - ausgefallen (siehe 6.2.8.4).

Eine Zunahme ist auch bei den Ärztinnen und Ärzten und bei den übrigen Gesundheitsberufen zu erkennen; dazu zählen Hebammen sowie Therapeutinnen und Therapeuten. Ein deutliches Wachstum ist ebenfalls bei den Ausbildungsstellen für Gesundheitsberufe feststellbar.

Konstanter zeigt sich die Personalkapazität über den Beobachtungszeitraum bei den Pflegeberufen. Dies deckt sich mit der Tatsache, dass zwar die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den Kliniken sinkt, aber gleichzeitig die Zahl der Patientinnen und Patienten zunimmt.

Abb. 34: Alle Personalkategorien in somatisch tätigen Kliniken: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads in den somatisch tätigen Kliniken (Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006 - 2011

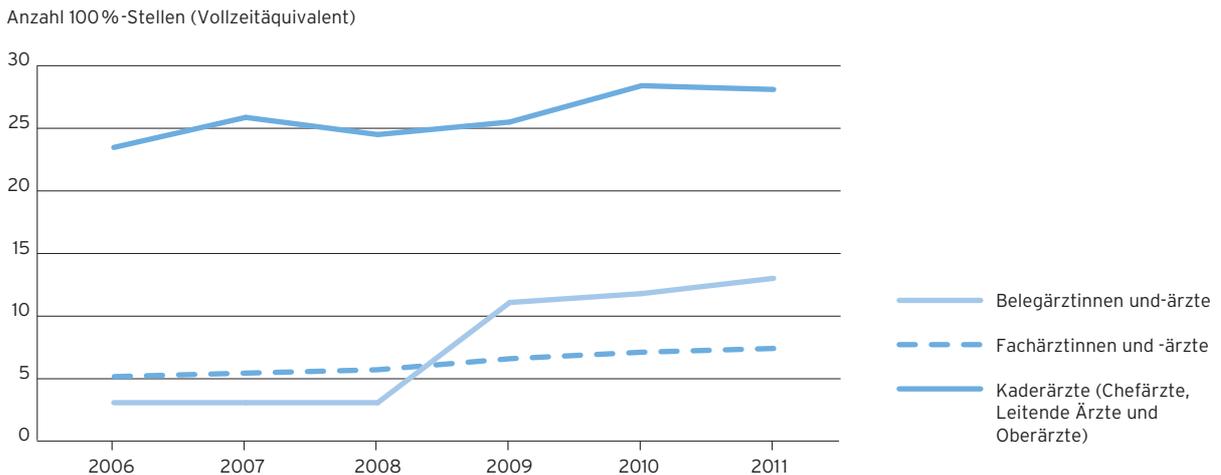


Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

6.2.8.1 Ärztliches Personal

Ein Anstieg des ärztlichen Personals ist verstärkt seit 2008 erkennbar (siehe Abb. 35). Das Wachstum beruht zum einem auf einer leichten Zunahme bei den Kaderärztinnen und Kaderärzten, zum andern kann auch eine Zunahme bei den Belegärztinnen und Belegärzten beobachtet werden. Diese sind, im Gegensatz zu den fest angestellten Kaderärztinnen und Kaderärzten, meist nur in sehr geringem Umfang an einer Klinik tätig, da sie oft eigene Praxen ausserhalb des Kantons betreiben. Der plötzliche Anstieg zwischen 2008 und 2009 hängt mit der erstmaligen Erfassung der Belegärztinnen und -ärzte an einer Klinik zusammen. Eine weitere leichte Zunahme ist bei den Fachärztinnen und -ärzten ausgewiesen. Zu dieser Kategorie gehören angestellte Ärztinnen und Ärzte, die über einen Facharztstitel verfügen, aber keine Führungsfunktion ausüben.

Abb. 35: Ärztliches Personal in somatisch tätigen Kliniken: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads (Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006 - 2011



Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

An den Ausserrhoder Spitälern sind Anfang 2012 140 Spitalärztinnen und -ärzte tätig. Der kumulierte Beschäftigungsgrad (BG) beträgt 7323 Stellenprozent. Davon sind 61 (5180 Stellenprozent; durchschnittlicher BG 84.9%) fest angestellt (exkl. Assistenzärztinnen und -ärzte). Von diesen Festangestellten haben 56 Personen einen Facharzttitel. Angestellte Ärztinnen und Ärzte an einem Spital können zusätzlich als Belegärztin/Belegarzt in einem anderen Spital/einer anderen Klinik tätig sein.

Assistenzärztinnen und Assistenzärzte sind zu Ausbildungszwecken an den Kliniken tätig. Sie verfügen noch nicht über einen Facharztabschluss. Insgesamt sind 24 Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung mit einem Gesamtbeschäftigungsgrad von 2340 Stellenprozent gemeldet. Die Assistenzarztstätigkeit ist befristet und dauert in der Regel ein Jahr pro Fachgebiet.

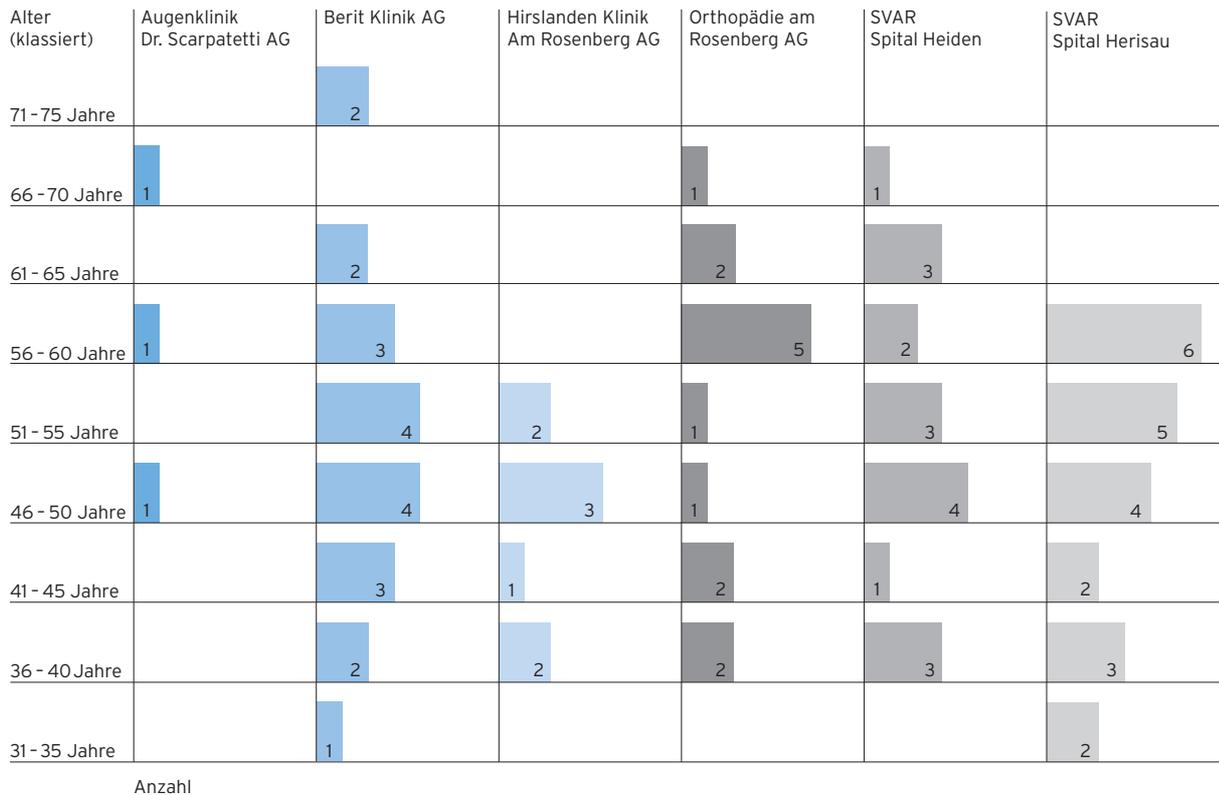
Eine weitere wichtige Kategorie bilden die Belegärztinnen und Belegärzte. Sie behandeln Patientinnen und Patienten in den Kliniken und Spitälern auf vertraglicher Basis (ohne Anstellungsverhältnis). In der Regel betreiben sie ausserhalb des Spitals noch eine eigene Praxis oder sind Teil einer Gruppenpraxis. Die 74 Belegärztinnen und Belegärzte (1973 Stellenprozent; durchschnittlicher BG 26.7%) arbeiten nur tageweise an den Spitälern, was den tiefen durchschnittlichen Beschäftigungsgrad erklärt.

Als besondere Gruppe sind schliesslich die Konsiliarärztinnen und -ärzte zu erwähnen. Sie stehen den Spitälern bei besonderen medizinischen Problemen beratend zur Seite. Insgesamt sind 25 Konsiliarärzte vermerkt. Diese betreiben in Appenzell Ausserrhoden oder ausserhalb des Kantons eigene Praxen oder sind an einem anderen Spital oder einer anderen Klinik tätig.

Die personelle Besetzung der Spitäler darf heute insgesamt als gut bezeichnet werden. Aufgrund des andauernden Wachstums der Patientenzahlen benötigen die Kliniken künftig auch mehr Ärztinnen und Ärzte. Da sich die Rahmenbedingungen in den bisherigen Rekrutierungsländern Deutschland und Österreich stark verbessert haben und gleichzeitig beim Schweizer Ärztenachwuchs ein Mangel besteht, ist die Personalrekrutierung schwieriger geworden.

Um die künftige Versorgungssicherheit besser beurteilen zu können, ist es notwendig, die Alterszusammensetzung zu analysieren. Ein Altersvergleich beim ärztlichen Kaderpersonal (Chef-, Leitende und Oberärztinnen und -ärzte sowie Belegärztinnen und -ärzte) zeigt, dass es zwischen den Kliniken durchaus Unterschiede gibt (siehe Abb. 36). Einige Kaderärztinnen und Kaderärzte gehören in die Alterskategorie der 56- bis 65-Jährigen. Mit anderen Worten: Auch den Spitälern stellen sich in absehbarer Zeit Nachfolgeprobleme.

Abb. 36: Altersstruktur der Ärzteschaft in den Kliniken in Appenzell Ausserrhoden 2011



Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

6.2.8.2 Spezialärztliche Disziplinen

Um die unterschiedlichen stationären Leistungen zu gewährleisten, beschäftigen die Spitäler und Kliniken Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachdisziplinen. In den Ausserrhoder Spitälern sind - inklusive Belegärztinnen und Belegärzte sowie Konsiliarärztinnen und Konsiliarärzte - folgende Spezialgebiete vertreten:

Tabelle 11: Spezialgebiete von Ärztinnen und Ärzten mit einer Tätigkeit an einer somatischen Klinik in Appenzell Ausserrhoden 2011

Anästhesiologie	Innere Medizin	Phlebologie
Angiologie	Kardiologie	Plastische Chirurgie
Chirurgie	Kiefer- und Gesichtschirurgie	Rheumatologie
Dermatologie	Neurochirurgie	Traditionelle chinesische Medizin (TCM)
Gastro-/Enterologie	Neurologie	Urologie
Gynäkologie	Ophtalmologie	Venerologie
Hals- und Gesichtschirurgie	Oto-Rhino-Laryngologie (ORL)	
Handchirurgie	Orthopädie	

Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

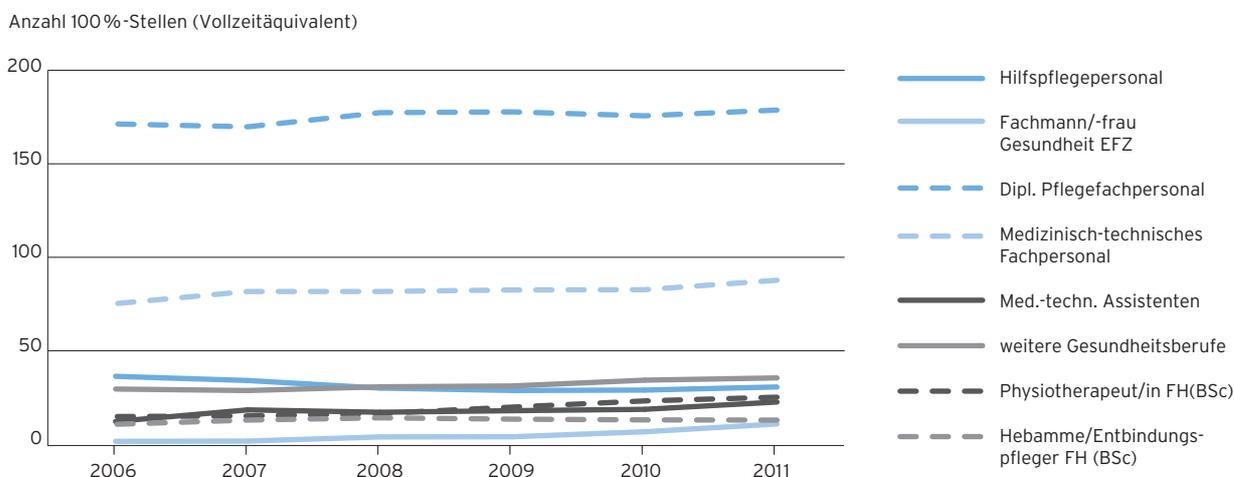
An den Spitälern und Kliniken am besten abgedeckt ist die Orthopädie. Auch die Disziplinen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe sind stark vertreten.

6.2.8.3 Nichtärztliches medizinisches Personal

Innerhalb des nicht-ärztlichen medizinischen Personals (siehe Abb. 37) ist ein Personalwachstum bei den medizinisch-technischen Gesundheitsberufen feststellbar. Ebenso ist ein deutlicher Anstieg bei der Berufsgruppe der Fachpersonen Gesundheit sowie bei diversen therapeutisch tätigen Gesundheitsfachpersonen (z.B. Physiotherapiepersonal) ausgewiesen.

Ein geringeres Wachstum hingegen lässt sich beim diplomierten Pflegepersonal beobachten. Einzig beim Hilfspflegepersonal ist ein leichter Rückgang der Kapazitäten zu verzeichnen.

Abb. 37: Nicht-ärztliches medizinisches Personal in den somatisch tätigen Kliniken: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads (Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006 - 2011



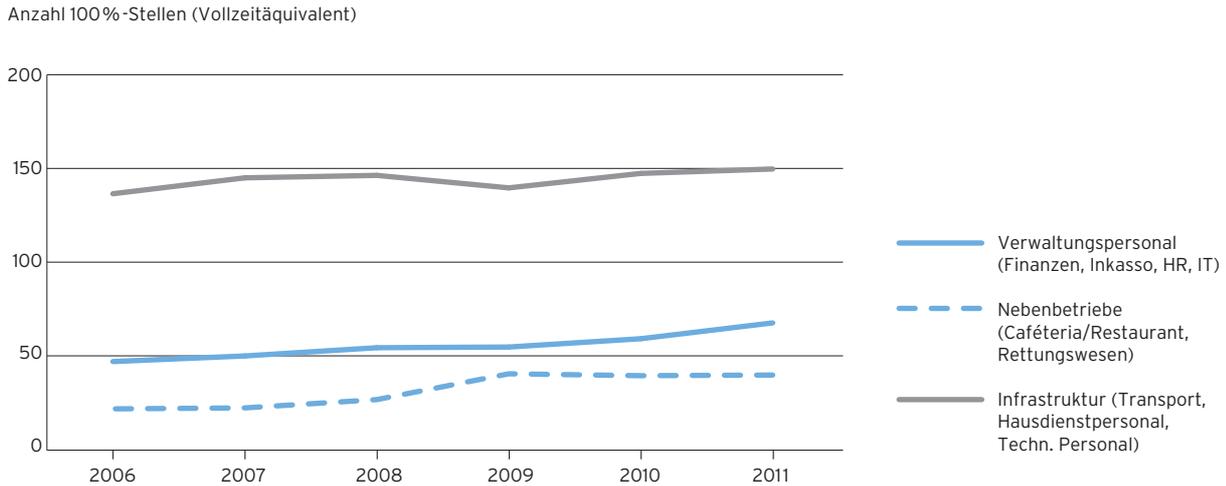
Anmerkung: Weitere Gesundheitsberufe z.B. Krankengymnastinnen und -gymnasten, Masseurinnen und Masseur, Logopädinnen und Logopäden, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen, Psychologinnen und Psychologen, Sozialtherapeutinnen und -therapeuten, Kunsttherapeutinnen und -therapeuten, Arbeitsagoginnen und -agogen, (Liste nicht abschliessend).

Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

6.2.8.4 Nicht-medizinisches Personal

Besonders ausgeprägt ist das Wachstum beim nicht-medizinischen Personal. Eine vertiefte Analyse zeigt, dass der grösste Teil der Stellen im Bereich des technischen Unterhalts, der Reinigung und der Gastronomie zu finden sind (siehe Abb. 38). Die Administrationen aller erfassten Spitäler beschäftigen im Jahr 2011 Personal im Umfang von fast 70 Vollzeitstellen. Die Detailzahlen zeigen, dass sich der kumulierte Beschäftigungsgrad in der Administration von 2006 bis 2011 um über 40 % erhöht hat. Für dieses Stellenwachstum gibt es verschiedene Anhaltspunkte: ein komplexeres Abrechnungssystem, erhöhte Anforderungen an Berichterstattungen (Statistiken), anspruchsvollere IT-Infrastruktur, professioneller Einkauf, erhöhte Qualitätskontrollen, Vorbereitung Umsetzung neue Spitalfinanzierung.

Abb. 38: Nicht-medizinisches Personal in den somatisch tätigen Kliniken: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads (Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006 - 2011

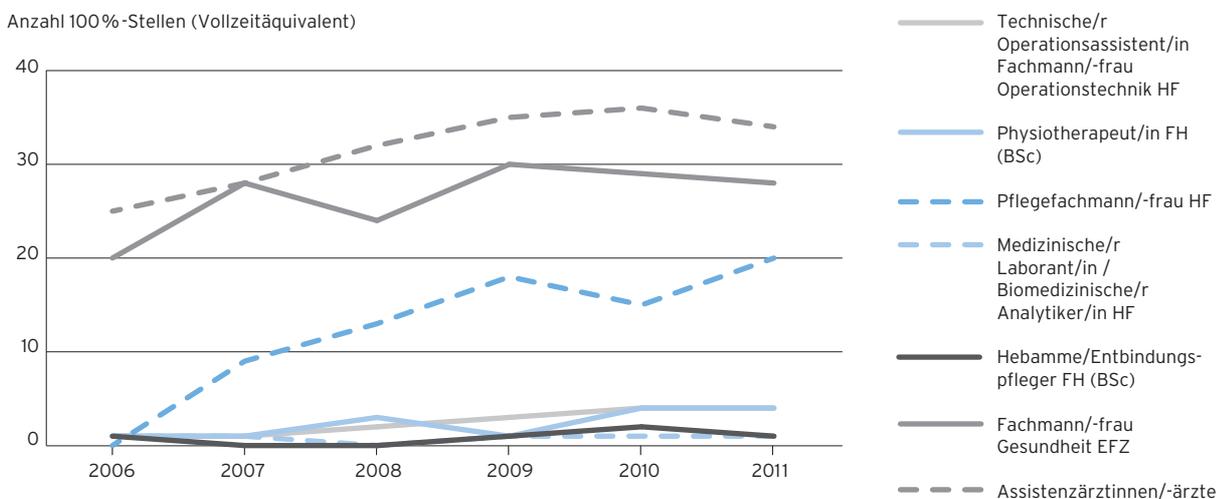


Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

6.2.8.5 Ausbildungsstellen Gesundheitsberufe in Kliniken und Spitälern

Die Detailanalyse der Entwicklung bei den Ausbildungsstellen für Gesundheitsberufe (siehe Abb. 39) zeigt bei den Assistenzärztinnen und Assistenzärzten ein kontinuierliches Stellenwachstum. 2011 ist in dieser Kategorie erstmals ein Rückgang feststellbar. Die Besetzung der Assistenzstellen wird, als Folge des Numerus clausus sowie verbesserter Anstellungsbedingungen im Ausland, zunehmend schwieriger.

Abb. 39: Ausbildungsstellen Gesundheitsberufe in den somatisch tätigen Kliniken: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads (Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006 - 2011



Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

Beim Gesundheitspersonal in Ausbildung fällt auf, dass die Fachfrauen/-männer Gesundheit (nach den Assistenzärztinnen und -ärzten) die grösste Personengruppe ist. In der Ausbildung zur Pflegefachperson HF befanden sich im Jahr 2011 20 Personen.

6.3 Stationäre Versorgung - Psychiatrie

6.3.1 Psychiatrische Grundversorgung in Appenzell Ausserrhoden

Die Grundversorgung mit stationären psychiatrischen Leistungen wird fast vollständig vom Psychiatrischen Zentrum Appenzell Ausserrhoden (PZA), einem Betrieb des Spitalverbands Appenzell Ausserrhoden, erbracht.

Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (SVAR): Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden (PZA)

Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (SVAR): Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden (PZA)				
Trägerschaft	Selbstständig öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons Appenzell Ausserrhoden			
Standort	Herisau			
Statistische Angaben	<i>Jahr</i>	<i>Anzahl Betten</i>	<i>Fälle</i>	<i>Pflegetage</i>
	2009	54	506	19 415
	2010	54	545	20 091
	2011	54	510	19 700
Allgemeine Notfallstation	Für psychiatrische Notfälle			
Leistungsangebot	<p>Das PZA bietet die psychiatrische und psychotherapeutische Grundversorgung im stationären und im ambulanten Bereich an (Ambulatorium/Tagesklinik)</p> <p>Leistungsbereiche: Allgemeine Psychiatrie, Alterspsychiatrie sowie sozial-psychiatrische Angebote</p> <p>Im Juni 2010 hat der Regierungsrat beschlossen, den Leistungsauftrag des Psychiatrischen Zentrums Appenzell Ausserrhoden für drei Jahre um den Bereich Forensik zu erweitern. Die Leistungen sollen insbesondere deliktorientierte psychiatrische Behandlungen und forensische Gutachtertätigkeiten (vor allem zuhanden der Justiz) umfassen. Das Angebot konnte bis heute nicht etabliert werden, weil landesweit ein ausgesprochener Mangel an ausgebildeten Forensikerinnen bzw. Forensikern besteht.</p>			
Anzahl Ausbildungsplätze 2011	Assistenzärztinnen/-ärzte: 9 Plätze; Fachfrau/-mann Gesundheit: 13 Plätze; Pflegefachpersonen HF: 19 Plätze			

Bemerkung: Daten basieren auf Angaben der Klinik; Ausnahme: Fälle 2009 und 2010 beruhen auf der medizinischen Statistik der Krankenhäuser 2010 des Bundesamts für Statistik (BFS); [Statistikfall A, stationär].

6.3.2 Ausserkantonale Kliniken mit Spezialangeboten

Für die stationäre psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen gibt es auf Kantonsg Gebiet nur ein eingeschränktes Angebot. In der Regel werden daher ausserkantonale Einrichtungen, zum Beispiel die Klinik Sonnenhof in Ganterschwil (SG) oder die Klinik Littenheid (TG) in Anspruch genommen.

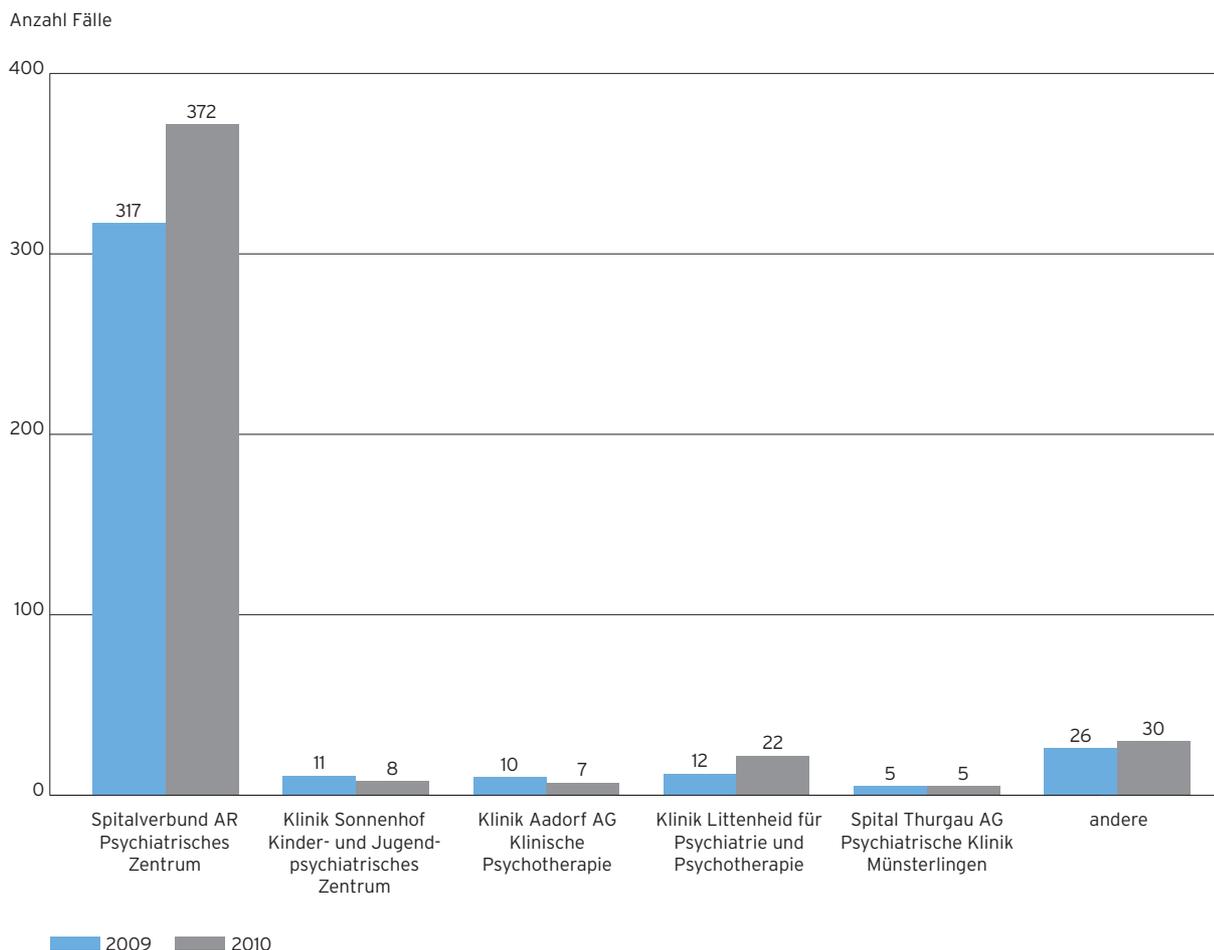
Die stationäre Behandlung von Suchtpatientinnen und -patienten mit einem Alkohol- oder Medikamentenproblem erfolgt in der Regel im Zentrum für Suchttherapie Mühlhof in Tübach (SG) oder in der Forel Klinik in Ellikon (ZH).

Ein besonderes Angebot der Psychiatrie ist der Bereich der Forensik. Die Forensik behandelt Straftäter mit psychischen Störungen. In besonderen Fällen werden diese Personen lebenslänglich verwahrt. Appenzell Ausserrhoden arbeitet dabei mit der Psychiatrischen Klinik Rheinau zusammen.

6.3.3 Versorgung von Ausserrhoder Patientinnen und Patienten

Abb. 40 zeigt die herausragende Stellung des PZA in den Jahren 2009 und 2010 in der psychiatrischen Versorgung im Vergleich zu den ausserkantonalen Kliniken.

Abb. 40: Behandelnde Kliniken von psychisch erkrankten Ausserrhoder Patientinnen und Patienten 2009 und 2010



Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, 2009 und 2010; Auswertung Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

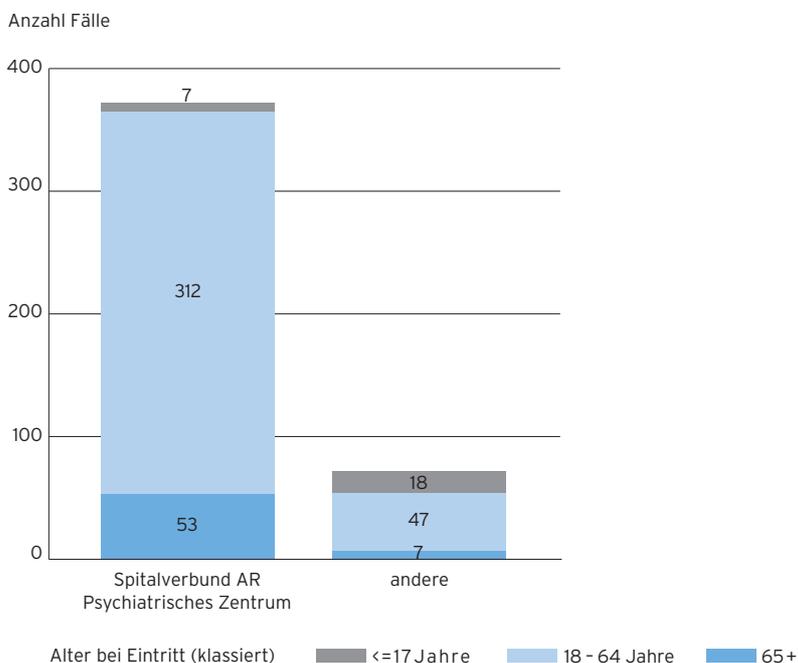
Die 18- bis 64-jährigen Psychatriepatientinnen und -patienten wurden 2010 zu über 86% und die über 64-jährigen zu über 88% am PZA behandelt (siehe Abb. 41). Bei den unter 18-Jährigen werden nur rund 28% der Patientinnen und Patienten durch das PZA versorgt.

Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose, die auf eine psychische Störung hinweist (ICD-10 Code F00-F99⁶⁰), werden in einigen Fällen abschliessend in somatischen Kliniken behandelt. Die stationären Behandlungen aus psychiatrischen Gründen liegen somit höher als die an den Fachkliniken ausgewiesenen Fallzahlen (siehe Abb. 40 und Abb. 41). Dies zeigen von OBSAN publizierte Gesundheitsindikatoren.

60 www.who.int/classifications/icd/en/ (Zugriff am 13.3.2012)

In der Schweiz wurden 2009 gemäss Obsan von der Gruppe der F-Diagnosen am häufigsten folgende psychiatrischen Hauptdiagnosen bzw. Diagnosegruppen verwendet: Depressionen (21.2% aller F-Diagnosen), Störungen durch Alkohol (17.4%), Psychosen (15.6%), neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (14.3%) sowie Störungen durch psychotrope Substanzen (7.5%). Die verbleibenden 23.9% entfallen auf andere als die genannten F-Diagnosebereiche. Die Daten von Appenzell sind im schweizerischen Vergleich unauffällig: Depressionen (19.1% aller F-Diagnosen), Störungen durch Alkohol (18.0%), Psychosen (15.0%), neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (13.4%) sowie Störungen durch psychotrope Substanzen (8.5%).⁶¹

Abb. 41: Behandlungsorte von psychisch erkrankten Ausserrhoder Patientinnen und Patienten 2010 nach Alterskategorien



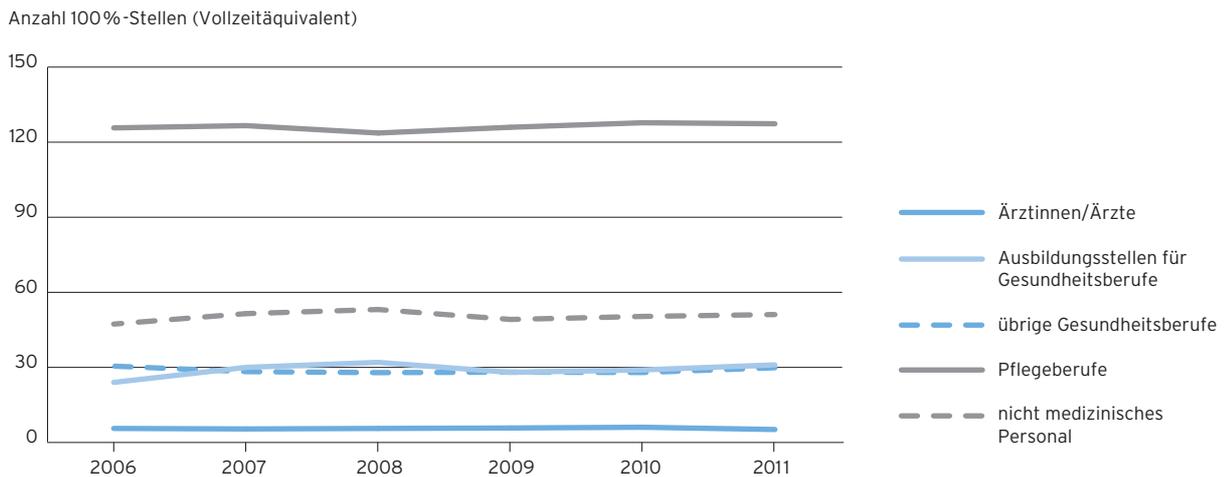
Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, 2010; Auswertung Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhodens, 2012

6.3.4 Personal im Psychiatrischen Zentrum Appenzell Ausserrhodens (PZA)

Grundsätzlich ist beim Personalbestand im Psychiatrischen Zentrum Appenzell Ausserrhodens (PZA) über die letzten Jahre eine hohe Konstanz beobachtbar, wie Abb. 42 zeigt. Am meisten Personen sind in der Pflege tätig. Die kleinste Personengruppe bilden die Ärztinnen und Ärzte. Sie werden von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten unterstützt, die bei den Ausbildungsstellen für Gesundheitsberufe aufgeführt sind.

61 Vgl. Obsan-Monitoring zum Gesundheitszustand: Psychiatrische Diagnosen - Häufigste F-Diagnosen in der stationären Psychiatrie; <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/04/01/ind26.indicator.149042.260104.html> (Zugriff am 13.3.2012)

Abb. 42: Überblick Personal im PZA: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads von (Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006 - 2011

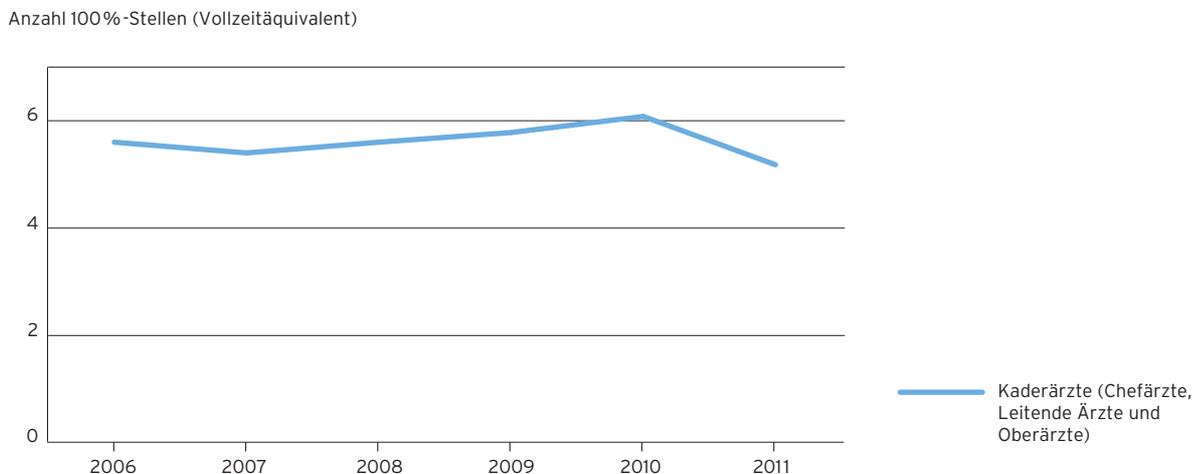


Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

6.3.4.1 Klinikärztinnen und Klinikärzte

Die medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten des PZA wird durch sieben Kaderärztinnen und Kaderärzte mit fachärztlicher Ausbildung in Psychiatrie/Psychotherapie gewährleistet. Ihr kumulierter Beschäftigungsumfang beträgt im Jahr 2011 518 Stellenprozent. Am PZA sind keine Beleg- und Fachärztinnen und -ärzte tätig.

Abb. 43: Ärztliches Personal im PZA: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads von (Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006 - 2011

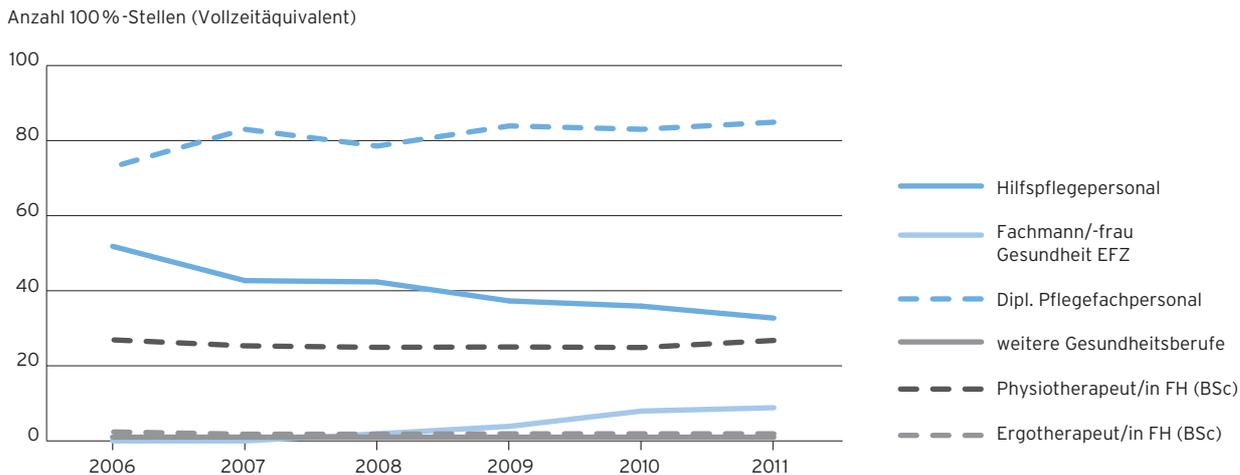


Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

6.3.4.2 Nicht-ärztliches Gesundheitspersonal

Im nicht-ärztlichen medizinischen Bereich sind rund 130 Stellen besetzt. In diese Kategorie fallen neben dem Pflegefachpersonal auch die Sozialen und Therapeutischen Dienste. Bei der Entwicklung des Beschäftigungsgrads im Zeitverlauf fällt auf, dass das Hilfspflegepersonal abnimmt. Der Personalarückgang wird teilweise durch Zugänge beim diplomierten Fachpersonal kompensiert.

Abb. 44: Nicht-ärztliches medizinisches Personal im PZA: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads (Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006 - 2011



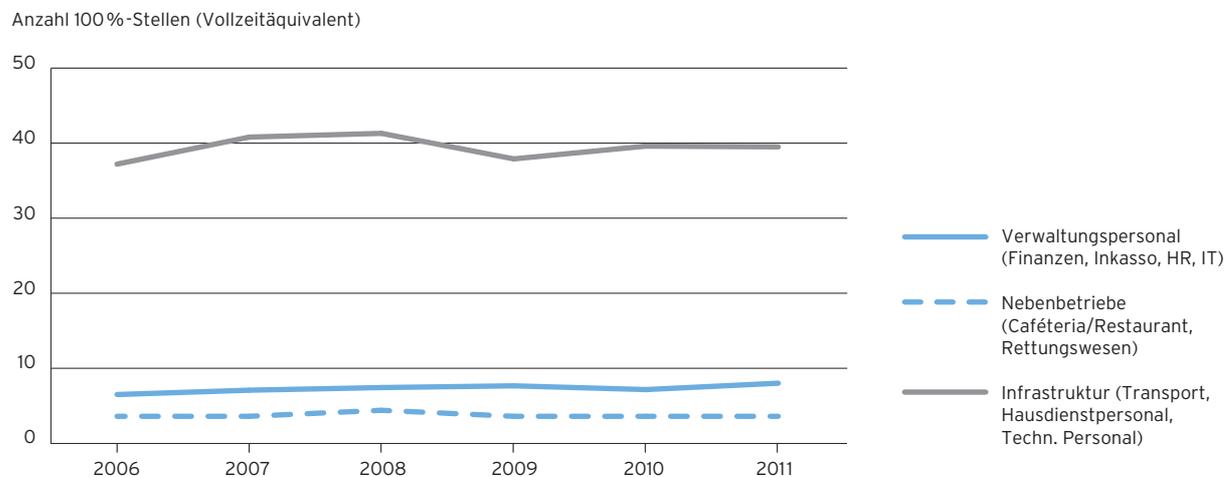
Anmerkung: Weitere Gesundheitsberufe z.B. Krankengymnastinnen und -gymnasten, Masseurinnen und Masseur, Logopädinnen und Logopäden, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen, Psychologinnen und Psychologen, Sozialtherapeutinnen und -therapeuten, Kunsttherapeutinnen und -therapeuten, Arbeitsagoginnen und -agogen, (Liste nicht abschliessend).

Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

6.3.4.3 Nicht-medizinisches Personal

Die Entwicklung des Beschäftigungsgrads beim nicht-medizinischen Personal war in den letzten Jahren unauffällig. Das meiste Personal ist für den Betrieb der Infrastruktur eingesetzt.

Abb. 45: Nicht-medizinischen Personal im PZA: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads (Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006 - 2011



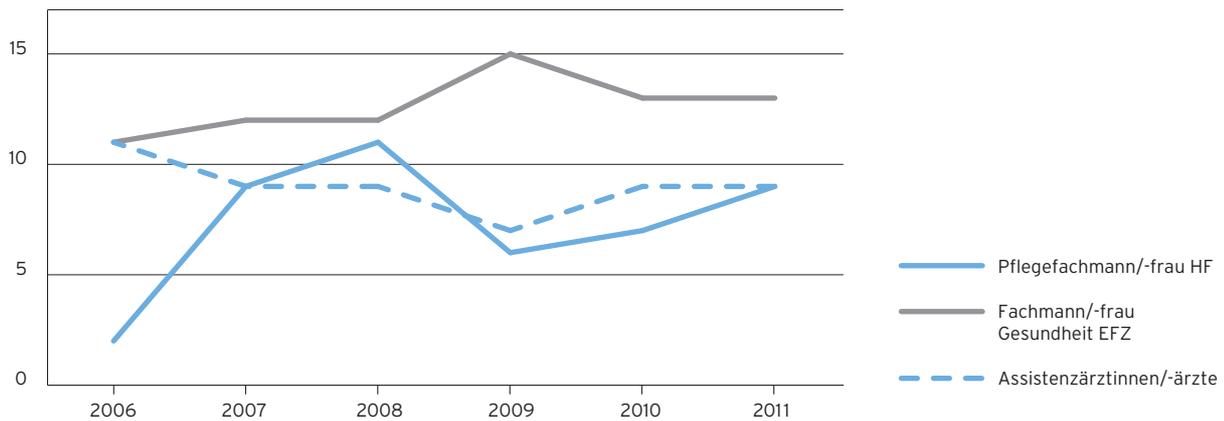
Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

6.3.4.4 Ausbildungsstellen im PZA

Auch am PZA werden Gesundheitsfachpersonen ausgebildet. Am meisten Ausbildungsstellen werden von angehenden Fachfrauen/-männern Gesundheit belegt. Ausserdem werden Assistenzärztinnen und Assistenzärzte sowie Pflegefachpersonen mit Höherer Fachausbildung (HF) ausgebildet. Die Zahl der Ausbildungsstellen schwankt im Zeitverlauf in den einzelnen Berufsgruppen teils erheblich, wie Abb. 46 zeigt.

Abb. 46: Ausbildungsstellen im PZA: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006 - 2011

Anzahl 100%-Stellen (Vollzeitäquivalent)



Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

6.4 Stationäre Versorgung - Rehabilitation

In der Rehabilitation geht es nicht um die kurative Behandlung akuter Krankheiten und Verletzungen, sondern um die Beseitigung oder Milderung der von diesen verursachten Folgen. Diese können sich in Form von Gesundheitsschädigungen sowie Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Partizipation an der Gesellschaft manifestieren.⁶²

Rehabilitative Leistungsbereiche sind vielseitig. In Appenzell Ausserrhoden werden folgende Fachzweige angeboten: Neurologische Rehabilitation, Muskuloskelettale Rehabilitation, Kardiovaskuläre Rehabilitation und Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation.

Für die Rehabilitation von Querschnittsgelähmten, für pulmonale und internistisch-onkologische Rehabilitation sowie für die Rehabilitation von Kindern sind ausserkantonale Anbieter verfügbar.

6.4.1 Leistungsanbieter Rehabilitation

6.4.1.1 Versorgungsangebot in Appenzell Ausserrhoden

In Appenzell Ausserrhoden sind zwei Reha-Kliniken tätig, die im Folgenden kurz vorgestellt werden.

⁶² Vgl. Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2010: S. 47

Rheinburg Klinik AG				
Trägerschaft	AG			
Standort	Walzenhausen			
Statistische Angaben	<i>Jahr</i>	<i>Anzahl Betten</i>	<i>Fälle</i>	<i>Pflegetage</i>
	2009	57	677	19184
	2010	57	641	19038
	2011	60	665	19746
Leistungsangebot	Muskuloskelettale sowie Neurologische Rehabilitation Frührehabilitation zum Leistungsangebot			
Anzahl Ausbildungsplätze 2011	Assistenzärztinnen/-ärzte: 4 Plätze; Fachfrau/-mann Gesundheit: 3 Plätze			

Bemerkung: Daten basieren auf Angaben der Klinik; Ausnahme: Fälle 2009 und 2010 beruhen auf der medizinischen Statistik der Krankenhäuser 2010 des Bundesamts für Statistik (BFS); [Statistikfall A, stationär].

Klinik Gais AG				
Trägerschaft	AG			
Standort	Gais			
Statistische Angaben	<i>Jahr</i>	<i>Anzahl Betten</i>	<i>Fälle</i>	<i>Pflegetage</i>
	2009	130	1877	43971
	2010	130	1654	38372
	2011	154	1441	34057
Leistungsangebot	Kardiovaskuläre sowie psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation Frührehabilitation zum Leistungsangebot			
Anzahl Ausbildungsplätze 2011	Assistenzärztinnen/-ärzte: 4 Plätze; Fachfrau/-mann Gesundheit: 2 Plätze; Physiotherapeut/-in FH: 1 Platz			

Bemerkung: Daten basieren auf Angaben der Klinik; Ausnahme: Fälle 2009 und 2010 beruhen auf der medizinischen Statistik der Krankenhäuser 2010 des Bundesamts für Statistik (BFS); [Statistikfall A, stationär].

6.4.1.2 Ausserkantonales Versorgungsangebot

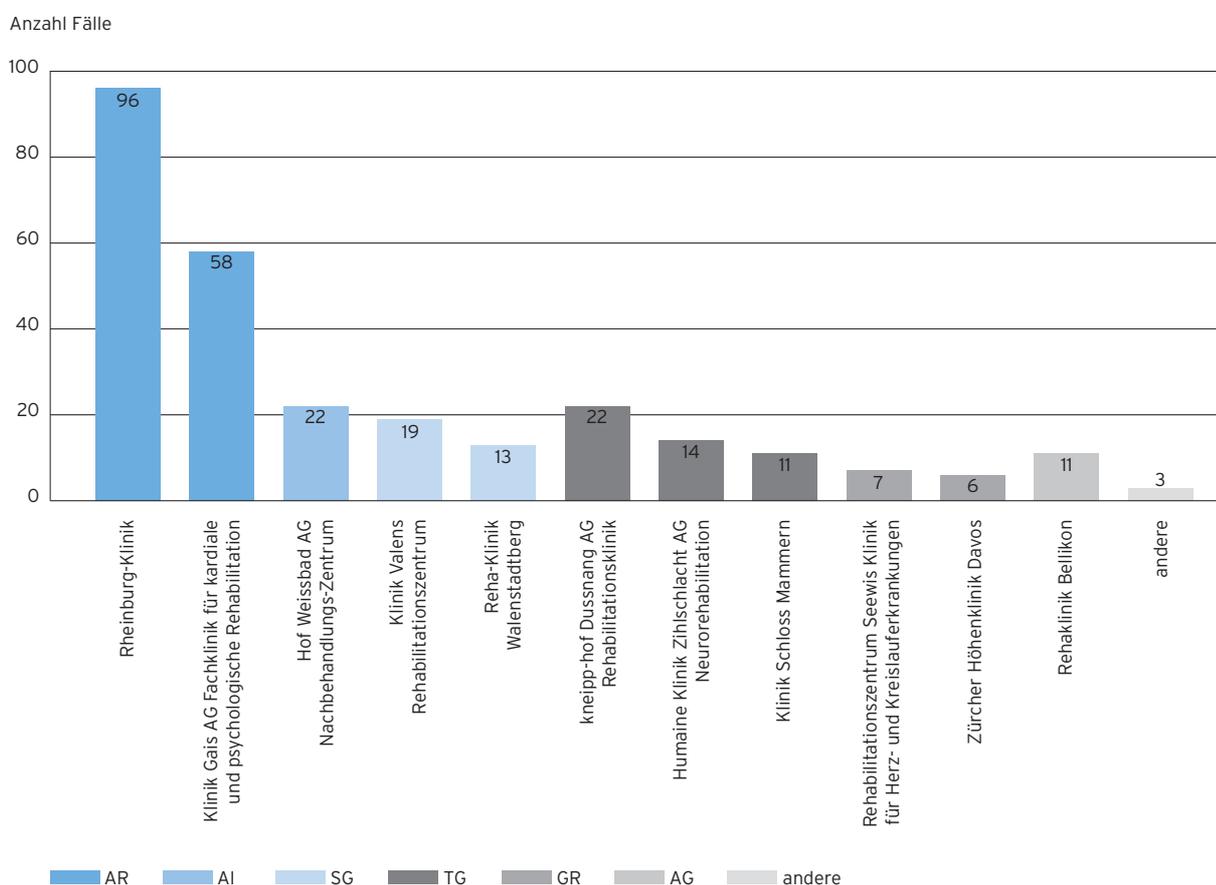
Das kantonale Leistungsangebot wird durch Leistungsaufträge mit ausserkantonalen Rehabilitationskliniken erweitert. Überschneidend zum Ausserrhoder Leistungsangebot bietet die Klinik kneipp-hof Dussnang im Kanton Thurgau ebenfalls die muskuloskelettale Rehabilitation an. Die neurologische Rehabilitation wird in spezifischen Fällen durch die REHAB Basel erbracht. Der Leistungsauftrag der REHAB Basel beschränkt sich auf Patientinnen und Patienten im Wachkoma und solche mit schweren traumatischen Hirnverletzungen (Doppeltrauma spinal und cranial).

Die Rehabilitation Querschnittsgelähmter erfolgt entweder beim Schweizer Paraplegiker-Zentrum in Nottwil oder an der Universitätsklinik Balgrist. Für die pulmonale und internistisch-onkologische Rehabilitation wurden den Zürcher Höhenkliniken Wald und Davos Leistungsaufträge vergeben. Das Kinderspital Zürich (resp. das Rehabilitationszentrum in Affoltern am Albis) erbringt die Rehabilitation von neurologischen und neuro-orthopädischen sowie allgemein pädiatrischen Leistungen.

6.4.2 Versorgung von Ausserrhoder Patientinnen und Patienten - Rehabilitation

Die Medizinische Statistik zeigt, dass Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Appenzell Ausserrhoden 2010 zur Rehabilitation überwiegend in der Rheinburg-Klinik in Walzenhausen und in der Klinik Gais weilten. Bei den ausserkantonalen Rehabilitationskliniken gibt es keine bevorzugte Institution. Bis auf zwei Rehabilitationskliniken (Hof Weissbad Appenzell Innerrhoden und Klinik Schloss Mammern), die nur zusatzversicherten Patientinnen und Patienten offen stehen, werden an den anderen Standorten auch grundversicherte Patientinnen und Patienten aus Appenzell Ausserrhoden betreut.

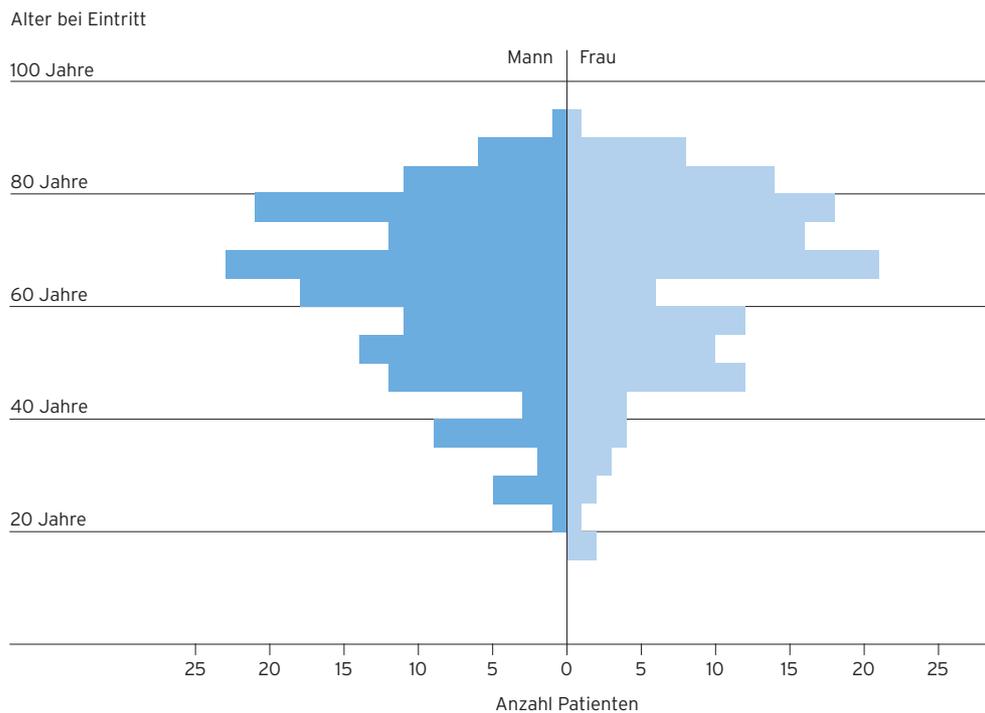
Abb. 47: Anzahl Fälle von in Ausserrhoden wohnhaften Patientinnen und Patienten in einer Rehabilitationsklinik 2010



Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, 2010; Auswertung Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

Das Reha-Angebot wird mehrheitlich von älteren Personen genutzt. Das mittlere Eintrittsalter liegt bei 60 Jahren (2010). Die Grafik zeigt, dass Männer, die das Reha-Angebot benötigen, etwas jünger sind als Frauen. Dies hängt v. a. mit Herzerkrankungen zusammen, die bei den Männern im Alter um 60 vermehrt zu beobachten sind. Der erhöhte Wert bei den Frauen zwischen 40-45 Jahren ist auf die vermehrte Nutzung der psychiatrischen/psychosomatischen Rehabilitation zurückzuführen.

Abb. 48: Eintrittsalter von in Ausserrhoden wohnhaften Patientinnen und Patienten in einer Rehabilitationsklinik 2010

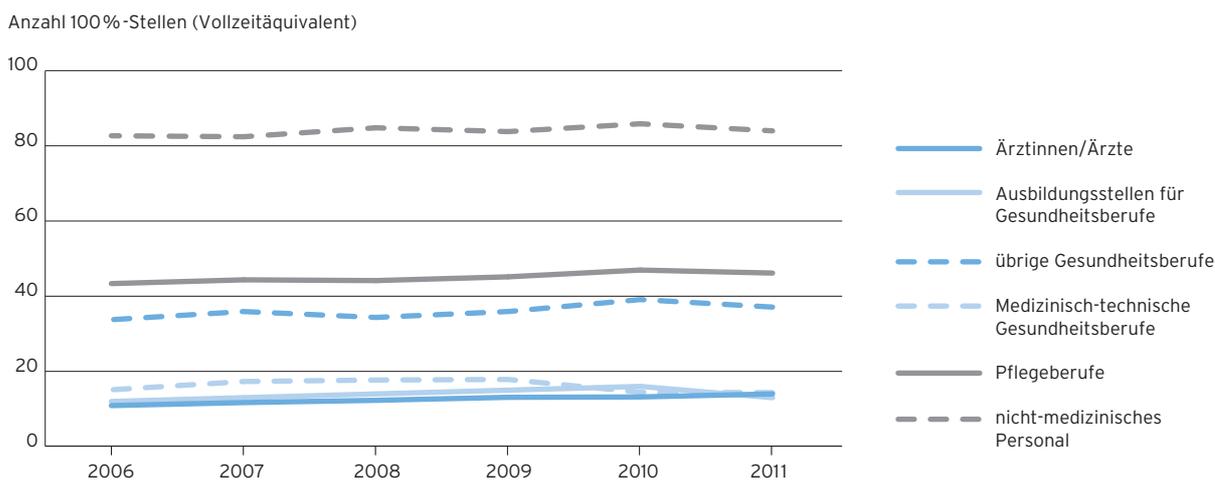


Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, 2010, Auswertung Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

6.4.3 Personal in den Rehabilitationskliniken in Appenzell Ausserrhoden

Bei der Analyse der Beschäftigungsstruktur fällt auf, dass an den Rehabilitationskliniken die Personengruppe des nicht-medizinischen Personals am grössten ist. Für die Genesung ist neben einem hochwertigen Behandlungs- und Therapieangebot auch die spezifische Unterbringung und Verpflegung bedeutend.

Abb. 49: Überblick Personal in den Rehabilitationskliniken: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads (Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006 - 2011

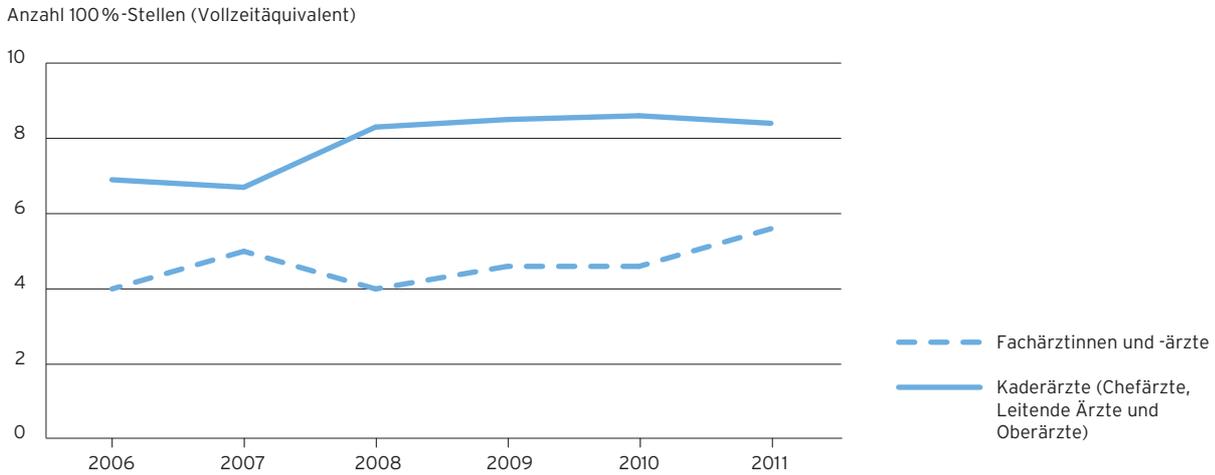


Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

6.4.3.1 Klinikärztinnen und Klinikärzte

In den Ausserrhoder Rehabilitationskliniken sind im Jahr 2011 Ärztinnen und Ärzte mit einem Beschäftigungsumfang von insgesamt 14 Vollzeitstellen tätig. Es handelt sich ausschliesslich um fest angestellte Kader- und andere Fachärztinnen und -ärzte. Belegärztinnen und Belegärzte sind nicht an den Reha-Kliniken tätig.

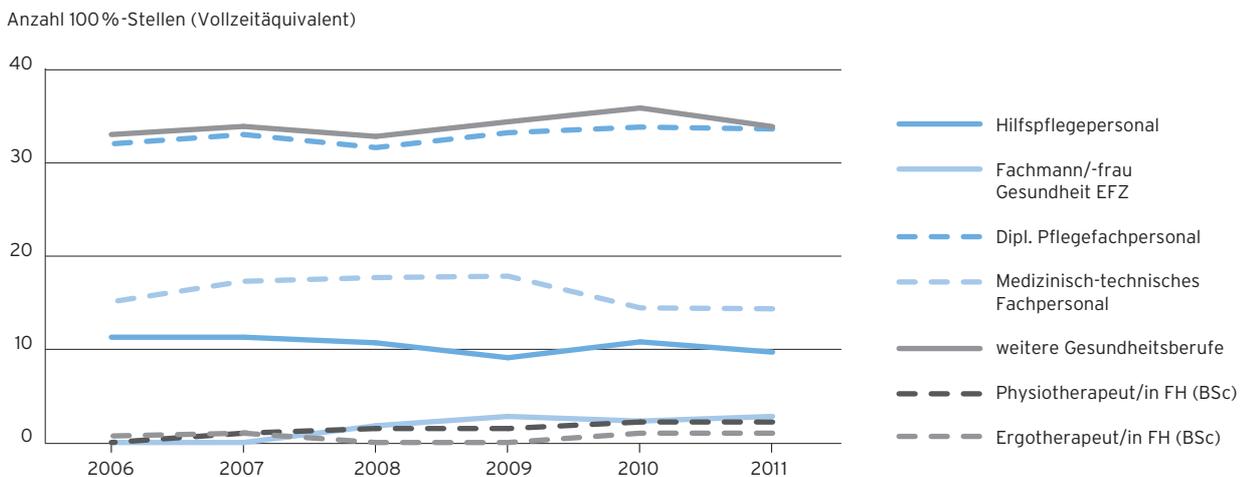
Abb. 50: Ärztliches Personal in den Rehabilitationskliniken: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads (Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006 - 2011



6.4.3.2 Nicht-ärztliches medizinisches Personal

Die Betreuung der Patientinnen und Patienten obliegt auch hier verschiedenen nicht-ärztlichen Gesundheitsfachpersonen. In den Reha-Kliniken ist, bedingt durch das Leistungsangebot, mehr therapeutisches Personal beschäftigt als in Akutspitälern.

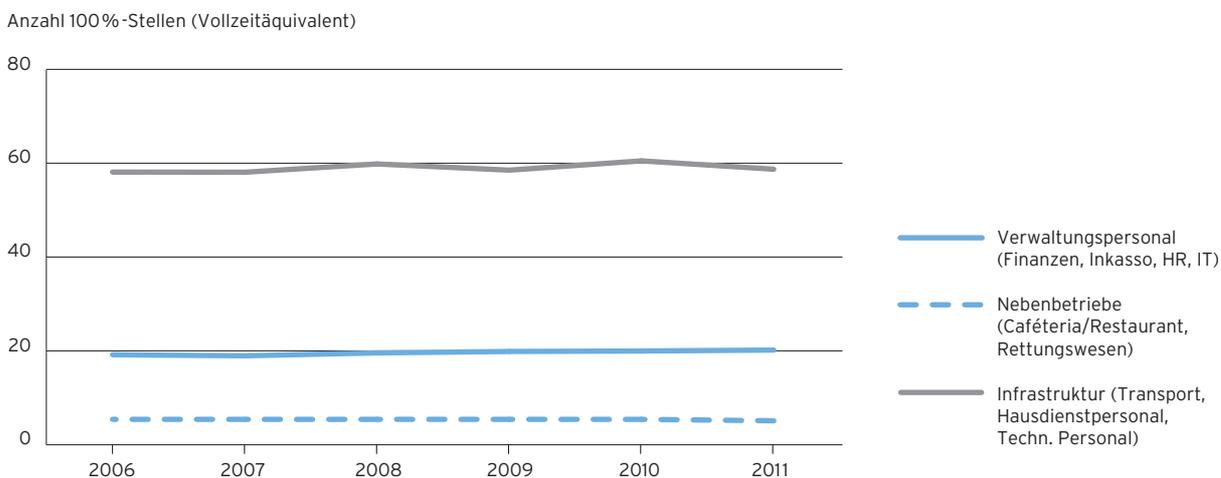
Abb. 51: Nicht-ärztliches medizinisches Personal in den Rehabilitationskliniken: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads (Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006 - 2011



6.4.3.3 Nicht-medizinisches Personal

Diese Personalkategorie bildet bei den Kliniken in Gais und Walzenhausen die grösste Gruppe und übertrifft zahlenmässig das Pflege- und das ärztliche Personal deutlich. Im Unterschied zu den somatischen Kliniken ist bei den Reha-Kliniken kein Wachstum beim nicht-medizinischen Personal festzustellen.

Abb. 52: Nicht-medizinisches Personal in den Rehabilitationskliniken: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads (Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006 - 2011

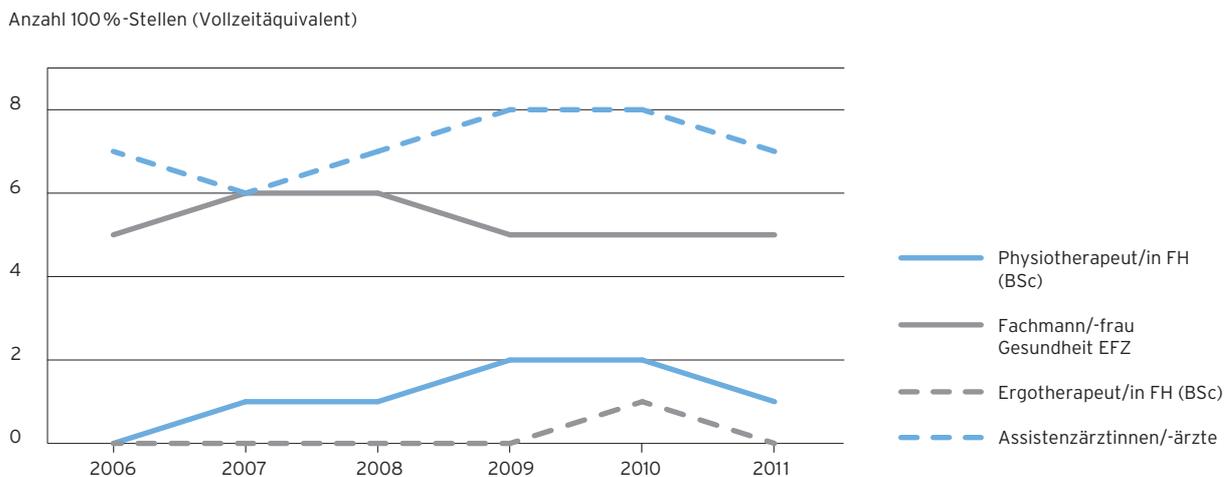


Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

6.4.3.4 Ausbildungsstellen in den Rehabilitationskliniken in Appenzell Ausserrhoden

Auch in den Reha-Kliniken wird Gesundheitspersonal ausgebildet. Am meisten Ausbildungsstellen werden von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten belegt, gefolgt von angehenden Fachfrauen/-männer Gesundheit und vereinzelt Therapieberufen.

Abb. 53: Ausbildungsstellen Gesundheitsberufe in den Rehabilitationskliniken: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads (Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006 - 2011



Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

6.5 Stationäre Langzeitpflege (Pflegeheime)

Pflegeheime sichern die stationäre Langzeitpflege von Personen, deren Betreuung durch ambulante Angebote nicht abgedeckt werden kann oder zu kostenaufwändig wäre. Es handelt sich grossmehrfach um ältere Menschen, in Einzelfällen werden dort auch jüngere Menschen gepflegt. Ein Teil der Nutzerinnen und Nutzer sind wegen der sozialen Kontakte und einem erhöhten Sicherheitsbedürfnis in ein Heim eingetreten.

Zuständig für die Versorgung mit Alters- und Pflegeheimplätzen sind gemäss Gesundheitsgesetz die Gemeinden. Sie können die Versorgung selbst sicherstellen, sich dafür mit anderen Gemeinden zusammenschliessen oder Aufträge an Dritte (private Trägerschaften) erteilen. Die Gemeinden regeln auch die Finanzierung mit Ausnahme der Tarife für die Pflege und Betreuung, die vom Regierungsrat normativ festgelegt werden.

Bei der stationären Langzeitpflege werden folgende Kostenarten unterschieden:

- Pflegekosten
- Betreuungskosten
- Kosten für Unterkunft und Verpflegung
- Kosten für weitere Leistungen (z. B. persönliche Ausgaben)

Die Krankenversicherer leisten einen schweizweit einheitlichen Beitrag an die Pflegekosten, deren Höhe nach Pflegeaufwand abgestuft ist. Für die Festlegung der Aufenthaltskosten werden die Bewohnerinnen und Bewohner in sog. Pflegebedarfsstufen eingeteilt. Die Stufen reichen von 1-12, wobei bei einer Pflegebedarfsstufe 1 kaum Pflegeaufwand notwendig, bei einer Pflegebedarfsstufe 12 eine umfassende Pflege erforderlich ist. Die Bewohnerinnen und Bewohner tragen maximal 20 % der Pflegekosten selber, und zudem die Kosten für Betreuung, Unterkunft und Verpflegung sowie weitere Leistungen. Die Gemeinden finanzieren die ungedeckten Pflegekosten (Restkosten der Pflege).

Der Kanton leistet bis 2015 Beiträge an Neu-, Um- und Erweiterungsbauten von Pflegeheimen und Pflegeabteilungen im Rahmen von maximal 50 % der anerkannten Kosten.

Der Regierungsrat hat gestützt auf Bundesvorgaben im Juni 2010 eine vorläufige Verordnung über die Pflegefinanzierung erlassen und per 1. Januar 2011 in Kraft gesetzt (bGS 812.115). Gemäss dieser Verordnung legt der Regierungsrat die Höchstansätze der Pflegekosten in Franken je Pflegestufe und Tag fest (Art. 6 Abs. 1). Er kann auch auf die Höhe der Betreuungskosten Einfluss nehmen (Art. 6 Abs. 2). Die vom Regierungsrat für die Jahre 2011 und 2012 festgelegten Obergrenzen für die Kosten von Pflege und Betreuung gehören gesamtschweizerisch zu den tiefsten. Die vorläufige Verordnung muss in den nächsten Jahren durch ein Pflegegesetz abgelöst werden.

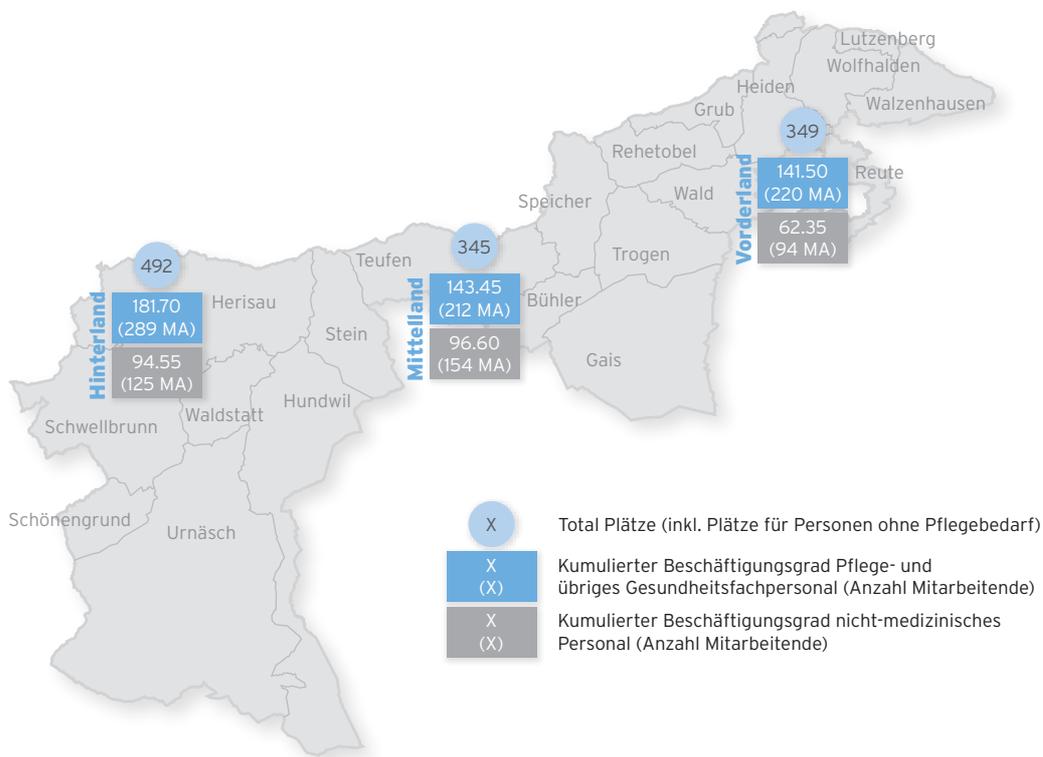
Mit der Einführung der Fallpauschalen (SwissDRG) werden voraussichtlich mehr Patientinnen und Patienten nach dem Spitalaufenthalt als bisher die Dienstleistungen von Pflegeheimen in Anspruch nehmen. Diese Leistungen sollen als Akut- und Übergangspflege erbracht werden. Diese Pflegeform ist in der vorläufigen Verordnung über die Pflegefinanzierung aufgeführt; bis Ende 2011 wurden aber noch keine Verträge zwischen Versicherern und Curavia oder einzelnen Heimen abgeschlossen.

Art. 39 KVG verpflichtet die Kantone zur Planung einer bedarfsgerechten Versorgung. Pflegeheime, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung als Leistungsträger zugelassen sind, werden auf der kantonalen Pflegeheimliste geführt, mit Angaben zur Platzzahl insgesamt, zur Platzzahl für Nutzerinnen und Nutzer aus Appenzell Ausserrhoden und zur höchsten zugelassenen Pflegebedarfsstufe. Diese Pflegeheimliste wird in der Regel jährlich überarbeitet. Dabei werden die jeweils aktuellen Prognosen über die demografischen Entwicklungen berücksichtigt.

Das Angebot an Pflegeplätzen ist in Appenzell Ausserrhoden flächendeckend sichergestellt. 2011 sind total 1186 Plätze vorhanden. Die Verteilung der Pflegeplätze über die Regionen entspricht in etwa der Bevölkerungsverteilung (siehe Abb. 54).

Die folgende Grafik zeigt, wie die Pflegeeinrichtungen innerhalb des Kantonsgebiets verteilt sind, mit welchem Personal die Aufgabe bewältigt wird und wie viele Bewohnerinnen und Bewohner bis und mit der höchsten Pflegestufe betreut werden können.

Abb. 54: Anzahl stationäre Pflegeplätze und Beschäftigungsstruktur in Appenzell Ausserrhoden 2011 (regionale Verteilung)



Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

Die personelle Zusammensetzung ist für die Qualität der Pflege von grosser Bedeutung. In den Heimen arbeiten Pflegefachpersonen mit unterschiedlichem Ausbildungsabschluss (Tertiärstufe: Höhere Fachschule und Fachhochschule; Sekundarstufe II: Berufslehre). Die Heime beschäftigen ferner nicht-medizinisches Personal für den Betrieb der Infrastruktur und Administration sowie Personal in Ausbildung.

Die periodisch vom Regierungsrat erlassene Pflegeheimliste zeigt im Detail die Leistungsanbieter, die Standortgemeinden, die Anzahl Plätze total sowie die höchste zugelassene Pflegebedarfsstufe (Stufen 1-12).

Tabelle 12: Pflegeheimliste Appenzell Ausserrhoden 2012

Heim	Standortgemeinde	Höchste zugelassene Pflegestufe	Total Pflegeplätze für Personen mit Wohnsitz in Appenzell Ausserrhoden	Total Plätze (inkl. Plätze für Personen ohne Pflegebedarf)
Gemeindealtersheim Chräg	Urnäsch	7	24	30
Alterswohnheim Dreilinden	Herisau	7	17	24
Stiftung Altersbetreuung Herisau	Herisau			
– Heinrichsbad		12	125	157
– Ebnet		12	35	48
Privates Altersheim Johannesbad	Herisau	7	20	22
Alterspsychiatrisches Wohn- und Pflegezentrum	Herisau	12	40	65
Betreuungszentrum Risi	Schwellbrunn	12	30	40
Privates Altersheim Erika	Hundwil	7	12	24
Gemeinde-Altersheim Pfand	Hundwil	7	23	24
Altersheim Büel	Stein	7	19	23
Privates Senioren-Heim Bad Säntisblick	Waldstatt	7	33	35
Total Hinterland			378	492
Alters- und Pflegeheime Teufen	Teufen			
– Haus unteres Gremm		12	49	62
– Haus Bächli		7	20	28
– Haus Lindenhügel		12	31	36
Altersheim am Rotbach	Bühler	7	20	26
Alterszentrum Rotenwies	Gais	12	44	54
Paula Koller Haus	Gais	7	2	12
Hof Speicher	Speicher	12	20	35
Gemeindealtersheim Boden	Trogen	7	19	25
Haus Vorderdorf, Alters- und Pflegeheim	Trogen	12	34	43
Haus Lindenhügel	Trogen	7	2	24
Total Mittelland			241	345
Alters- und Pflegeheim Krone	Rehetobel	12	34	57
Altersheim «ob dem Holz»	Rehetobel	7	12	23
Gemeindealtersheim Obergadlen	Wald	7	8	13
Alterswohnheim Weiherwies	Grub	7	20	38
Gemeindealtersheim Quisisana	Heiden	7	26	37
Betreuungs-Zentrum Heiden, Regionales Pflegeheim	Heiden	12	50	65
Seniorenwohnheim Brenden	Lutzenberg	7	13	19
Alterswohnheim Walzenhausen	Walzenhausen	7	24	28
Wohnheim «Haus im Ruthen»	Walzenhausen	4	5	24
Gemeindealters-Pflegeheim Watt	Reute	7	6	17
SENIOfcare AG, Wohn- und Pflegeheim Sonnenschein	Reute	12	2	28
Total Vorderland			200	349
Total Kanton Appenzell Ausserrhoden			819	1 186

Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

Appenzell Ausserrhoden verfügt, wie ersichtlich, über ein breites Angebot an Plätzen in Alters- und Pflegeheimen, die unterschiedlichen Pflege- und Komfortansprüchen zu genügen vermögen.

Das Angebot deckt die Bedürfnisse im Bereich der stationären Langzeitpflege gut ab. Per Ende 2011 waren 26% resp. 295 der Pflegeheimplätze von ausserkantonalen Bewohnerinnen und Bewohnern belegt. Die Dienstleistungen für ausserkantonale Personen sind für die Institutionen im Pflegebereich von wirtschaftlicher Bedeutung. Diese gute Wettbewerbsposition gilt es auch in Zukunft beizubehalten. Das grosse Angebot an Plätzen in Alters- und Pflegeheimen darf aber nicht dazu führen, dass der Grundsatz «ambulant vor stationär» unterlaufen wird.



6.6 Herausforderungen in der stationären Gesundheitsversorgung

Die stationäre Versorgung in Appenzell Ausserrhoden kann heute als gut bezeichnet werden. Dabei spielen die öffentlich-rechtlichen Spitäler nach wie vor eine wichtige Rolle bei der Grundversorgung einer breiten Bevölkerungsschicht.

Mit der neuen Spitalfinanzierung ab 2012 sind Verschiebungen bei den Patientenzahlen zwischen öffentlich-rechtlichen und privaten Kliniken zu erwarten. Das Ausmass ist aber schwer abschätzbar. Aus ökonomischen Gründen kann eine Konzentration der Spitalversorgung auf weniger Standorte durchaus Sinn machen. Inwiefern sich diese Entwicklung einstellt, wird sich zeigen. Um die stationäre Versorgung langfristig sicherzustellen, ist ein breites Spitalangebot in Appenzell Ausserrhoden und eine Kooperation über die Kantons-grenzen hinaus von grosser Bedeutung.

Obwohl die stationäre Gesundheitsversorgung heute gut funktioniert, stellt sich die Frage, wie der Versorgungsstand künftig auf diesem Niveau gehalten werden kann. Die folgende Zusammenstellung gibt einen Überblick über bestehende und zu erwartende Probleme in diesem Bereich.

6.6.1 Kostendruck auf stationäre Einrichtungen

In den vergangenen Jahren wurden die Defizite der öffentlich-rechtlichen Leistungserbringer vom Kanton getragen. Diese Form der Finanzierung über Globalkredit lief Ende 2011 aus (Ausnahme: Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden, PZA). Mit der neuen Spitalfinanzierung ab 1. Januar 2012 tritt an seine Stelle ein Preissystem (Fallpauschalen). Danach werden Spitalleistungen in Fallgruppen unterteilt, sogenannte Diagnosis Related Groups (DRG). Dabei handelt es sich um ein Patientenklassifikationssystem, welches Patienten anhand von medizinischen und weiteren Kriterien wie z.B. Diagnosen, Behandlungen und Aufenthaltsdauer in möglichst homogene Gruppen einteilt.⁶³ Jeder Fallgruppe wird ein empirisch ermitteltes relatives Kostengewicht zugeordnet, das dem durchschnittlichen Behandlungsaufwand der betreffenden Fallgruppe entspricht. Die Kostengewichte werden in der Regel jährlich anhand von aktualisierten Daten neu berechnet und im sogenannten Fallpauschalenkatalog national einheitlich publiziert. Der Basisfallpreis wird durch die Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer) festgelegt. Dieses Fallpauschalensystem erhöht den Wettbewerb, aber auch den Kostendruck auf die einzelnen Spitäler.

Aufgrund der auf den 1. Januar 2012 eingeführten neuen Spitalfinanzierung (Subjektfinanzierung, Fallpauschalen) müssen sich die Spitäler verschiedenen Herausforderungen stellen, um sich am Gesundheitsmarkt behaupten zu können. Dazu gehören insbesondere:

- Ausreichende Fallzahlen
- Effiziente und wirtschaftliche Betriebsabläufe
- Optimale Nutzung der vorhandenen Infrastruktur
- Ausgewiesene Qualitätssicherung
- Den medizinischen Trends entsprechendes Angebot
- Bildung bzw. Einbindung in Netzwerke im Sinne von Versorgungsketten
- Synergienutzung durch Partnerschaften

63 Vgl. www.swissdrg.org/de/07_casemix_office/Wichtige_Begriffe.asp?navid=12 (Zugriff am 02.02.2012)

6.6.2 Konzentration der Leistungen auf einzelne Zentren

Aus dem Versorgungsbericht des Kantons Appenzell Ausserrhoden geht hervor, dass die beiden Spitäler Herisau und Heiden bislang ein breites Grundversorgungsangebot angeboten haben.⁶⁴

Um wettbewerbsfähig zu bleiben resp. die Wettbewerbsfähigkeit zu erhöhen, lohnt es sich für die Spitäler, ihr Angebot künftig auf bestimmte Leistungsbereiche und -gruppen zu konzentrieren. Die Zentrums- und Universitätsspitäler werden auch weiterhin ein grösseres Leistungsangebot erbringen. Aus Kostengründen sollten sie sich vor allem auf komplexere und deshalb seltenere Eingriffe spezialisieren.

Durch die Fokussierung auf ausgewählte Leistungsbereiche können auch kleinere Spitäler ausreichend grosse Fallzahlen erreichen. So verteilen sich die Fixkosten und Investitionen auf eine grössere Fallzahl und lassen sich besser finanzieren.

Es kann sinnvoll sein, dass gewisse Leistungen der Grundversorgung von mehreren Spitälern im Kanton erbracht werden. Dies lässt dennoch die Möglichkeit offen, bei weiteren Angeboten einen Fokus zu setzen.

6.6.3 Interkantonale Spitalplanung

Der Kanton ist verpflichtet, eine bedarfsgerechte Spitalversorgung sicherzustellen. Private Trägerschaften und öffentliche Spitäler sind angemessen in die Planung einzubeziehen.

Für die Leistungsaufträge werden auch ausserkantonale Spitäler berücksichtigt. Dies ermöglicht den Vergleich von Qualität und Wirtschaftlichkeit zwischen inner- und ausserkantonalen Leistungserbringern. Da Appenzell Ausserrhoden die Versorgungssicherheit alleine mit eigenen Spitälern nicht gewährleisten kann, ist eine interkantonale Zusammenarbeit notwendig.

Mit der im Rahmen der Spitalplanung neu erstellten Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 wurden mehrere Leistungsgruppen an spezialisierte ausserkantonale Spitäler übertragen.

In den Vereinbarungen mit ausserkantonalen Spitälern regelt der Kanton die Finanzierung des Ausserrhoder Anteils an den Kosten der vereinbarten Behandlungen. Für den Kanton können Kostensteigerungen für ausserkantonal erbrachte (unter Umständen teurere) Leistungen entstehen.

6.6.4 Notfallversorgung älterer Menschen

Als Folge der demografischen Entwicklung wird die Anzahl Notfälle von älteren Menschen (z. B. wegen Multimorbidität oder Stürzen) zunehmen. Während sich die notfallmässigen Spitalerträge für die Altersgruppen bis 70 Jahre innerhalb einer Bandbreite von 38 bis 42 % bewegen, machen Notfalleintritte in der Altersgruppe der über 80-Jährigen mit 71% die grosse Mehrheit aus.

Da Notfälle nicht geplant werden können, müssen in der Versorgung dafür entsprechende Kapazitäten bereitgehalten werden. Freie Kapazitäten sind wiederum mit Kosten verbunden. Alternativ könnten die Ressourcen für Notfälle in den Spitälern Appenzell Ausserrhoden bewusst limitiert werden; Notfallpatienten würden dann bei Bedarf zu ausserkantonalen Leistungserbringern verlegt. Das Thema wird im Zusammenhang mit dem Projekt «Geriatric-Konzept» vertieft behandelt (siehe 7.2.2.1).

⁶⁴ Vgl. Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden (2010)

6.6.5 Personalengpässe

In Appenzell Ausserrhoden werden ärztliche Aus- und Weiterbildungsstellen gemäss dem «Modell PEP» (pragmatisch, einfach, pauschal) des BAG und der GDK sichergestellt. Das kantonale Gesundheitsgesetz verpflichtet alle auf der Spitalliste aufgeführten Spitäler und Kliniken dazu, die ihrem Potenzial entsprechende Anzahl Assistenzärztinnen und -ärzte weiterzubilden. Die Anzahl der Weiterbildungsstellen wird in den Leistungsaufträgen festgelegt. Gemäss «Modell PEP» unterstützen die Kantone die Weiterbildung mit einer Pauschalzahlung pro Kopf und Jahr, wobei die Beiträge von der Erfüllung bestimmter Qualitätskriterien abhängig sind. Verlangt wird zum Beispiel ein Weiterbildungskonzept. Die Einhaltung der Kriterien überwacht das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF).

Einen Zuschlag soll zudem erhalten, wer Weiterbildungsplätze für angehende Hausärztinnen und -ärzte anbietet. Der Beitrag pro Weiterbildungsplatz soll nach Spitalkategorie differenziert werden.

Auch wenn die Finanzierung der ärztlichen Aus- und Weiterbildungsstellen gesichert ist, finden die Spitäler kaum mehr Assistenzärztinnen und -ärzte. Bisher konnte der Bedarf durch Personen aus dem deutschsprachigen EU-Raum (Deutschland und Österreich) gedeckt werden. Diese Quelle ist aufgrund der verbesserten Anstellungsbedingungen in den Herkunftsländern weitgehend versiegt.

Ein Mangel ist auch beim Pflegepersonal spürbar. Die Spitäler und Kliniken stehen dabei untereinander in einem Wettbewerb um die besten Fachkräfte. Sie konkurrenzieren sich aber auch mit der stationären Langzeitpflege sowie mit der Spitex um qualifiziertes Pflegefachpersonal.

6.6.6 Personalrekrutierung in den Alters- und Pflegeheimen

Die steigende Zahl von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern mit erhöhtem Pflegebedarf nimmt aufgrund der demografischen Entwicklung weiter zu. Für die Betreuung dieser komplexen Fälle benötigen die Einrichtungen vermehrt gut qualifiziertes Pflegepersonal. Damit künftig nicht grössere Engpässe entstehen, gilt es, das Fachpersonal frühzeitig aus- und weiterzubilden.

6.7 Strategische Positionen des Regierungsrates zur stationären Gesundheitsversorgung

Der Regierungsrat hat gemäss Gesundheitsgesetz für die Sicherstellung der stationären Gesundheitsversorgung im Kanton zu sorgen. Die Umwandlung des Spitalverbands in eine selbstständig öffentlich-rechtliche Anstalt per 1. Januar 2012 bezweckte die Gleichstellung mit den anderen Leistungserbringern der Spitalliste.

Diese Entwicklung stellt für Appenzell Ausserrhoden eine Chance dar. Der Regierungsrat gewährleistet die stationäre Gesundheitsversorgung durch einen gezielten Leistungseinkauf mit dem Ziel, zugunsten der Bevölkerung eine möglichst wohnortnahe Versorgung mit optimalem Preis-Leistungs-Verhältnis - also gute Qualität zu einem sinnvollen Preis - zu sichern. Der Regierungsrat orientiert sich in seinem Handeln an den folgenden strategischen Positionen:

6.7.1 Strategische Position 5: «Sicherung der kantonalen stationären Grundversorgung»

Der Regierungsrat will eine kantonale Autonomie bei der stationären Grundversorgung beibehalten. Er beteiligt sich als Eigentümer an der stationären Infrastruktur und fördert interkantonale Kooperationen.

Zur Sicherstellung der Versorgung und um eine bestimmte Autonomie des Kantons Appenzell Ausserrhoden bei der stationären Grundversorgung zu erhalten, ist es notwendig, dass

der Regierungsrat die Infrastruktur und die Kapazitäten der stationären Grundversorgung aktiv steuern kann; damit soll insbesondere in Krisensituationen eine Basisversorgung garantiert bleiben. Die Infrastruktur dient auch der Notfallversorgung der Bevölkerung. Er steht interkantonalen Kooperationen offen gegenüber.

Mit der politischen Steuerung der stationären Versorgung erhöht sich der Verhandlungsspielraum gegenüber ausserkantonalen Leistungserbringern.

6.7.2 Strategische Position 6: «Zusammenarbeit mit den Ostschweizer Kantonen im Bereich der stationären Psychiatrie»

Der Regierungsrat prüft eine Zusammenarbeit mit den umliegenden Kantonen Appenzell Innerrhoden, Glarus, St.Gallen und Thurgau in der stationären Psychiatrie.

Der Regierungsrat hat beschlossen, dass im Bereich der stationären Psychiatrie eine verstärkte Zusammenarbeit mit den umliegenden Kantonen Appenzell Innerrhoden, Glarus, St.Gallen und Thurgau geprüft wird.

6.7.3 Strategische Position 7: «Sicherung der kostengünstigen und qualitativ guten Versorgung mit Pflegeheimplätzen»

Der Regierungsrat ist bestrebt, die kostengünstige und qualitativ gute Versorgung mit Pflegeheimplätzen zu erhalten.

Im Jahr 2011 war in den Einrichtungen auf der Pflegeheimliste im Durchschnitt jeder vierte Platz von Personen belegt, die ihren Wohnsitz ausserhalb von Appenzell Ausserrhoden haben oder diesen mit dem Heimeintritt hierher verlegt haben. Umgekehrt lebt eine Anzahl Personen mit ursprünglichem Wohnsitz in Appenzell Ausserrhoden in ausserkantonalen Pflegeheimen (53 Personen gemäss SOMED-Statistik 2010). Aus der interkantonalen Nutzungsverflechtung resultiert ein klarer Zuwanderungsgewinn für Appenzell Ausserrhoden. Der hohe Anteil ursprünglich ausserkantonaler Bewohnerinnen und Bewohner ist von erheblicher volkswirtschaftlicher Bedeutung (Arbeits- und Ausbildungsplätze, Ausgaben für Investitionen und Konsum).

Seit der Neuordnung der Pflegefinanzierung werden sehr unterschiedliche kantonale oder kommunale Beiträge ausgerichtet, wobei im interkantonalen Verhältnis maximal die im Herkunftskanton massgeblichen Beiträge geleistet werden. Wenn Appenzell Ausserrhoden bzw. die hiesigen Pflegeheime weiterhin Pflegebedürftige aus anderen Kantonen betreuen wollen, muss das Angebot attraktiv sein: Die Pflegekosten dürfen nicht höher und die Qualität darf nicht tiefer sein als in anderen (Ostschweizer) Kantonen. Diese Überlegung muss beim Gesetzgebungsprozess des Pflegegesetzes stets präsent sein.

6.8 Massnahmenplanung

Direkte Eingriffe in die stationäre Versorgung sind im revidierten Gesundheitsgesetz nicht mehr vorgesehen. Auch hier gilt, dass der Kanton den Wettbewerb nicht unnötig verzerren soll, sich diesem aber stellen muss.

Bereits heute laufen in Appenzell Ausserrhoden verschiedene Projekte im Bereich der stationären Grundversorgung, und einige Neuerungen sind bereits in Umsetzung (z.B. die Fallpauschalen und die neue Spitalfinanzierung). Der Regierungsrat prüft weitere Massnahmen, um die stationäre Gesundheitsversorgung und die Wettbewerbsposition des Kantons zu verbessern. Unter anderem geht es um vermehrte Kooperation im Bereich der somatischen Spitäler und in der Psychiatrie. Damit sollen Synergien entstehen, die Infrastrukturen optimal genutzt und eine kritische Grösse von stationären Anbietern erreicht werden, was schliesslich der Qualität dienen wird.

Die folgende Darstellung zeigt die Ziele und den Stand der einzelnen Projekte auf.

6.8.1 Gemeinsamer Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden

Schaffung eines gemeinsamen Spitalverbunds mit dem Spitalverbund Appenzell Ausserrhodens (SVAR) und dem kantonalen Spital Appenzell Innerrhoden	
Zielsetzung	Entwicklung einer gemeinsamen Organisations- und Führungsstruktur.
Termine	Starttermin: April 2011 / Januar 2012
	Endtermin: Frühjahr 2014
Status	<input type="checkbox"/> in Prüfung
	<input type="checkbox"/> in Vorbereitung
	<input type="checkbox"/> in Beratung Kantonsrat
	<input checked="" type="checkbox"/> in Umsetzung
	<input type="checkbox"/> sistiert
Projektstand	Information der Mitarbeitenden, der Öffentlichkeit und der Politik ist Anfang 2012 erfolgt.
Kosten	Projektkosten: CHF 333 000.- (Kostendach; Finanzierung mit Rückstellung Konto 20407)
	Folgekosten: noch nicht bekannt
	Finanzplan: <input type="checkbox"/> enthalten <input checked="" type="checkbox"/> nicht enthalten

6.8.2 Koordination in der stationären psychiatrischen Versorgung

Die Zusammenarbeit mit den Ostschweizer Kantonen im Bereich der stationären psychiatrischen Angebote soll verbessert werden.	
Zielsetzung	Koordination der stationären psychiatrischen Versorgung zwischen den Kantonen Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, St.Gallen und Thurgau.
	Kostenoptimierung in der stationären psychiatrischen Versorgung.
	Entschärfung des grossen Mangels an medizinischem, pflegerischem und therapeutischem Fachpersonal
Termine	Starttermin: März 2012
	Endtermin: Oktober 2012
Status	<input type="checkbox"/> in Prüfung
	<input checked="" type="checkbox"/> in Vorbereitung
	<input type="checkbox"/> in Beratung Kantonsrat
	<input type="checkbox"/> in Umsetzung
	<input type="checkbox"/> sistiert
Projektstand	Zusammenarbeitsformen werden geprüft.
Kosten	Projektkosten: CHF 0.-
	Folgekosten: noch nicht bekannt
	Finanzplan: <input type="checkbox"/> enthalten <input checked="" type="checkbox"/> nicht enthalten

7 Weitere Herausforderungen im Gesundheitswesen

Gewisse Aspekte der Gesundheitsversorgung sind spartenübergreifend und lassen sich nicht in die Grundstruktur des Berichts «ambulant» und «stationär» einordnen. Es sind dies die Aus- und Weiterbildung, die Geriatrie sowie die Palliative Care, die Betreuung schwerkranker Menschen in ihrem letzten Lebensabschnitt. Bei diesen Aspekten der Gesundheitsversorgung handelt es sich um eigentliche Querschnitt-Themen, die nachfolgend beschrieben sind.

7.1 Aus- und Weiterbildung

Gut ausgebildetes und engagiertes Personal bildet die Grundlage für eine gute Gesundheitsversorgung auf hohem Niveau. Der vorliegende Bericht weist an verschiedenen Stellen auf einen sich klar abzeichnenden Personalmangel hin.

Heute ist in der Schweiz die Personalsituation im Gesundheitswesen nur dank ausländischen Fachpersonen noch zufriedenstellend, wie auch eine Studie der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) nachweist.⁶⁵ Sie zeigt zudem die Risiken einer Politik auf, zu stark auf ausländische Fachkräfte zu setzen. Sollten sich die Rahmenbedingungen in den Rekrutierungsländern verbessern - und diese Entwicklung hat beispielsweise in Deutschland bereits eingesetzt -, wird dies starke Auswirkungen auf die medizinische und pflegerische Versorgung in der Schweiz haben.

Es ist entscheidend, primär bei den ärztlichen und pflegerischen Fachpersonen, rechtzeitig den benötigten Berufsnachwuchs auszubilden und vermehrt qualifiziertes Personal aus der niedergelassenen Bevölkerung zu gewinnen. Nur so kann die Versorgung auch in Zukunft und ohne Qualitätsverlust gewährleistet und die Abhängigkeit von ausländischen Fachkräften entschärft werden.

Für grössere Anstrengungen in der Ausbildung sprechen folgende Gründe:

- Geburtenstarke Jahrgänge (auch beim Gesundheitspersonal) verlassen den Arbeitsmarkt und werden pensioniert.
- Die demografische Entwicklung des Kantons mit seiner überdurchschnittlichen Alterung führt zu einem steigenden Bedarf an medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen. Dieser Mehrbedarf kann nur durch zusätzliches Fachpersonal gedeckt werden.
- Ein akuter Mangel an qualifiziertem medizinischem Fachpersonal gefährdet die betroffenen Institutionen in ihrer Existenz und stellt ein Risiko für einen volkswirtschaftlich bedeutenden Wirtschaftsbereich des Kantons Appenzell Ausserrhodon dar.
- Sehr knappe Ressourcen führen zu steigenden Kosten (Lohnspirale) und somit zu höheren Gesundheitsausgaben für die öffentliche Hand und die privaten Haushalte.
- Weniger Probleme als in der Ausbildung sind bei der Weiterbildung des Gesundheitspersonals festzustellen. Diese Aufgabe übernehmen weitgehend die Berufsverbände und Arbeitgeber.

⁶⁵ Huber & Mariéthoz, 2010; Jaccard Ruedin & Widmer, 2010



7.1.1 Strategische Position 8: «Förderung der Ausbildung»

Der Regierungsrat hält die Ausbildung von genügend Fachpersonen durch die Leistungserbringer für eine zentrale Voraussetzung, um die medizinische, pflegerische und therapeutische Grundversorgung sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich zu sichern. Er beobachtet die Berufsverbände und Institutionen bei der Umsetzung ihres Ausbildungsauftrags und behält sich Massnahmen vor.

Der Grund für die sinkende Zahl der Hausärztinnen und Hausärzte liegt nach Ansicht des Regierungsrates auch an der ungenügenden Zahl von Studienplätzen. Der Kanton kann das Problem der zu tiefen Ausbildungsquote nicht in eigener Kompetenz lösen. Über die Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK) und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) soll ein erheblicher Ausbau der Ausbildungsplätze im humanmedizinischen Bereich unverzüglich angestossen werden. Im Medizinstudium soll die Hausarztmedizin grösseres Gewicht erhalten.

Der Regierungsrat setzt sich dafür ein, die Ausbildungskapazitäten in allen Fachgebieten der Gesundheitsversorgung zu erhalten oder zu erhöhen, namentlich auch im Bereich der stationären und ambulanten Pflege und bei den therapeutischen Berufen. Dies mit entsprechenden Verpflichtungen der Institutionen (Kliniken, Spitäler, Praxen, Heime, Spitex) in den Leistungsverträgen bzw. mit Auflagen bei der Erteilung von Bewilligungen.

Die Ausbildung muss auch auf die Bedürfnisse von Wiedereinsteigerinnen und -einsteiger ausgerichtet sein. Ausgebildete Gesundheitsfachpersonen, die vorübergehend nicht mehr in ihrem Beruf tätig waren, bilden eine wichtige Quelle für die Rekrutierung von Fachpersonal.

7.1.2 Entwicklungsoption

Sollte sich die Situation der medizinischen Grundversorgung in den nächsten Jahren nicht verbessern, hält sich der Regierungsrat als Option eine weitere Möglichkeit offen:

«Medizinische Grundversorgung mit nicht-ärztlichem Personal ergänzen».
Der Ärztemangel kann dazu führen, dass als Ergänzung andere medizinische Versorgungsmodelle geprüft werden müssen, um nötigenfalls die Grundversorgung in der Zukunft zu sichern.

Es ist ein gesetzlicher Auftrag des Regierungsrates, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Das heutige Gesundheitssystem baut stark auf die medizinischen Dienstleistungen der Ärzteschaft auf. Die Gesundheitsversorgung könnte aber in Teilen durchaus an andere besonders ausgebildete Gesundheitsfachpersonen delegiert werden; bereits heute nehmen Pflegefachpersonen der Spitex auf Anordnung hin Behandlungen vor. Für den Fall, dass das Defizit in der ärztlichen Grundversorgung zunimmt und nicht anders zu beheben ist, ist beispielsweise der gezielte Aufbau eines Netzes von so genannten «Nurse-Practitioners» zu prüfen. Diese Versorgungsform wird in anderen Ländern schon heute praktiziert. Dabei werden Pflegefachpersonen mit Bachelor- oder Masterabschluss für die Beurteilung und Behandlung bestimmter medizinischer Probleme eingesetzt, die nicht zwingend ein medizinisches Studium voraussetzen.

Der gezielte Einsatz von nicht-ärztlichen Gesundheitsfachpersonen im komplementärmedizinischen Bereich gehört ebenfalls zu dieser Option.

7.1.3 Massnahmenplanung

Der Einfluss der Kantone auf die Aus- und Weiterbildung ist gesunken. Einerseits unterliegen viele Gesundheitsberufe den Vorgaben des Bundes; somit ist die Zuständigkeit für die Aus- und Weiterbildung den Kantonen entzogen worden, obwohl diese für die Versorgung

verantwortlich sind. Andererseits vermögen einzelne Kantone das Problem nicht im Alleingang zu lösen. Jede Anstrengung eines Kantons für die Verbesserung der Lage, belohnt andere Kantone, die sich kaum dafür engagieren - ein klassisches «Trittbrettfahrer»-Phänomen.

Dennoch besitzt Appenzell Ausserrhoden Möglichkeiten, auf die Aus- und Weiterbildung vor allem beim Pflegepersonal positiv Einfluss zu nehmen, zum Beispiel indem er entsprechende Vorgaben in die Leistungsaufträge einbringt. Als Eigentümer des Spitalverbunds Appenzell Ausserrhoden kann er zudem indirekt die Anstellungsbedingungen mitprägen. Bei einem Personalmangel sind tendenziell eher Einrichtungen mit schlechten Arbeitsbedingungen (monetärer und nicht monetärer Art) betroffen.

Der Kanton unterstützt eine stärkere Koordination der Aus- und Weiterbildung in den ambulanten und stationären Feldern. Der Kanton wird auch die Möglichkeit wahrnehmen, sich auf nationaler Ebene für das Anliegen einzusetzen.

7.1.3.1 Praxisassistentenstellen

Ausbildungsstellen in hausärztlichen Praxen für angehende Hausärztinnen und Hausärzte	
Zielsetzung	Ärztlichen Nachwuchs in der Hausarztmedizin fördern mittels Angeboten für praxisnahe Ausbildung angehender Hausärztinnen und Hausärzte
Termine	Starttermin: Januar 2010
	Endtermin: Ende 2014
Status	<input type="checkbox"/> in Prüfung
	<input type="checkbox"/> in Vorbereitung
	<input type="checkbox"/> in Beratung Kantonsrat
	<input checked="" type="checkbox"/> in Umsetzung
	<input type="checkbox"/> sistiert
Projektstand	Eine erste Stelle eines Praxisassistenten für ein halbes Jahr konnte erst per August 2011 besetzt werden. Eine weitere Stelle wird per Mitte 2012 besetzt. Die Nachfrage nach Praxisassistentenstellen ist nach wie vor tief. Diese Situation verdeutlicht eindrücklich den Nachwuchsmangel an Hausärztinnen und Hausärzten.
Kosten	Projektkosten: CHF 110 000.- pro Jahr und zwei besetzte 50%-Stellen
	Folgekosten: keine
	Finanzplan: <input checked="" type="checkbox"/> enthalten <input type="checkbox"/> nicht enthalten

7.1.3.2 Monitoring der Gesundheitsfachpersonen in Ausbildung

Monitoring der Entwicklung der Ausbildungsplätze im Gesundheitswesen	
Zielsetzung	Die Zahl der Gesundheitsfachpersonen mit Abschluss und der Gesundheitsfachpersonen in Ausbildung wird regelmässig erhoben und beobachtet. Damit sollen Entwicklungen innerhalb des Kantons so früh als möglich erfasst werden.
Termine	Starttermin: Januar 2013
	Endtermin: fortlaufend
Status	<input type="checkbox"/> in Prüfung
	<input checked="" type="checkbox"/> in Vorbereitung
	<input type="checkbox"/> in Beratung Kantonsrat
	<input type="checkbox"/> in Umsetzung
	<input type="checkbox"/> sistiert
Projektstand	-
Kosten	Projektkosten: CHF 10 000.-
	Folgekosten: CHF 10 000.- pro Jahr
	Finanzplan: <input checked="" type="checkbox"/> enthalten <input type="checkbox"/> nicht enthalten

7.2 Geriatrische Versorgung

Seit Jahren gehört die Diagnostik und Behandlung geriatrischer Patienten zum Grundauftrag des Spitalverbundes Appenzell Ausserrhoden. Hochbetagte Menschen werden auch dann in den Akutspitälern - meist in den Abteilungen Innere Medizin resp. Chirurgie - behandelt, wenn sie multimorbid und dement sind und deshalb grundsätzlich eine spezifisch geriatrische Behandlung benötigten würden. Bis zu einem gewissen Grad pflegen und behandeln auch das Psychiatrische Zentrum Appenzell Ausserrhoden (PZA) und andere Pflegeheime betagte Patientinnen und Patienten in der Langzeitpflege.

Grund für die spezifische Thematisierung der geriatrischen Versorgung ist die im schweizerischen Vergleich besonders ausgeprägte demografische Alterung in Appenzell Ausserrhoden. Laut Prognose wird hier der Bevölkerungsanteil der Einwohner im Alter zwischen 60 und 79 Jahren von 18.6% im Jahr 2008 auf 24% im Jahr 2020 ansteigen, die Altersgruppe der über 80-Jährigen von 5.5% auf 6.7%.

Im gleichen Zeitraum wird der Patientenanteil (ambulant oder stationär Behandlungsbedürftige) in der Bevölkerungsgruppe der 60- bis 79-Jährigen voraussichtlich von 30% auf 37% ansteigen, und derjenigen der über 80-Jährigen von 14% auf 15%. Gleichzeitig werden die Spitalbehandlungen bei den 60- bis 79-Jährigen um 33% und bei den über 80-Jährigen um 25% zunehmen. Während sich die Gesamtzahl der Pflorgetage in den Akutspitälern gemäss Prognose in den nächsten Jahren reduzieren wird, steigt der Anteil Pflorgetage von älteren Patienten deutlich an.⁶⁶

Angesichts dieser absehbaren Entwicklungen ist die Forderung nach einer spezifischen geriatrischen Versorgung von herausragender Bedeutung.

66 Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2010: S. 37

7.2.1 Strategische Position 9: «Bedürfnisgerechte medizinische Versorgung im Alter»

Der Regierungsrat will das medizinische Angebot besser auf die Bedürfnisse der älteren Menschen abstimmen und die Versorgung auf die demografische Alterung im Kanton ausrichten.

Der Regierungsrat hat den dringenden Handlungsbedarf im Bereich der Geriatrie erkannt. Mit einem kantonalen Geriatriekonzept soll eine breit abgestützte und praktisch umsetzbare Planung für die (akut-)geriatrische Versorgung in Appenzell Ausserrhoden vorgelegt werden. Insbesondere sollen die versorgungsrelevanten Folgen der demografischen Alterung im Kanton aufgezeigt und massgebende Definitionen und Kriterien einer bedarfsgerechten geriatrischen (Akut-)Versorgung und Rehabilitation entwickelt werden.

7.2.2 Massnahmenplanung

Im Bereich der geriatrischen Versorgung sind zuerst verschiedene offene Fragen zu klären. Um die Versorgung differenziert planen zu können, muss die Patientengruppe der Geriatrie nach sachgerechten Kriterien identifizierbar, das heisst von nicht-geriatrischen Patienten abgrenzbar sein. Innerhalb der Geriatrie gilt es ferner zu unterscheiden zwischen akut-geriatrischer und geriatrisch-rehabilitativer (Früh- resp. weiterführende Rehabilitation) Versorgung und geriatrischer Langzeitversorgung. Diese geriatrischen Arbeitsfelder können verschieden strukturell ausgestaltet werden.

Dies ist auch wichtig, um die gegenwärtig unzureichend differenzierte medizinische Statistik zu verbessern. Mit den bisher erhobenen Merkmalen ist bereits die Selektion der akut-geriatrischen Patienten resp. der geriatrischen Rehabilitationspatienten schwierig.

Von zunehmender Bedeutung bei betagten Menschen ist das gleichzeitige Vorliegen mehrerer somatischer Erkrankungen (Polymorbidität) oder aber gleichzeitig vorhandene Defizite in der somatischen, psychischen, sozialen und funktionellen Gesundheitsdimension (Multidimensionalität). An Demenz erkrankte Menschen als spezielle geriatrische Patientengruppe stellen besonders hohe Anforderungen an das Gesundheitssystem: Sie leiden nicht selten auch an anderen psychischen Erkrankungen wie Depressionen (fachsprachlich geronto-psychiatrischer Komorbidität) oder gleichzeitig an somatischen Erkrankungen.

Die Folgen solcher - oftmals nicht diagnostizierter und behandelter - Alterserkrankungen können chronische Einschränkungen oder Behinderungen unterschiedlicher Ausprägung sein. Daraus ergibt sich oft ein hoher, lang dauernder Pflegebedarf. Häufig kommen negative Rückwirkungen im psychosozialen Bereich hinzu.

Ein Ansatz zur Diagnose und Behandlung solcher Patientengruppen sind multidimensionale geriatrische Assessmentprozeduren. Damit können medizinische, psychosoziale und funktionelle Probleme, aber auch die verbliebenen Ressourcen von alten Menschen erfasst werden. Darauf aufbauend können - unter Einbeziehung von Angehörigen - umfassende Behandlungs- und Betreuungspläne entwickelt werden.

7.2.2.1 Geriatriekonzept Appenzell Ausserrhoden

Entwicklung eines Geriatriekonzeptes für Appenzell Ausserrhoden	
Zielsetzung	Erarbeitung eines auf die Bedürfnisse und die zu erwartende demografische Entwicklung zugeschnittenen Geriatriekonzeptes für Appenzell Ausserrhoden
Termine	Starttermin: 2014
	Endtermin: 2015
Status	<input type="checkbox"/> in Prüfung
	<input checked="" type="checkbox"/> in Vorbereitung
	<input type="checkbox"/> in Beratung Kantonsrat
	<input type="checkbox"/> in Umsetzung
	<input type="checkbox"/> sistiert
Projektstand	-
Kosten	Projektkosten: CHF 100 000.-
	Folgekosten: noch nicht bekannt
	Finanzplan: <input checked="" type="checkbox"/> enthalten <input type="checkbox"/> nicht enthalten

7.3 Palliative Care

Die Medizin hat in den letzten Jahren enorme Fortschritte gemacht. Das Leben aber ist und bleibt endlich. Führt eine schwere Krankheit dazu, dass die Zeit bis zum Tod nur unter enormen Schmerzen verläuft, sollen medizinische, pflegerische und therapeutische Fachpersonen, Freiwillige und Angehörige den letzten Abschnitt des Lebens mittels Palliative Care erträglicher gestalten.

Palliative Care umfasst die Betreuung und Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie wird vorausschauend miteinbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Heilung der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt. Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode ermöglicht und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein.⁶⁷

Das Gesundheitsgesetz (GG; bGS 811.1) hält in Art. 22 Abs. 3 bereits heute fest: «Sterbenden soll eine würdevolle Sterbebegleitung zukommen und ein würdevolles Abschiednehmen ermöglicht werden. Spitäler und Heime sorgen dafür, dass Sterbende von ihren Angehörigen begleitet werden können.»

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) bereiten gemeinsam die Umsetzung der «Nationalen Strategie Palliative Care 2010-2012» vor. Sie haben Ziele festgelegt, um das Angebot der Palliative Care zu fördern. Zudem ist geplant, die spezifische Ausbildung der Fachpersonen aus Medizin und Pflege zu verbessern und die Bevölkerung vermehrt zu informieren. Gemeinsam mit allen Partnern werden die Massnahmen realisiert. Die Strategie fokussiert zudem auf eine verstärkte Koordination und auf bessere Synergienutzung auf nationaler, interkantonaler und kantonaler Ebene. Sie gibt (auch den Kantonen) entscheidende Impulse, um eine mittel- und langfristige Verbesserung der Gesundheitsversorgung am Lebensende zu bewirken.

⁶⁷ BAG & GDK, 2010: S.8

7.3.1 Strategische Position 10: «Würdevolles Sterben»

Der Regierungsrat unterstützt die Bestrebungen, für Patientinnen und Patienten den letzten Weg vor dem Tod nach Möglichkeit angst- und schmerzfrei sowie würdevoll zu gestalten. Er fördert die Dienstleistungen von Palliative Care.

Der Regierungsrat stellt anerkennend fest, dass Palliative Care in Appenzell Ausserrhoden bereits in verschiedenen Gemeinden angeboten wird. In den nächsten Jahren soll die flächendeckende Versorgung mit Dienstleistungen der Palliative Care aufgebaut und die Finanzierung sichergestellt werden.

7.3.2 Massnahmenplanung

In Appenzell Ausserrhoden engagiert sich der Verein palliative ostschweiz (gegründet 2003) besonders im Vorderland und seit kurzem auch im Mittelland für die Vernetzung der Einrichtungen und Fachpersonen des Gesundheitswesens, mit dem Ziel, Palliative Care in der Fachwelt und in der breiten Öffentlichkeit zu etablieren. Seit 2009 finden periodisch Gespräche zwischen dem Departement Gesundheit und dem Verein palliative ostschweiz statt. Dabei hat sich gezeigt, dass es in Ausserrhoden vor allem darum geht, Palliative Care im Rahmen der Grundversorgung in Spitälern, Alters- und Pflegeheimen, Arztpraxen und zu Hause (Spitex und Angehörige) sicherzustellen. Für spezialisierte Einrichtungen (Palliativstationen und Hospize) ist das Einzugsgebiet zu klein, womit überregionale Angebote geprüft werden müssen.

Der Spitalverbund und einzelne Spitex-Organisationen wenden bereits selbst entwickelte Palliativkonzepte an. In vielen Pflegeheimen und Spitex-Organisationen arbeiten Pflegefachpersonen, die über eine entsprechende Fort- oder Weiterbildung verfügen und Palliative Care durchführen. Die in Herisau domizilierte Palliativ-Stiftung finanziert die Betreuung von Sterbenden zu Hause. Schliesslich hat das Departement Gesundheit im Jahr 2010 den Druck und Versand einer Informationsbroschüre des BAG finanziert.

Mit der Umsetzung der Nationalen Strategie Palliative Care 2010-2012 will der Regierungsrat die bestehenden Anstrengungen verstärken und dafür sorgen, dass genügend Angebote zur Verfügung stehen, damit alle Schwerkranken Zugang zu Palliativ Care finden. Dazu braucht es auch grosse Anstrengungen bei der Ausbildung von Fachpersonal und der Information der Bevölkerung.

7.3.2.1 Umsetzung der Nationalen Strategie Palliative Care 2010 - 2012

Umsetzung der Nationalen Strategie Palliative Care 2010 - 2012	
Zielsetzung	<p>Die Ziele der Nationalen Strategie Palliative Care 2010 - 2012 werden sinngemäss in Appenzell Ausserrhoden in Zusammenarbeit mit dem Verein palliative ostschweiz und den bereits tätigen lokalen Palliative-Care-Organisationen umgesetzt.</p> <p>In Appenzell Ausserrhoden stehen genügend Angebote der Palliative Care zur Verfügung.</p> <p>Der Zugang zu Palliative-Care-Leistungen ist, unabhängig vom sozio-ökonomischen Status, für alle Menschen gewährleistet.</p> <p>Die Bevölkerung von Appenzell Ausserrhoden weiss um den Nutzen von Palliative Care und kennt deren Angebote.</p> <p>Die in der Palliative Care tätigen Fachpersonen und Freiwilligen verfügen über die erforderlichen stufengerechten Kompetenzen.</p>
Termine	<p>Starttermin: 2014</p> <p>Endtermin: fortlaufend</p>
Status	<p><input checked="" type="checkbox"/> in Prüfung</p> <p><input type="checkbox"/> in Vorbereitung</p> <p><input type="checkbox"/> in Beratung Kantonsrat</p> <p><input type="checkbox"/> in Umsetzung</p> <p><input type="checkbox"/> sistiert</p>
Projektstand	-
Kosten	<p>Projektkosten: CHF 50 000.- (geschätzt)</p> <p>Folgekosten: CHF 50 000.- pro Jahr (geschätzt)</p> <p>Finanzplan: <input checked="" type="checkbox"/> enthalten <input type="checkbox"/> nicht enthalten</p>



Gesundheitsförderung und Prävention: Fakten, Herausforderungen und Positionen

8 Gesundheitsförderung und Prävention in Appenzell Ausserrhoden

Gesundheitsförderung und Prävention in Appenzell Ausserrhoden ergänzen die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung im Sinne einer vorausschauenden nachhaltigen Gesundheitspolitik. In diesem Kapitel sind die rechtlichen Grundlagen dazu beschrieben und die Begriffe definiert. Nachfolgend dargestellt sind die Handlungsfelder im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention bei psychischen, chronischen und nicht übertragbaren Krankheiten sowie bei Infektionskrankheiten. Es folgt eine Übersicht über die Institutionen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, differenziert nach kantonalen sowie überkantonalen und privaten Leistungsanbietern. Die strategischen Positionen des Regierungsrates sowie die Massnahmenplanung zur Gesundheitsförderung und Prävention in Appenzell Ausserrhoden schliessen das Kapitel ab.

8.1 Grundlagen

8.1.1 Rechtliche Grundlagen

Gesundheitsförderung und Prävention sind innerhalb eines Gesundheitssystems von grosser Bedeutung. Das kantonale Gesundheitsgesetz (GG, bGS 811.1) regelt die Aufgaben dazu in Art. 14-19. Als Ziel wird postuliert: «Kanton und Gemeinden unterstützen Massnahmen zur Erhaltung und Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, zur Früherkennung von Risikofaktoren und zur Verhütung von Krankheiten und Süchten.»

Ausdrücklich sind dem Kanton folgende Aufgaben direkt zugeordnet:

- Massnahmen zur Prävention respektive Verhütung von übertragbaren Krankheiten im Allgemeinen
- Unterstützung von Projekten und Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Vorbeugung gegen psychische Erkrankungen
- Unterstützung von alters- und geschlechtsspezifischen Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention

- Förderung der sexuellen Selbstbestimmung und Selbstverantwortung namentlich von Jugendlichen und jungen Erwachsenen und Unterstützung von Massnahmen der Familienplanung
- Bekämpfung des Suchtmittelmissbrauchs (Alkohol, Tabak, illegale Suchtmittel) und Schutz vor Passivrauchen
- Aufsicht über den schulärztlichen und schulzahnärztlichen Dienst

Die Gemeinden leisten ebenfalls Gesundheitsförderung und Prävention. Das Gesundheitsgesetz erwähnt folgende Bereiche:

- Gesundheitsunterricht an den Schulen
- Beratung der Eltern von Säuglingen und Kleinkindern (Mütter- und Väterberatung)
- Schulärztlicher und schulzahnärztlicher Dienst

8.1.2 Begriffsdefinition

Gesundheitsförderung und Prävention lassen sich in der Praxis nicht trennscharf unterscheiden. Oft werden die Begriffe sogar synonym gebraucht. Für die einen ist Prävention ein Teilgebiet der umfassender verstandenen Gesundheitsförderung, für die anderen stehen Prävention und Gesundheitsförderung in einem nicht hierarchischen Verhältnis nebeneinander oder überlappen sich teilweise.⁶⁸

Nachfolgend eine Definition der Begriffe wie sie auch im Kanton Zürich verwendet werden:

Prävention:

«Prävention (Krankheitsverhütung) sucht - anders als die Gesundheitsförderung - eine gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern.»⁶⁹

Der Begriff Prävention wird in der Fachwelt weiter in die Bereiche Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterteilt:

Die Primärprävention umfasst Massnahmen mit dem Ziel, eine Krankheit oder ein Problem zu verhindern. Dazu sollen zum Beispiel geeignete Massnahmen vor der Übertragung einer Krankheit schützen. Es geht aber auch darum, über die Entstehung von Krankheiten zu informieren, bestimmte Bevölkerungsgruppen für ein Verhalten zu sensibilisieren und Strategien aufzuzeigen, wie Probleme zu verhindern oder zu vermeiden sind. Beispiele: Impfungen, Nichtraucherkampagnen, Suchtpräventionsprogramme an Schulen.

Die Sekundärprävention (oder Früherkennung) zielt darauf ab, Krankheiten bzw. Verhaltensweisen, die zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen können, möglichst frühzeitig zu erkennen, um damit den weiteren (Krankheits-)Verlauf günstig zu beeinflussen. Beispiele: Screening (Mammografie, Darmkrebs), Früherkennungs-Stufenmodelle an Schulen, Zusammenarbeit mit Jugendanwaltschaft.

Die Tertiärprävention meint die Vermeidung von Folgeproblemen bestehender Krankheiten sowie die Rückfallprophylaxe. Damit ist gemeint, dass Menschen mit Beratung, Therapie oder Überlebenshilfe unterstützt werden, wenn eine Krankheit ausgebrochen ist. Betroffenen, Angehörigen und Bezugspersonen werden mögliche Wege zur Verbesserung der Situation aufgezeigt. Ziel der Tertiärprävention ist die grösstmögliche Autonomie der Kli-

68 ISPM Zürich, 2004: S. 8

69 Schwartz & Walter, 1998

entinnen und Klienten bei bestmöglicher Integration ins persönliche und gesellschaftliche Umfeld. Beispiele: Beratung und Begleitung durch die Beratungsstelle für Suchtfragen, heroingestützte Behandlungsplätze für schwerabhängige Personen, ambulante und stationäre Therapieeinrichtungen.

Gesundheitsförderung:

Gesundheitsförderung nach dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) setzt bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potentiale der Menschen und auf allen gesellschaftlichen Ebenen an (salutogenetischer Ansatz). Gesundheitsförderung umfasst Massnahmen, die auf die Veränderung und Förderung sowohl des individuellen und des kollektiven Gesundheitsverhaltens als auch der Lebensverhältnisse abzielen – der Rahmenbedingungen, die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten jedes einzelnen und ganzer Bevölkerungen beeinflussen.⁷⁰

Die vielfältigen Lebensbereiche, welche die Gesundheit in einem umfassend verstandenen Sinn beeinflussen, beschreibt die Weltgesundheitsorganisation WHO in der Ottawa-Charta vom 21. November 1986 zur Gesundheitsförderung:

«Gesundheit wird von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.»

8.2 Gesundheitsförderung und Prävention bei chronischen und nicht-übertragbaren Krankheiten

8.2.1 Psychische Gesundheit

In Appenzell Ausserrhoden gab anlässlich der Gesundheitsbefragung 2007 gut jede siebte befragte Person (14.7 %) eine mittlere oder starke psychische Belastung an. Dieser Anteil ist tendenziell niedriger als in der Gesamtschweiz, wo jede sechste Person (17.0 %) psychisch mittel oder stark belastet ist.⁷¹

Trotz dieser im Vergleich zum Schweizer Durchschnitt positiven Abweichung sind depressive Erkrankungen auch in Appenzell Ausserrhoden häufig. Dies zeigt sich unter anderem darin, dass Appenzell Ausserrhoden bei den durch Suizid bedingten Todesfällen in den nationalen Statistiken auf den vordersten Rängen erscheint.⁷²

Im Rahmen des Regierungsprogramms 2007–2011 wurde deshalb das «Ausserrhoder Bündnis gegen Depression» gestartet (siehe 8.4.2.7). Der Kanton beteiligt sich seit 2012, zusammen mit Appenzell Innerrhoden und St. Gallen, an einem interkantonalen Nachfolgeprojekt (Ostschweizer Forum für psychische Gesundheit), welches die Anliegen des Bündnis gegen Depression weiterführt (siehe 8.6.6). Der Kanton finanziert einerseits die unter dem Projekt «Ausserrhoder Bündnis gegen Depression» lancierten Projekte, insbesondere das Projekt «Kinder psychisch erkrankter Eltern – vergessene Kinder?», andererseits unterstützt er ausgewählte Organisationen, die in Krisensituationen Betroffenen oder auch Angehörigen helfen (siehe 8.4.2.13).

70 Brösskamp-Stone et al., 1998

71 Heeb, 2010c: Tab. 2.5

72 Roth, 2010: Tab. 2.6



8.2.2 Krebserkrankungen

Appenzell Ausserrhoden verfügt, dank der bei der Krebsliga St.Gallen Appenzell in Auftrag gegebenen Krebsstatistik, über aussagekräftiges Datenmaterial. In der Statistik der Krebsneuerkrankungen (siehe 3.2.2.1) fallen drei Krebsarten auf. Bei den Männern sind bösartige Veränderungen der Prostata und bei den Frauen Tumoren der Brust besonders häufig. Die dritthäufigste Krebsform ist jene, welche im Dick- und Enddarm (Kolarektum) entsteht.

Bei den Präventionsmassnahmen geht es einerseits darum, bekannte Risikofaktoren wie z.B. Rauchen zu vermeiden oder zu reduzieren und/oder andererseits eine Tumorerkrankung so früh als möglich zu erkennen, dies mit dem Ziel, dadurch die Heilungschancen erheblich zu erhöhen.

Präventionsprogramme zur frühzeitigen Erkennung von Tumoren sind in der Schweiz in sechs Kantonen im Bereich «Brustkrebs» etabliert. Diese sogenannten Mammografie-Screening-Programme sind Reihenuntersuchungen bei Frauen, die nicht an Veränderungen oder Beschwerden leiden. Eine Teilnahme von Appenzell Ausserrhoden an einem Mammografie-Screening-Programm ist zurzeit nicht vorgesehen.

Gegen den Gebärmutterhalskrebs schützt eine Impfung gegen humane Papillomaviren (HPV), die Mädchen und jungen Frauen ab 11 Jahren national empfohlen wird. Die Impfungen werden seit 2009 in Appenzell Ausserrhoden im Rahmen eines Impfprogramms angeboten. Appenzell Ausserrhoden hat 2011 die Bevölkerung nochmals breit darüber informiert.

Die Schweizerische Krebsliga weist auf weitere mögliche Vorsorgeuntersuchungen hin, um Krebserkrankungen im Frühstadium entdecken zu helfen (z.B. bei Hautkrebs oder Gebärmutterhalskrebs). Diese Vorsorgeuntersuchungen sind individuelle Entscheide, die aufgrund einer eigenen Risikoeinschätzung oder gemeinsam mit einer Ärztin oder einem Arzt getroffen werden.

8.2.3 Übergewicht

Die Gesundheitsbefragung 2007 zeigt, dass 36.8% der Ausserrhoder Bevölkerung über 18 Jahren und mehr als 40% der Männer ab 35 Jahren übergewichtig sind.⁷³ Die Werte liegen zwar leicht tiefer als die gesamtschweizerischen Daten, sind aber dennoch handlungsrelevant. Die medizinischen Konsequenzen von erheblichem Übergewicht sind Bluthochdruck, Diabetes, Herz-Kreislauf-Probleme und teilweise erhöhtes Krebsrisiko.

Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren ist Übergewicht weniger häufig, genaue Zahlen liegen für Appenzell Ausserrhoden nicht vor. Untersuchungen in anderen Kantonen⁷⁴ haben gezeigt, dass in ländlichen Regionen ca. 14% der Kinder und Jugendlichen übergewichtig sind. Ein Wert zwischen 10-15% scheint auch für Appenzell Ausserrhoden realistisch. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sind vielfach stärker von Übergewicht betroffen. Aus diesem Grund engagiert sich Appenzell Ausserrhoden seit 2010/2011 an der nationalen Kampagne «Gesundes Körpergewicht» (siehe 8.6.3).

8.2.4 Zahngesundheit

Die Schulzahnuntersuchungen sowie die Karies-Prophylaxe in den Gemeinden stellen nach wie vor eines der wirksamsten Mittel zur Zahngesundheit dar. Gesunde Zähne sind für die Entwicklung eines Kindes von grosser Bedeutung. Eine ungenügende Zahnhygiene sowie daraus entstehende Schäden an den Milchzähnen wie auch am Erwachsenengebiss sind medizinisch als auch finanziell problematisch.

⁷³ Stamm et al., 2010: Tab. 3.2

⁷⁴ Oehling et al., 2005: S. 16; Suter & Benz, 2004

8.2.5 Sucht

Menschen mit einem Suchtverhalten finden sich auch in Appenzell Ausserrhoden. Alkoholismus beispielsweise verursacht im Kanton grosse gesellschaftliche und gesundheitliche Probleme. 8.8% der Bevölkerung konsumieren täglich Alkohol, 45.2% einmal bis mehrmals wöchentlich.⁷⁵ Alkohol als Genussmittel stellt bei einem verantwortungsbewussten Umgang kein Problem dar. Übermässiger Alkoholkonsum schädigt diverse Organe des Körpers und führt zu Abhängigkeit. Alkohol im Strassenverkehr, aber auch im Arbeitsalltag kann unbeteiligte Dritte gefährden. Gravierend sind auch mögliche negative soziale Folgen von Alkoholkonsum (Arbeitsplatzverlust, familiäre Probleme, Erziehungsprobleme, Entfremdung der Angehörigen). Der Kanton sorgt mit gezielter Prävention (z.B. Schulungen, Beratungen, etc.) für ein erhöhtes Bewusstsein innerhalb der Bevölkerung sowie für gezielte Hilfe im Einzelfall. Im Gegensatz zum Alkohol, welcher ab einem gewissen Alter legal erworben werden kann, ist der Konsum von Betäubungsmitteln illegal. Die gesellschaftlichen und gesundheitlichen Probleme sind ebenfalls gravierend.

Die gesundheitsschädigende Wirkung von Tabakkonsum tritt erst im Verlauf der Jahre ein. Interessant ist, dass vor allem in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen geraucht wird. Im Jahr 2007 rauchten in dieser Altersgruppe 34.6% der Ausserrhoderinnen und Ausserrhoder.⁷⁶ Für Raucherinnen und Raucher werden in Zusammenarbeit mit der Lungensliga Appenzell Ausserrhoden Rauchstoppkurse angeboten (siehe 8.4.2.9).

8.3 Gesundheitsförderung und Prävention bei Infektionskrankheiten

8.3.1 HIV/Aids und andere sexuell übertragbare Krankheiten

Prävention ist nach wie vor die einzige Möglichkeit, eine Infektion mit HIV/Aids zu vermeiden. Die Krankheit kann, auch 30 Jahre nach ihrer Entdeckung, nicht geheilt werden. Die Kampagnen werden durch die Aids-Hilfe Schweiz geführt. Appenzell Ausserrhoden hat den Bereich der Prävention und Beratung mittels Leistungsvereinbarung an die Aids-Hilfe St. Gallen/Appenzell übertragen. Die Aufklärung erfolgt bereits an den Schulen. Prävention richtet sich aber auch an Personengruppen mit erhöhtem Risiko wie z.B. Homosexuelle oder Sex-Arbeiter und Sex-Arbeiterinnen.

Der Bund führt zur Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten seit 2011 eine nationale Kampagne. Auch dazu finden Sensibilisierungen im Rahmen des Sexualkundeunterrichts an den Ausserrhoder Schulen und bei der Information von Risikogruppen analog der HIV/Aids-Prävention statt.

8.3.2 Impfungen

Impfungen gegen Infektionskrankheiten gehören zu den wirksamsten primärpräventiven Massnahmen der Medizin. Impfungen schützen nicht nur die geimpften Personen selber, sondern auch Kinder und Erwachsene vor Ansteckungen. Der Impfschutz der Bevölkerung entspricht in Appenzell Ausserrhoden noch nicht den Soll-Vorstellungen der WHO und des Bundesamts für Gesundheit (vgl. 3.3). Impfungen sind ein wichtiger Faktor bei der Gesundheitsprävention - gerade aufgrund der hohen Mobilität der Bevölkerung und der damit gestiegenen Ausbreitungsgeschwindigkeit von Krankheiten. Zur Vermeidung von einigen chronischen Erkrankungen bieten Impfungen zum Teil den einzig verfügbaren Schutz. Die Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF) erstellt, zusammen mit dem Bundes-

⁷⁵ Moreau-Gruet & Burla, 2010: Abb. 3.13

⁷⁶ Moreau-Gruet & Burla, 2010



amt für Gesundheit, einen eidgenössischen Impfplan.⁷⁷ Dabei werden die Impfungen in vier Bereiche aufgeteilt:

1. **Empfohlene Basisimpfungen:** Sie sind unerlässlich für die individuelle und die öffentliche Gesundheit und bieten einen für das Wohlbefinden der Bevölkerung wichtigen Schutz. Darunter fallen Impfungen gegen Diphtherie, Starrkrampf, Keuchhusten, Kinderlähmung, invasive Infektionen durch *Haemophilus influenzae* Typ b, Masern, Mumps, Röteln und Hepatitis B, Varizellen und HPV.
2. **Empfohlene ergänzende Impfungen:** Sie bieten einen optimalen individuellen Schutz und sind für Personen bestimmt, die sich gegen klar definierte Risiken schützen wollen. In diese Kategorie fallen Pneumokokkenimpfungen und Impfungen gegen Meningokokken der Gruppe C.
3. **Empfohlene Impfungen für Risikogruppen:** Dabei handelt es sich um Impfungen, die als nutzbringend für Risikogruppen eingestuft werden. In diese Kategorie fallen insbesondere die Grippeimpfung, Reiseimpfungen oder die Impfung gegen Zeckenenzephalitis (oder FSME).
4. **Impfungen ohne Empfehlungen:** Diese Impfungen werden nicht offiziell empfohlen, weil noch keine formelle Evaluation durchgeführt wurde oder weil der in der Evaluation nachgewiesene Nutzen nicht für eine Empfehlung ausreicht (z.B. Rotaviren, Herpes Zoster).

Appenzell Ausserrhoden unterstützt die Impfeempfehlungen der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EKIF). Der Kanton unterstützt den Einsatz von Basisimpfungen im Rahmen der Schuluntersuchungen und des HPV-Impfprogramms. Die Zielwerte von Bund und WHO bei der Durchimpfung lassen sich aber nur dann erreichen, wenn die Gesundheitsbehörden und die Ärztinnen und Ärzte gemeinsam darauf hinarbeiten und die Bevölkerung den Nutzen der Impfungen auch erkennen kann.

8.4 Institutionen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention

Appenzell Ausserrhoden betreibt teilweise eigene Organisationseinheiten im Präventionsbereich. Verschiedene Einrichtungen oder Programme werden mit anderen Ostschweizer Kantonen gemeinsam getragen. Der Kanton hat ferner mit mehreren privaten Organisationen Leistungsvereinbarungen getroffen oder unterstützt sie mit einem Beitrag.

Der Regierungsrat legt Wert darauf, dass die Bevölkerung von qualitativ hoch stehenden und gleichzeitig kostengünstigen Angeboten der Gesundheitsvorsorge und Prävention profitieren kann. Die Zusammenarbeit mit verschiedenen Institutionen innerhalb des Kantons und kantonsübergreifend ist deshalb unabdingbar.

Zielgruppen, Themen und Handlungsfelder in der Gesundheitsförderung und Prävention sind sehr vielfältig; dies spiegelt sich auch in der Zahl der auf diesem Gebiet aktiven Institutionen. Einige der wichtigsten Institutionen im Bereich der Primär-, Sekundär- oder Tertiärprävention werden im Folgenden kurz beschrieben.

8.4.1 Kantonale Leistungsanbieter

8.4.1.1 Amt für Gesundheit

Das Amt für Gesundheit ist unter anderem für die Koordination von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen zuständig. Es sorgt als Redaktionsstelle des Gesundheitsmagazins für die Verbreitung von Botschaften und Informationen zum Themenbereich. Das

⁷⁷ www.bag.admin.ch/ekif/04423/04428/index.html?lang=de (Zugriff am, 04.11.2011)

Amt für Gesundheit handelt für das Departement Leistungsvereinbarungen mit diversen Anbietern aus. In ausgewählten Fällen führt das Amt Präventionsprojekte auch selber durch. Die folgenden Fachstellen des Amtes für Gesundheit sind im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention tätig:

8.4.1.2 Beratungsstelle für Suchtfragen

Appenzell Ausserrhoden führt in eigener Regie die Beratungsstelle für Suchtfragen. Diese ist im Bereich Suchtprävention (Substanzsüchte und Verhaltenssüchte) die zentrale Anlaufstelle im Kanton. Sie arbeitet eng mit anderen Organisationen und Personen zusammen, die in der Suchtprävention eine Rolle spielen.

Die Beratungsstelle für Suchtfragen macht Präventionsangebote für folgende Bereiche: Alkohol, Tabak, Cannabis, andere illegale Drogen, Spielsucht und andere nicht stoffgebundene Suchtformen (z.B. Internet, PC).

Die Beratungsstelle für Suchtfragen unterstützt Gemeinden, Schulen, Firmen und Vereine bei der Entwicklung von Präventionskonzepten und -aktivitäten. Sie stellt, z. T. in Zusammenarbeit mit anderen Kantonen, Lehrmittel, Informationsmaterial, Fachliteratur und eine Website zu relevanten Themen bereit. Ferner informiert sie die Bevölkerung regelmässig zum Thema Sucht. Die Angebote sind unter www.sucht-ar.ch detailliert beschrieben.

Sie führt ein Qualitätsmanagement und ist seit 2008 mit dem Qualitätslabel QuaTheDA (Qualität Therapie Drogen Alkohol) des Bundesamtes für Gesundheit zertifiziert.

8.4.1.3 Schulärztlicher Dienst

Die fachliche Leitung des schulärztlichen Dienstes liegt bei einem der beiden im Auftragsverhältnis angestellten Kantonsärzte. Dieser gestaltet das System und beurteilt die getroffenen Massnahmen. Die schulärztlichen Untersuchungen werden von Ärztinnen und Ärzten in den Regionen in Zusammenarbeit mit den Schulverwaltungen durchgeführt. Der Kanton übernimmt die Kosten für die medizinische Kontrolle. Die im Rahmen der Untersuchung angebotenen Impfungen werden von den Krankenversicherern getragen.

8.4.1.4 Schulzahnärztlicher Dienst

Der schulzahnärztliche Dienst steht unter der fachlichen Leitung des Kantonszahnarztes. Dabei stehen zwei Präventionsangebote im Vordergrund: Zum einen werden die Kinder für die Zahnprophylaxe sensibilisiert; dazu gehören die Mundhygiene und die Fluorierung des Zahnschmelzes, um die Widerstandsfähigkeit der Zähne zu erhöhen. Zum anderen finden regelmässige Kontrollen der Zähne bei einer von der Schule bestimmten Schulzahnärztin oder einem Schulzahnarzt statt, um Karies oder Fehlstellungen des Gebisses so früh als möglich zu erkennen. Die Organisation der Prophylaxe und der Schulzahnuntersuchung obliegt den Gemeinden.

8.4.1.5 Präventiv tätige kantonale Stellen ausserhalb des Departements Gesundheit

Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz wird auch in anderen Departementen betrieben. Das Departement Bildung ist für den Gesundheitsunterricht an den Schulen verantwortlich, und die dort angesiedelte Fachstelle Sport macht diverse Angebote innerhalb und ausserhalb des Schulwesens. Das Arbeitsinspektorat im Departement Volks- und Landwirtschaft sorgt für die Einhaltung des Arbeitnehmerschutzes, und die Kantonspolizei fördert mittels Verkehrunterricht die Sicherheit im Strassenverkehr.

8.4.2 Überkantonale und private Leistungsanbieter

8.4.2.1 Beratungsstelle für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität, St.Gallen

Die Beratungsstelle für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität, St.Gallen, setzt sich in folgenden Bereichen ein: Familienplanung, Schwangerschaft, Schwangerschaftsab-

bruch, Sexualität und Sexualpädagogik. Die Beratung steht allen Bewohnerinnen und Bewohnern der Kantone St.Gallen, Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden unentgeltlich offen, unabhängig von Geschlecht, Alter und Nationalität. Die Beratungsstelle macht Angebote für Einzelpersonen, Paare, Familien, Gruppen und Organisationen.

Der Auftrag der Beratungsstelle leitet sich aus Art. 15 des kantonalen Gesundheitsgesetzes (bGS 811.1) und vom Bundesgesetz über die Schwangerschaftsberatungsstellen (SR 857.5) ab. Die Aufgaben sind in einer Leistungsvereinbarung geregelt.

8.4.2.2 Fachstelle für Aids- und Sexualfragen St.Gallen/Appenzell

Die Fachstelle für Aids- und Sexualfragen St.Gallen/Appenzell bietet anonyme Beratung bei Problemen und Fragen zum Umgang mit Sexualität und sexuell übertragbaren Krankheiten. Im Bereich Primärprävention engagiert sich die Fachstelle in der Sexualpädagogik an Schulen und in der Elternarbeit. Zusätzlich betreibt sie Prävention durch Aktionen, speziell ausgerichteten Projekten, an Konzerten, in Vereinen und in Zusammenarbeit mit anderen Organisationen. Die Aufgaben sind in einer Leistungsvereinbarung mit der Aids-Hilfe St.Gallen/Appenzell geregelt.

8.4.2.3 Blaues Kreuz St.Gallen

Das Blaue Kreuz ist ein international tätiges Hilfswerk. Es bietet alkoholkranken Menschen und ihren Angehörigen Beratung an und leistet Präventionsarbeit. Als Teil des diakonischen Werkes der christlichen Kirchen ist es politisch und konfessionell unabhängig.

Die Aufgaben sind in einer Leistungsvereinbarung geregelt.

8.4.2.4 FOSUMOS (Forum Suchtmedizin Ostschweiz)

FOSUMOS ist ein Verein zur Verbesserung der professionellen Kompetenz und Vernetzung in der Suchtarbeit. Dem Netzwerk gehören Suchtfachleute verschiedener Berufsgruppen (Sozialarbeit, Hausarztmedizin, Psychiatrie, Psychologie) an. Ziel ist, die Fachkompetenz zu Suchtfragen zu verbessern (namentlich in der Ärzteschaft) und die interdisziplinäre Zusammenarbeit von medizinischen und nichtmedizinischen Fachpersonen zu optimieren. Appenzell Ausserrhoden beteiligt sich mit den Kantonen Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden, St.Gallen und Thurgau sowie dem Fürstentum Liechtenstein an der Finanzierung.

8.4.2.5 RehabilitationsZentrum Lutzenberg

Das RehabilitationsZentrum Lutzenberg ist eine stationäre suchtttherapeutische Einrichtung. Die Aufgabe des Rehabilitationszentrums ist es, Suchtgefährdeten und Menschen mit Drogenproblemen Unterstützung auf ihrem Weg in ein drogenfreies Leben zu bieten. Das Rehabilitationsprogramm berücksichtigt dabei die Möglichkeiten und Stärken der Klientinnen und Klienten und bietet bei der Erarbeitung von Lösungen kompetente Unterstützung und Begleitung. Die Trägerschaft besteht aus den Kantonen Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, Schaffhausen, St.Gallen und Thurgau sowie dem Fürstentum Liechtenstein. Appenzell Ausserrhoden beteiligt sich im Rahmen eines Konkordats an den Betriebskosten und ist als Standortkanton in den Aufsichtsgremien vertreten.

8.4.2.6 Stiftung Suchthilfe St.Gallen, Medizinisch-soziale Hilfsstelle 1

Die Medizinisch-soziale Hilfsstelle 1 (MSH 1) bietet seit 1995 heroingestützte Behandlungsplätze an. Das tertiärpräventive Angebot richtet sich an schwer drogenabhängige Personen, die mehrere Ausstiegsversuche hinter sich haben und mit anderen Angeboten kaum in eine konstante Betreuung eingebunden werden können. Die Aufgaben sind in einer Leistungsvereinbarung geregelt.

8.4.2.7 Bündnis gegen Depression/Ostschweizer Forum für psychische Gesundheit

Das Ausserrhoder Bündnis gegen Depression ist im Rahmen des Regierungsprogramms 2007 - 2011 gestartet worden. Mit zahlreichen Veranstaltungen und einem informativen und

gut besuchten Internetauftritt hat das Bündnis in der Fachwelt und der breiten Öffentlichkeit eine erhebliche Beachtung erzielt. Diese Aufgaben sollen von einem kantonsübergreifenden Verein «Ostschweizer Forum für psychische Gesundheit» weitergeführt werden. Das Departement Gesundheit soll Mitglied des Vereins und personell im Beirat sowie im Vorstand vertreten sein.

8.4.2.8 Forum Betriebliches Gesundheitsmanagement Ostschweiz (Forum BGM Ostschweiz)
Der Verein Forum Betriebliches Gesundheitsmanagement (Forum BGM) beschäftigt sich interkantonal mit der Bekanntmachung der Gesundheitsförderung in Firmen und Unternehmen. Dem Forum gehören zurzeit die Kantone St.Gallen und Appenzell Ausserrhoden sowie das Fürstentum Liechtenstein an; der Beitritt weiterer Kantone ist in Vorbereitung. Das Forum organisiert Veranstaltungen zum Thema und ermöglicht den Mitgliedern kostenlose Erstberatungen im Betrieb. Erfahrungen aus grossen Betrieben zeigen, dass sich die Durchführung von Präventionsprogrammen für die Unternehmen auch finanziell lohnen kann. Das Departement Gesundheit ist Mitglied des Vereins Forum BGM Ostschweiz und personell im Beirat sowie im Vorstand vertreten.

8.4.2.9 Lungenliga Appenzell Ausserrhoden

Die Lungenliga Schweiz (LLS) ist eine gesamtschweizerische Dachorganisation, die auf die Prävention von Erkrankungen der Lunge und der Atemwege spezialisiert ist. Sie besteht aus 23 kantonalen Lungenligen, den zentralen Organen und der schweizerischen Geschäftsstelle. Die Lungenliga Appenzell Ausserrhoden setzt sich u. a. stark im Bereich Tabakprävention ein und unterstützt dabei die kantonale Beratungsstelle für Suchtfragen im Rahmen einer befristeten Leistungsvereinbarung mit einem finanziellen Beitrag.

8.4.2.10 Pro Juventute

Pro Juventute ist eine private, politisch und konfessionell unabhängige gemeinnützige Organisation. Mit der nationalen Stiftung und den regionalen Vereinen in den Kantonen mit ihren freiwilligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist Pro Juventute in der ganzen Schweiz präsent. Die Stiftung engagiert sich in diversen Präventionsprojekten wie z.B. mit dem 24h-Telefonangebot «Beratung + Hilfe 147», mit der Kampagne «Stopp Jugendsuizide 147», mit der Verteilung der Elternbriefe oder mit dem Angebot der Mütter- und Väterberatung. Die Verteilung der Elternbriefe ist in einer Leistungsvereinbarung mit dem Kanton geregelt.

8.4.2.11 Pro Senectute

Pro Senectute ist eine wichtige Fach- und Dienstleistungsorganisation der Schweiz im Dienste der älteren Menschen. Die Ausserrhoder Beratungsstelle von Pro Senectute führt im Auftrag des Kantons ein Pilotprojekt zum Thema «Zwäg ins Alter» durch. Dabei soll erreicht werden, dass ältere Menschen solange wie möglich gesund in ihrem privaten Umfeld leben können.

8.4.2.12 Rheumaliga beider Appenzell

Die Rheumaliga Schweiz fördert die Bekämpfung von rheumatischen Erkrankungen seit ihrer Gründung im Jahr 1958. Diese Organisation ist der Dachverband von zwanzig kantonalen/regionalen Rheumaligen und von sechs Patientenorganisationen. Die Rheumaliga beider Appenzell hat zum Ziel, von Rheuma betroffenen Menschen mit Kursen, Hilfsmitteln und Beratungen zu helfen.



8.4.2.13 Weitere Institutionen

Weitere Institutionen im Kanton und in der Ostschweiz leisten wichtige Beiträge im Bereich Prävention:

Sozialberatungsstellen

Regionale Sozialdienste (Sozialberatung Hinterland, Amt für Soziales Gemeinde Herisau, Soziale Dienste Teufen-Gais, Sozialberatung Bühler-Speicher, Soziale Dienste Gemeinde Trogen, Sozialberatung Appenzell Vorderland); Pro Infirmis; Beratungsstelle für Ehe-, Familien- und Lebensfragen.

Medizinisch-psychiatrische Angebote

Mühlhof-Zentrum für Suchttherapie und Rehabilitation (Alkohol); Psychosomatische Abteilung des Spitals Wattwil (Alkoholkurzzeittherapie) sowie die Entzugs- und Therapiestation des Psychiatrischen Zentrums Appenzell Ausserrhoden; Kinder und Jugendpsychiatrischer Dienst St.Gallen (auch für Appenzell Ausserrhoden zuständig).

Psychosoziale Angebote

Dargebotene Hand Ostschweiz und Fürstentum Liechtenstein; Opferhilfe; Jugendkontaktpolizei und Kinderschutzgruppe Appenzell Ausserrhoden; Care-Team Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden.

Selbsthilfegruppen

Verein für Angehörige psychisch Kranker (VASK); Nebelmeer: Selbsthilfevereinigung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die einen Elternteil durch Suizid verloren haben; Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen KOSCH.

Diese Institutionen werden teilweise durch wiederkehrende Beiträge oder durch individuelle Kostengutsprachen finanziell unterstützt. Die Auflistung ist nicht abschliessend, da sich das Angebot laufend verändert und weiterentwickelt.

8.5 Strategische Positionen des Regierungsrates zur Prävention und Gesundheitsförderung

8.5.1 Strategische Position 11: «Gesundheitsförderung und Prävention werden umfassend verstanden»

Der Regierungsrat fördert das Wissen um die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und den Lebensverhältnissen einzelner Menschen oder bestimmter Bevölkerungsgruppen. Er berücksichtigt den Aspekt der Gesundheit in allen relevanten Politikbereichen: Gesundheit, Bildung, Soziales und Umwelt.

Es ist bekannt, dass zahlreiche Faktoren die Gesundheit der Bevölkerung beeinflussen: Bildung, sozialer Status, Wohnsituation, Umwelt und andere mehr. Deshalb wird Gesundheitsförderung im Rahmen der kantonalen Gesamtpolitik und in allen Bereichen des Verwaltungshandelns mitberücksichtigt.

Die Bevölkerung von Appenzell Ausserrhoden wird mit gezielten Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention unterstützt, damit sie körperlich und psychisch gesund und motiviert am Leben teilnimmt. Solche Aktivitäten werden wenn möglich nicht *für* die Menschen, sondern *mit* ihnen geplant und ausgeführt.

8.5.2 Strategische Position 12: «Gesundheitsförderung und Prävention wirken langfristig kostendämpfend, nicht nur im Gesundheitswesen»

Der Regierungsrat ist überzeugt, dass Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention langfristig helfen, Gesundheitskosten zu verringern. Prävention wird deshalb auch zur Kostensteuerung eingesetzt.

Der Effekt von präventivem Denken und Handeln wirkt sich primär auf die Gesundheitskosten aus, sowohl für die öffentliche Hand wie für die Privathaushalte. Wird der Präventionsgedanke konsequent auch in der Bildung und in der Sozial- und Umweltpolitik verfolgt, können längerfristig auch die Wirtschaft und die Sozialversicherungen (inkl. Sozialhilfe) von positiven Folgen profitieren.

8.5.3 Strategische Position 13: «Impfungen werden als wirksamer Schutz vor Krankheiten wahrgenommen»

Der Regierungsrat unterstützt die Bestrebungen des Bundes und der WHO, durch die Erreichung der Impfziele ansteckende Krankheiten in der Schweiz möglichst zu eliminieren. Er hält an der Freiwilligkeit des Impfens fest. Die Impfziele sind durch gut verständliche ausgewogene und leicht verfügbare Information zu erreichen.

Ein guter Impfschutz dient zum einen der geimpften Person vor einer Ansteckung mit einem Erreger. Die individuelle Impfung trägt zum anderen dazu bei, dass die Bevölkerung als Ganzes geschützt ist. Davon profitieren auch Personen, die aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können oder eine Impfung aus persönlichen Gründen ablehnen.

8.6 Massnahmenplanung

8.6.1 5-Jahres-Aktionsplan 2009 - 2013 für eine Präventionspolitik Alkohol/Tabak/Cannabis in Appenzell Ausserrhoden

Erarbeitung und Umsetzung eines 5-Jahres-Aktionsplans 2009 - 2013 für eine Präventionspolitik Alkohol/Tabak/Cannabis in Appenzell Ausserrhoden					
Zielsetzung	<p>Der «5-Jahres-Aktionsplan 2009-2013 für eine Präventionspolitik Alkohol/Tabak/Cannabis in Appenzell Ausserrhoden» orientiert sich an den beiden nationalen Programmen Alkohol 2008-2012 und Tabak 2008-2012. Die dort beschriebenen Leitsätze lauten:</p> <p>«Wer alkoholische Getränke trinkt, tut dies, ohne sich selber und anderen Schaden zuzufügen.»</p> <p>«Die tabakbedingten Todes- und Krankheitsfälle in der Schweiz sind reduziert.»</p> <p>Ziele: Die Ausserrhoder Bevölkerung weiss über Gefahren von Alkohol, Tabak und Cannabis Bescheid. Wichtige Zielgruppen (Eltern, Jugendliche, Lehrerschaft, Vereine, Behörden, Detailhandel, Gastronomie) sind sensibilisiert und entsprechend ihren Bedürfnissen informiert.</p> <p>Die Federführung für das Projekt liegt bei der Beratungsstelle für Suchtfragen Appenzell Ausserrhoden, die Konzepte, Projekte, Aktionen und Informationen in die Praxis umsetzt.</p>				
Termine	<table border="1"><tr><td>Starttermin:</td><td>Januar 2009</td></tr><tr><td>Endtermin:</td><td>Dezember 2013</td></tr></table>	Starttermin:	Januar 2009	Endtermin:	Dezember 2013
Starttermin:	Januar 2009				
Endtermin:	Dezember 2013				



Status	<input type="checkbox"/> in Prüfung
	<input type="checkbox"/> in Vorbereitung
	<input type="checkbox"/> in Beratung Kantonsrat
	<input checked="" type="checkbox"/> in Umsetzung
	<input type="checkbox"/> sistiert
Projektstand	<p>Verschiedene Massnahmen wurden geplant und durchgeführt. Einige Beispiele:</p> <p><i>Präventionsprogramm «freelance» zu Alkohol, Tabak und Cannabis für Oberstufen:</i> In Appenzell Ausserrhoden beteiligen sich über 100 Oberstufenklassen am Programm, das mit Attraktionen wie Plakatwettbewerb, Schüleragenda, Elternbroschüre usw. ergänzt wird.</p> <p><i>Projektwoche «SehnSucht»:</i> Im Auftrag der Beratungsstelle für Suchtfragen Appenzell Ausserrhoden bietet ein Filmprofi Schülerinnen und Schülern eine Kurswoche zum Thema SehnSucht an.</p> <p><i>Märchenprojekt für Kindergärten und Unterstufen:</i> Präventionsanliegen können durch Märchen bei Kindern bereits in jungen Jahren verständlich gemacht werden. Das Theater Fährbetrieb in Herisau hat im Auftrag der Beratungsstelle für Suchtfragen das Projekt «Märchen – Schlüssel zum Leben» entwickelt. Seit November 2010 haben sich über 100 Kindergärten und Unterstufenklassen für das Projekt angemeldet.</p> <p><i>Projekt «KENNIDI» - Attraktive alkoholfreie Drinks für Jugendliche:</i> Jugendliche sollen attraktive Alternativen zum übermässigen Alkoholkonsum kennenlernen. Das Projekt wird derzeit zusammen mit den «Brillant»-Gemeinden Speicher, Trogen, Wald, Rehetobel und Teufen umgesetzt.</p> <p>Verschiedene Projekte zur Tabakprävention und für einen erfolgreichen Rauchstopp (u.a. Rauchfreie Lehre / Experiment Nichtrauchen / Rauchstoppkurse und Rauchstoppberatung usw.)</p>
Kosten	Projektkosten: CHF 30 000.- pro Jahr; für die Jahre 2009-2013 (Mittel aus dem Alkoholzehntel). Einzelne Projekte werden zusätzlich durch Gesundheitsförderung Schweiz und andere Stiftungen mitfinanziert.
	Folgekosten: keine
	Finanzplan: <input checked="" type="checkbox"/> enthalten <input type="checkbox"/> nicht enthalten

8.6.2 5-Jahres-Aktionsplan 2014 - 2018 für eine Präventionspolitik Alkohol/Tabak/Cannabis in Appenzell Ausserrhoden

Erarbeitung und Umsetzung eines 5-Jahres-Aktionsplans 2014 - 2018 für eine Präventionspolitik Alkohol/Tabak/Cannabis in Appenzell Ausserrhoden	
Zielsetzung	<p>Der «5-Jahres-Aktionsplan 2014 - 2018 für eine Präventionspolitik Alkohol/Tabak/Cannabis in Appenzell Ausserrhoden» soll eine klare Ausrichtung der Suchtprävention in Appenzell Ausserrhoden erreichen.</p> <p><i>Ziele:</i></p> <p>Die Ausserrhoder Bevölkerung weiss über Gefahren von Alkohol, Tabak und Cannabis Bescheid. Wichtige Zielgruppen (Eltern, Jugendliche, Lehrerschaft, Vereine, Behörden, Detailhandel, Gastronomie) sind sensibilisiert und entsprechend ihren Bedürfnissen informiert.</p> <p>Die Federführung für das Projekt liegt bei der Beratungsstelle für Suchtfragen Appenzell Ausserrhoden, die Konzepte, Projekte, Aktionen und Informationen in die Praxis umsetzt.</p>
Termine	Starttermin: Januar 2014
	Endtermin: Dezember 2018
Status	<input type="checkbox"/> in Prüfung
	<input checked="" type="checkbox"/> in Vorbereitung
	<input type="checkbox"/> in Beratung Kantonsrat
	<input type="checkbox"/> in Umsetzung
	<input type="checkbox"/> sistiert
Projektstand	Aktionsplan 2014 - 2018 wird ab 2013 vorbereitet.
Kosten	<p>Projektkosten: CHF 30 000.- pro Jahr; für die Jahre 2014 - 2018 (Mittel aus dem Alkoholzehntel). Einzelne Projekte werden zusätzlich durch Gesundheitsförderung Schweiz und andere Stiftungen mitfinanziert.</p>
	Folgekosten: keine
	Finanzplan: <input checked="" type="checkbox"/> enthalten <input type="checkbox"/> nicht enthalten



8.6.3 Gesundes Körpergewicht

Erarbeitung und Umsetzung des Projektes «Gesundes Körpergewicht»	
Zielsetzung	Das Projekt fokussiert auf Kinder und Jugendliche ab Geburt bis zum 18. Lebensjahr. Kinder, Jugendliche und Eltern sollen durch zielgruppenspezifische Interventionen erreicht werden, um sie für die wichtigsten Faktoren zur Erhaltung eines gesunden Körpergewichts - Ernährung, Bewegung - zu sensibilisieren. Indirekt sollen sie auch durch Multiplikatoren zu einem gesunden Verhalten beeinflusst werden. Die Akteure werden geschult und unterstützt. Auch die Rahmenbedingungen in den verschiedenen Handlungsfeldern sollen verbessert und Verhaltensänderungen gestärkt werden.
Termine	Starttermin: November 2010
	Endtermin: November 2014
Status	<input type="checkbox"/> in Prüfung
	<input type="checkbox"/> in Vorbereitung
	<input type="checkbox"/> in Beratung Kantonsrat
	<input checked="" type="checkbox"/> in Umsetzung
	<input type="checkbox"/> sistiert
Projektstand	<p>«Gesundes Körpergewicht» wird in diversen Teilprojekten realisiert. Es geht darum, Information zu vermitteln, aber auch konkrete Projekte im Bereich Bewegung und Ernährung durchzuführen.</p> <p><i>Teilprojekte in Umsetzung sind:</i></p> <p>Ausweitung des Elternbriefs auf 6 Lebensjahre (Zusammenarbeit mit Pro Juventute Appenzell Ausserrhoden und Departement Bildung); Schulung und Abgabe von Bewegungsgeräten an Spielgruppen und Tagesstätten (Zusammenarbeit mit Spielgruppen und Kinderkrippen in Appenzell Ausserrhoden und Department Inneres und Kultur); Aus- und Weiterbildung von Mütter- und Väterberaterinnen, auch unter Einbezug von Eltern mit Migrationshintergrund (Zusammenarbeit mit Pro Juventute Appenzell Ausserrhoden, Caritas St.Gallen Appenzell); Ausbau der Bewegungswoche der Kantonsschule um den Aspekt der Ernährung (Zusammenarbeit mit Kantonsschule Trogen); Aus- und Weiterbildung im Rahmen der Stillwoche (Zusammenarbeit mit dem Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden).</p> <p>Weitere Teilprojekte sind in Vorbereitung.</p>
Kosten	Projektkosten: Total CHF 695 000.- über vier Jahre (davon werden CHF 480 000.- vom Kanton getragen, CHF 215 000.- von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz)
	Folgekosten: keine
	Finanzplan: <input checked="" type="checkbox"/> enthalten <input type="checkbox"/> nicht enthalten

8.6.4 Schulärztliche Untersuchungen

Schulärztliche Untersuchungen	
Zielsetzung	Schulpflichtige Kinder und Jugendliche werden ärztlich auf ihre gesundheitliche Entwicklung hin untersucht, damit gesundheitliche Schäden frühzeitig erkannt und behandelt werden können. Die Untersuchungen erfolgen beim Eintritt in die erste Klasse und beim Verlassen der obligatorischen Schule (im 15./16. Lebensjahr). Gleichzeitig wird der Impfschutz überprüft und die Möglichkeit von kostenlosen Impfungen angeboten.
Termine	Laufendes Programm
Status	<input type="checkbox"/> in Prüfung
	<input type="checkbox"/> in Vorbereitung
	<input type="checkbox"/> in Beratung Kantonsrat
	<input checked="" type="checkbox"/> in Umsetzung
	<input type="checkbox"/> sistiert
Projektstand	<p>Die Schuluntersuchungen in Appenzell Ausserrhodon beschränken sich auf zwei Termine. Eine Anfangs- und Enduntersuchung ist wertvoll, dazwischen liegt aber eine grosse zeitliche Untersuchungslücke.</p> <p>Der Kantonsärztliche Dienst prüft die Einführung einer zusätzlichen Untersuchung in der 5. Klasse. Damit liessen sich gewisse medizinische Probleme in einem früheren Entwicklungsstadium erkennen und beheben, bei denen die Austrittsuntersuchung unter Umständen zu spät erfolgt. Zudem kann mit einer zusätzlichen Untersuchung die Impfquote verbessert werden.</p>
Kosten	Projektkosten: CHF 60 000.- pro Jahr (Impfkosten werden von den Krankenversicherern zurückerstattet)
	Folgekosten: CHF 60 000.- pro Jahr (Impfkosten werden von den Krankenversicherern zurückerstattet)
	Finanzplan: <input checked="" type="checkbox"/> enthalten <input type="checkbox"/> nicht enthalten



8.6.5 Schulzahnärztliche Untersuchungen

Zahnprophylaxe und schulzahnärztlicher Untersuch	
Zielsetzung	Verbesserung der Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen mittels - regelmässiger Durchführung von Zahnprophylaxe-Unterricht - regelmässiger Durchführung von Zahnuntersuchungen
Termine	Laufendes Programm
Status	<input type="checkbox"/> in Prüfung
	<input type="checkbox"/> in Vorbereitung
	<input type="checkbox"/> in Beratung Kantonsrat
	<input checked="" type="checkbox"/> in Umsetzung
	<input type="checkbox"/> sistiert
Projektstand	Die Schulzahnuntersuchungen erfolgen heute in den Gemeinden nach unterschiedlichen Vorgaben. Der Kantonszahnarzt hat in einer ersten Phase den Ist-Zustand der Zahnprophylaxe und der schulzahnärztlichen Untersuchungen erfasst. Durch Gespräche mit den Gemeinden wird durch den Kantonszahnarzt die Prävention im Bereich der Zahngesundheit verbessert.
Kosten	Projektkosten: CHF 26 000.- pro Jahr (Kosten werden hälftig vom Kanton und von den Gemeinden getragen)
	Folgekosten: CHF 26 000.- pro Jahr (Kosten werden hälftig vom Kanton und von den Gemeinden getragen)
	Finanzplan: <input checked="" type="checkbox"/> enthalten <input type="checkbox"/> nicht enthalten

8.6.6 Ostschweizer Forum für psychische Gesundheit

Ostschweizer Forum für psychische Gesundheit	
Zielsetzung	Vermittlung der Kernbotschaften: Depression kann jede und jeden treffen; Depression hat viele Gesichter; Depression ist behandelbar. Unterstützung von dezentralen Aktivitäten im Bereich «Psychische Erkrankung und Depression». Zusammenarbeit mit anderen Kantonen stärken.
Termine	Starttermin: Juni 2012
	Endtermin: offen
Status	<input type="checkbox"/> in Prüfung
	<input checked="" type="checkbox"/> in Vorbereitung
	<input type="checkbox"/> in Beratung Kantonsrat
	<input type="checkbox"/> in Umsetzung
	<input type="checkbox"/> sistiert
Projektstand	Die Kantone St.Gallen, Appenzell Innerrhoden und Appenzell Ausserrhoden sind dabei, den Verein «Ostschweizer Forum für psychische Gesundheit» zu gründen. Dieser Verein soll die bisherigen Aktivitäten in den einzelnen kantonalen Bündnissen gegen Depression weiterführen, aber auch auf weitere psychische Erkrankungen aufmerksam machen. Zudem soll der Verein dezentrale Aktionen mit Know-how und finanziellen Mitteln unterstützen.
Kosten	Projektkosten: CHF 25 000.-
	Folgekosten: CHF 25 000.- pro Jahr
	Finanzplan: <input checked="" type="checkbox"/> enthalten <input type="checkbox"/> nicht enthalten

8.6.7 HPV-Impfprogramm

HPV-Impfprogramm	
Zielsetzung	Reduktion des Gebärmutterhalskrebses, der durch bestimmte HPV-Virenstämme verursacht wird. Ziel: HPV-Impfquote der weiblichen Bevölkerung von 70 %.
Termine	Starttermin: 2008
	Endtermin: offen
Status	<input type="checkbox"/> in Prüfung
	<input type="checkbox"/> in Vorbereitung
	<input type="checkbox"/> in Beratung Kantonsrat
	<input checked="" type="checkbox"/> in Umsetzung
	<input type="checkbox"/> sistiert
Projektstand	Das Programm befindet sich in Umsetzung. Die Impfungen erfolgen bei Hausärztinnen und Hausärzten, in gynäkologischen Praxen sowie an den Spitälern Herisau und Heiden.
Kosten	Projektkosten: CHF 0.- (Die Kosten für Impfung und Behandlung werden vollständig von den Krankenversicherern getragen)
	Folgekosten: CHF 0.-
	Finanzplan: <input checked="" type="checkbox"/> enthalten <input type="checkbox"/> nicht enthalten



8.6.8 Zwäg ins Alter

Vorbereitung und Umsetzung des Projektes «Zwäg ins Alter»	
Zielsetzung	<p>Die demografische Entwicklung führt dazu, dass die Zahl der älteren Einwohnerinnen und Einwohner in Appenzell Ausserrhoden im gesamtschweizerischen Vergleich stark steigen wird. Das Projekt «Zwäg ins Alter» soll Seniorinnen und Senioren bei der Erhaltung ihrer Gesundheit im Alter unterstützen.</p> <p><i>Ziele:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die selbstständige Lebensführung älterer Menschen in der vertrauten Umgebung soll erhalten, ihre Gesundheit und Lebensqualität gefördert und das Risiko einer Pflegebedürftigkeit reduziert werden. 2. Die Einrichtung von neuen Pflegeheimplätzen, welcher als Folge der demografischen Alterung erwartet wird, soll begrenzt werden.
Termine	Starttermin: 2010 (Vorprojekt; wird Ende 2012 abgeschlossen) 2013 (Hauptprojekt)
	Endtermin: offen
Status	<input checked="" type="checkbox"/> in Prüfung
	<input type="checkbox"/> in Vorbereitung
	<input type="checkbox"/> in Beratung Kantonsrat
	<input type="checkbox"/> in Umsetzung
	<input type="checkbox"/> sistiert
Projektstand	Im Vorderland werden in einem Pilotprojekt der Pro Senectute erste Erfahrungen gesammelt.
Kosten	Projektkosten: CHF 140 000.- (Vorprojekt 2010 / 2011 / 2012)
	Folgekosten: CHF 100 000.- pro Jahr (ab 2013)
	Finanzplan: <input checked="" type="checkbox"/> enthalten <input type="checkbox"/> nicht enthalten

I V

Finanzierung: Fakten und Trends

9 Finanzielle Aspekte des Gesundheitswesens

Dieses Kapitel legt anhand von Zahlenmaterial des Bundesamts für Statistik zunächst die Entwicklung der Gesundheitskosten auf nationaler Ebene dar. Anschliessend werden der kantonale Finanzbedarf erläutert und die Veränderungen für Appenzell Ausserrhoden in den letzten Jahren aufgezeigt. Ferner werden die finanziellen Auswirkungen der Pflegekosten auf die Gemeinden erläutert.

Ein wesentlicher Teil der Ausführungen ist der Kosten- und Prämienentwicklung in der obligatorischen Kranken- und Pflegeversicherung (OKP) gewidmet. Sodann wird auf die individuelle Prämienverbilligung in Appenzell Ausserrhoden eingegangen. Schliesslich werden die Erwartungen zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen sowie die strategische Position des Regierungsrates ausgeführt.

9.1 Datenlage

Das Schweizer Gesundheitswesen beansprucht einen beachtlichen Teil der Finanzen der öffentlichen Hand, insbesondere derjenigen der Kantone. Diesem Gewicht entspricht aber die vorhandene Datenlage nur ungenügend. Das hat verschiedene Gründe.

- Die Finanzflüsse zwischen den verschiedenen Zahlern (Kanton, Bund, Versicherer und Private) sind sehr komplex.
- Daten werden von verschiedenen Stellen erhoben. Über die wichtigsten nationalen Datenbanken verfügen das Bundesamt für Statistik, das Bundesamt für Gesundheit sowie santésuisse.
- Ein weiteres Problem liegt in der Vergleichbarkeit. Daten werden einerseits zu ähnlichen Themen methodisch unterschiedlich erhoben, andererseits erfolgt die Auswahl oder Eingrenzung von Daten aus einheitlichen Datenbanken unterschiedlich. Ohne strikte einheitliche Erhebungs- und Auswahlkriterien ist die Nachvollziehbarkeit einer Statistik nicht gegeben.
- Verfügbare Daten sind zum Teil unvollständig. Beispielsweise erfasst der Datenpool von santésuisse nicht ganz alle Versicherten.

- Informationen beruhen teilweise nur auf Schätzungen, beispielsweise zur Kostenbeteiligung von Privathaushalten.
- Nicht zuletzt ist das Verständnis, welche Kosten explizit dem Gesundheitswesen zuzuordnen sind, uneinheitlich.

Diese komplexe und unbefriedigende Datenlage macht präzise Aussagen darüber, wer für die Gesundheitskosten schliesslich bezahlt, schwierig.

Ein umfassender Überblick über die Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, der sich weitgehend auf nationale Daten stützen muss, lässt sich für Appenzell Ausserrhoden aus diesen Gründen nur teilweise erstellen. Die Aussagen im vorliegenden Gesundheitsbericht 2012 beschränken sich auf Werte, die aus gesicherten und nachvollziehbaren Quellen stammen oder bereits für den Bericht «Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden – Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007»⁷⁸ vom Obsan erarbeitet und nachgeführt werden konnten. Die Daten stellen jeweils den letzten verfügbaren Stand dar.

9.2 Gesundheitskosten auf nationaler Ebene

Die Gesundheitskosten werden von der öffentlichen Hand, den Versicherungen, aber auch direkt von den privaten Haushalten bezahlt. Im Jahr 2009 sind gemäss Bundesamt für Statistik rund 61 Mia. Franken in das Gesundheitssystem geflossen (vgl. Kap. 2.4).

Dabei interessiert zum einen, wofür diese Finanzmittel eingesetzt wurden. Tabelle 13 zeigt, dass 2009 27.8 Mia. Franken für stationäre Behandlungen ausgegeben wurden. In den letzten zehn Jahren hat sich der Anteil der stationären Kosten an den gesamten Gesundheitskosten von 46.2% (2000) auf 45.5% (2009) reduziert. Im Gegensatz dazu erhöhte sich der Kostenanteil der ambulanten Behandlungen von 30.2% (2000) auf 31.5% (2009).

Tabelle 13: Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungen 2000-2009 (in Mio. CHF)

	2000	Anteil	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Anteil
Stationäre Behandlung	19 786.7	46.2%	21 248.4	22 418.8	23 242.4	23 945.2	23 688.4	24 062.9	25 173.3	26 500.7	27 764.4	45.5%
Ambulante Behandlung	12 926.3	30.2%	13 690.9	14 164.3	14 647.2	15 193.4	16 202.5	16 588.2	17 405.9	18 519.3	19 185.5	31.5%
Andere Leistungen	1 430.2	3.3%	1 471.1	1 526.2	1 546.5	1 704.7	1 809.9	1 788.3	1 831.3	2 001.4	2 046.1	3.4%
Verkauf Gesundheitsgüter	5 475.4	12.8%	5 829.5	5 899.2	6 306.7	6 531.3	6 680.5	6 561.2	6 761.1	7 063.3	7 423.4	12.2%
Prävention	1 014.1	2.4%	1 062.8	1 052.6	1 122.8	1 122.8	1 133.5	1 141.4	1 281.2	1 417.6	1 521.8	2.5%
Verwaltung	2 210.2	5.2%	2 270.1	2 327.5	2 399.6	2 510.3	2 528.3	2 631.4	2 762.1	2 923.7	3 042.7	5.0%
Total	42 842.9	100%	45 572.8	47 388.6	49 265.2	51 007.7	52 043.0	52 773.3	55 214.9	58 426.1	60 983.9	100%

Quelle: BFS, Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungen (T 14.5.2.2), 2011

Ebenfalls von Interesse ist, wer die Kosten des Gesundheitswesens finanziert. In Kapitel 2.4 ist die Frage der Finanzierung nach volkswirtschaftlichen Kriterien präsentiert worden. Tabelle 14 zeigt nun, wer unmittelbar für die Finanzierung der Kosten aufkommt (Direktzahler).⁷⁹

⁷⁸ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium et al., 2010

⁷⁹ Vgl. Erläuterungen des Bundesamtes für Statistik (BFS) unter www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05/blank/key/perspektive_der_direktzahler.html (Zugriff am 19.12.2011)

Tabelle 14: Finanzierung des Gesundheitswesens nach Direktzahlenden 2000 - 2009
(in Mio. CHF)

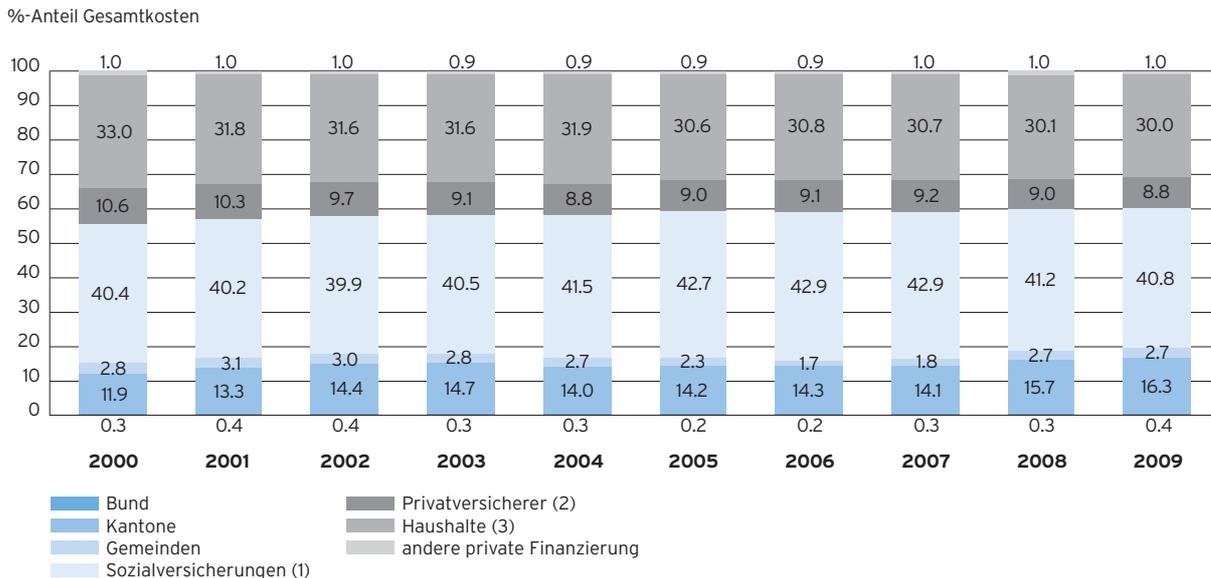
	2000	Anteil	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Anteil
Staat	6461.0	15.1%	7635.1	8429.5	8778.1	8632.7	8704.8	8536.5	8960.8	10892.9	11812.5	19.4%
Bund	145.0	0.3%	164.4	177.7	155.6	137.7	126.9	121.3	180.2	190.7	235.3	0.4%
Kantone	5115.7	11.9%	6059.3	6823.5	7254.7	7117.8	7397.4	7523.2	7771.8	9143.9	9940.4	16.3%
Gemeinden	1200.3	2.8%	1411.5	1428.3	1367.8	1377.2	1180.5	892.1	1008.8	1558.3	1636.8	2.7%
Sozialversicherungen	17287.5	40.4%	18307.7	18930.7	19967.3	21151.0	22241.4	22665.7	23662.5	24099.8	24890.5	40.8%
Privatversicherungen ¹⁾	4546.7	10.6%	4699.9	4615.5	4477.9	4511.7	4674.8	4820.3	5090.8	5247.4	5384.2	8.8%
Private Haushalte	14127.6	33.0%	14487.4	14956.7	15579.7	16251.7	15941.1	16250.6	16965.3	17585.1	18307.2	30.0%
Andere priv. Finanzierung	420.2	1.0%	442.7	456.3	462.2	460.5	481.0	500.3	535.5	600.9	589.4	1.0%
Total	42842.9	100.0%	45572.8	47388.6	49265.2	51007.7	52043.0	52773.3	55214.9	58426.1	60983.9	100.0%

Die Definition der Finanzierung nach Direktzahlenden beinhaltet gewisse Ungenauigkeiten im Bereich der Privat- und Sozialversicherungen, da in den Schweizer Kantonen und in den verschiedenen Versicherungszweigen eine Analyse der Geldströme, welche den «Tiers garant» vom «Tiers payant» unterscheidet, nicht möglich ist. Im Falle der Versicherungen empfiehlt es sich darum, ihre Finanzierung über ein technischeres Verfahren - nämlich den anerkannten Rechnungsbetrag nach Abzug des Selbstbehalts der Versicherten - zu erfassen.

Quelle: BFS, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (T 14.5.3.1), 2011

Tabelle 14 und Abb. 55 zeigen, dass die Sozialversicherungen (2009: 24.9 Mia. Franken) und die privaten Haushalte (2009: 18.3 Mia. Franken) dem grössten Anteil der Finanzierung tragen. Die Kantone übernehmen im Vergleich der drei staatlichen Ebenen mit Abstand den grössten Anteil, der freilich von 11.9% im Jahr 2000 auf 16.3% im Jahr 2009 gestiegen ist. Der Anteil des Bundes an den Gesamtkosten im Gesundheitswesen ist dagegen verschwindend gering und schwankt über die Jahre zwischen 0.2% und 0.4% (siehe Abb. 55). Dies ist insofern bemerkenswert, als der Bund bestrebt ist, vermehrt über veränderte Rahmenbedingungen in die Steuerung des Gesundheitswesens der Kantone einzugreifen (siehe 2.6). Auch die Gemeinden sind mit rund 2.8% nur am Rande an der Finanzierung des Gesundheitswesens beteiligt. Insgesamt hat sich der Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand aller drei Staatsebenen von 15.1% im Jahr 2000 auf 19.4% im Jahr 2009 erhöht. Interessant ist zudem die Entwicklung bei den Privatversicherungen. Im Jahr 2000 waren sie mit 10.6% an den Gesamtkosten beteiligt, 2009 nur noch mit 8.8%.

Abb. 55: Anteile nach Direktzahlenden an den Gesamtkosten im Gesundheitswesen Schweiz 2000 - 2009 (in Prozent)



(1) Krankenversicherung KVG (Grundversicherung); Unfallversicherung UVG; AHV / IV; Militärversicherung

(2) Zusatzversicherungen (VVG) der Krankenkassen und private Versicherungseinrichtungen

(3) Direktzahlungen von privaten Haushalten («out of pocket») an Leistungserbringer für nicht gedeckte Leistungen und Kostenbeteiligungen an Leistungen der Krankenversicherungen (Grundversicherung, Zusatz- und Privatversicherung)

Quelle: BFS, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (T 14.5.3.1), 2011

Die Belastungen der Gesundheitskosten werden in der Schweiz überwiegend von den Einwohnerinnen und Einwohnern und weitgehend ungeachtet ihres Einkommens getragen: direkt über Kopfprämien und Kostenbeteiligungen und indirekt über Steuern. Eine soziale Abfederung der Gesundheitskosten findet nur bei den steuerfinanzierten Staatsausgaben statt. Die individuellen Prämienverbilligungen bringen Personen mit tiefen Einkommen jedoch eine echte finanzielle Entlastung (siehe 9.5.4).

9.3 Gesundheitskosten in Appenzell Ausserrhoden

9.3.1 Funktionale und institutionelle Gliederung

Wie werden die kantonalen Gesundheitskosten in Appenzell Ausserrhoden erfasst? Gesundheitskosten fallen nicht ausschliesslich im Departement Gesundheit, sondern teilweise auch in anderen Departementen an. Umgekehrt erfüllt das Departement Gesundheit nicht ausschliesslich Aufgaben zur Gesundheit im engeren Sinn. Die kantonalen Gesundheitsausgaben können also nach *institutionellen* Kriterien (Organisationseinheit Departement Gesundheit; gebräuchliche Gliederung) oder nach *funktionalen* Kriterien (Gesundheitsausgaben aller beteiligten Departemente abzüglich der nicht zur Gesundheitsversorgung gehörenden Kosten im Departement Gesundheit) dargestellt werden.

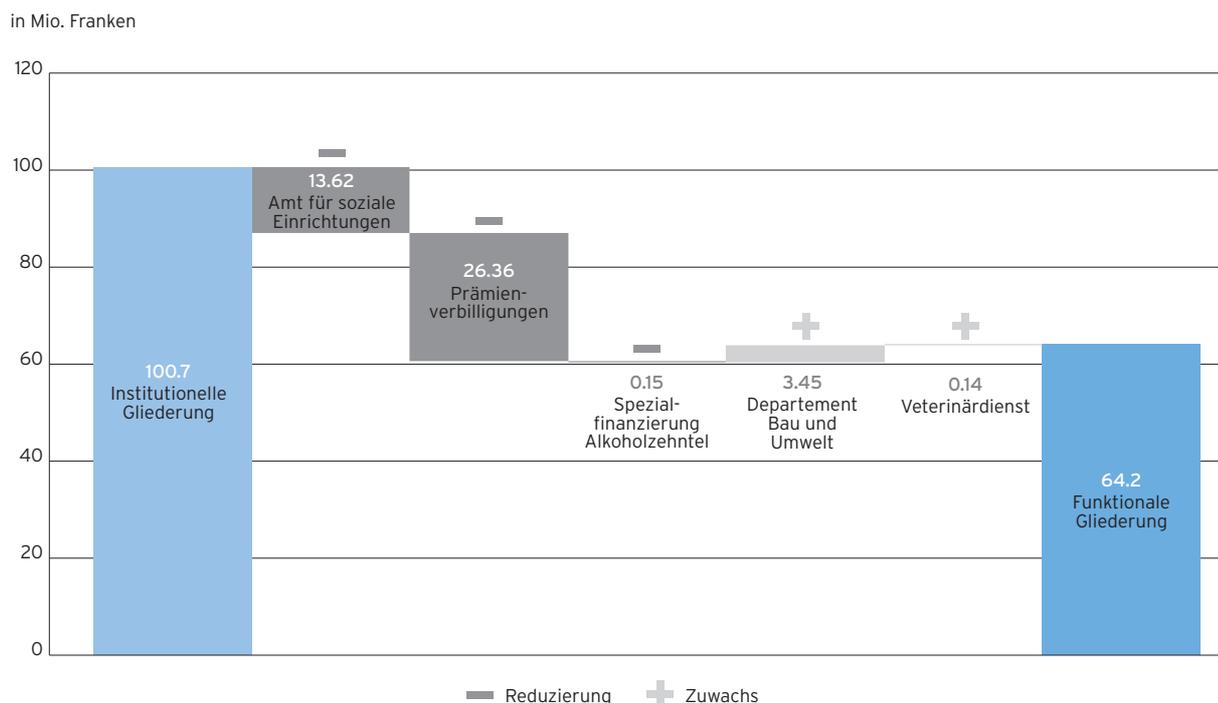
In der Staatsrechnung des Kantons Appenzell Ausserrhoden werden die Kosten des Departements Gesundheit nach *institutioneller* Gliederung im Jahr 2011 mit brutto 100.7 Mio. Franken ausgewiesen. Gemäss *funktionaler* Gliederung machte der Politikbereich Gesundheit 2011 in der Staatsrechnung 64.2 Mio. Franken der gesamten Kantonsausgaben von rund

450.2 Mio. Franken aus.⁸⁰ Die funktionale Gliederung der Staatsrechnung stellt die Finanzzahlen nach Politikbereichen (z.B. Bildung, Sicherheit, Gesundheit etc.) zusammengezogen dar.

Der Aufwand für den Bereich Gesundheit wird nur noch von den Aufwendungen für Soziale Wohlfahrt und Bildung übertroffen. Veränderungen im Gesundheitswesen beeinflussen den Kantonshaushalt erheblich. Die steigenden Gesundheitskosten belasten aber auch immer mehr die Haushalte des Mittelstands, der nicht durch individuelle Prämienverbilligungen entlastet wird.

Abb. 56 visualisiert die Differenz zwischen institutioneller und funktionaler Gliederung der Kosten. Die Säule links stellt das Total der Ausgaben des Departements Gesundheit dar. Die Säule rechts steht für die bereinigten Ausgaben für Gesundheit. Hier sind die Ausgaben des Amtes für Soziale Einrichtungen (inkl. IVSE-Beiträge an Soziale Einrichtungen), die nicht Gesundheitskosten sind, der Aufwand für die individuellen Prämienverbilligungen und die Beiträge aus dem Alkoholzehntel abgezogen. Mittel aus dem Departement Bau und Umwelt zugunsten von Gesundheitseinrichtungen (z. B. Spitäler) sowie Positionen des Veterinärdienstes sind hinzugerechnet.

Abb. 56: Gesundheitskosten Appenzell Ausserrhoden 2011 (Bruttoaufwand): funktionale und institutionelle Gliederung



Quelle: Staatsrechnung Appenzell Ausserrhoden 2011; Auswertung Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

80 Departement Finanzen Appenzell Ausserrhoden, 2012

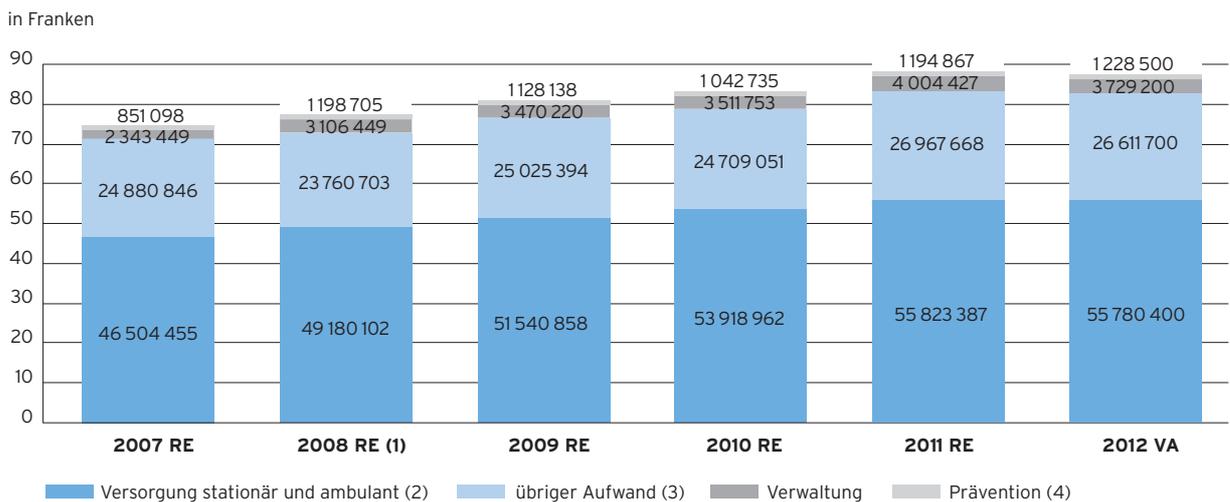
9.3.2 Bruttoaufwand Departement Gesundheit

Den nachfolgenden Darstellungen der finanziellen Entwicklung liegt grundsätzlich der Aufwand gemäss institutioneller Gliederung (Aufwand Departement Gesundheit) zugrunde - mit folgenden Abweichungen:

- Beim Aufwand des Amtes für Soziale Einrichtungen werden die IVSE-Beiträge nicht mitberücksichtigt (z. B. 2011 minus 12.8 Mio. Franken).⁸¹
- Die Ausgaben für das Projekt des Regierungsprogramms «Ausserhoder Bündnis gegen Depression» werden als klassische Präventionsausgaben zu den Gesundheitsausgaben gezählt (z. B. 2011 plus 55 000 Franken).

Die dem Bereich Gesundheit zuzurechnenden Gesundheitsausgaben im Departement Gesundheit sind auch in Appenzell Ausserrhoden seit 2007 kontinuierlich angestiegen. Betragen die Ausgaben im Jahr 2007 brutto noch rund 74.6 Mio. Franken, so sind es im Jahr 2011 bereits 88.0 Mio. Franken.

Abb. 57: Total Bruttoaufwand Departement Gesundheit gemäss Staatsrechnung Appenzell Ausserrhoden 2007 - 2012 (in CHF)



RE: Rechnung / VA: Voranschlag

- (1) Im Auswertungsjahr 2008 weicht der übrige Aufwand von dem in der Staatsrechnung 2008 publizierten Betrag um 9 928 337 Franken ab. Da dieselbe Position im Ertrag 2008 geführt wird, beträgt der Nettoeffekt auf den Staatshaushalt null. Ebenso sind sämtliche Beiträge für IVSE-Einrichtungen (Kto. 1360.361.00 und Kto. 1360.365.40/50) nicht im Aufwand abgebildet, da die Betreuung von Menschen mit Behinderung nicht zu den Gesundheitskosten gezählt werden darf.
- (2) Die Position Versorgung (stationär + ambulant) umfasst grossmehrheitlich den Aufwand für die stationäre Spitalversorgung; ein minimaler Anteil von 0.8% der Kosten für die Versorgung betrifft den ambulanten Bereich der Spitex (Zuständigkeit der Finanzierung liegt überwiegend bei den Gemeinden).
- (3) Der übrige Aufwand besteht fast ausschliesslich aus den Prämienverbilligungsbeiträgen und zu einem kleinen Teil aus Verrechnungen für Informatik und Räumlichkeiten.
- (4) inkl. Projekt des Regierungsprogramms, Bündnis gegen Depression (Kto. 1030.318.01.40)

Quelle: Staatsrechnungen und Voranschläge von Appenzell Ausserrhoden, 2007 - 2012; Auswertung Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012.

81 Kontonummern der Ausserhoder Staatsbuchhaltung:

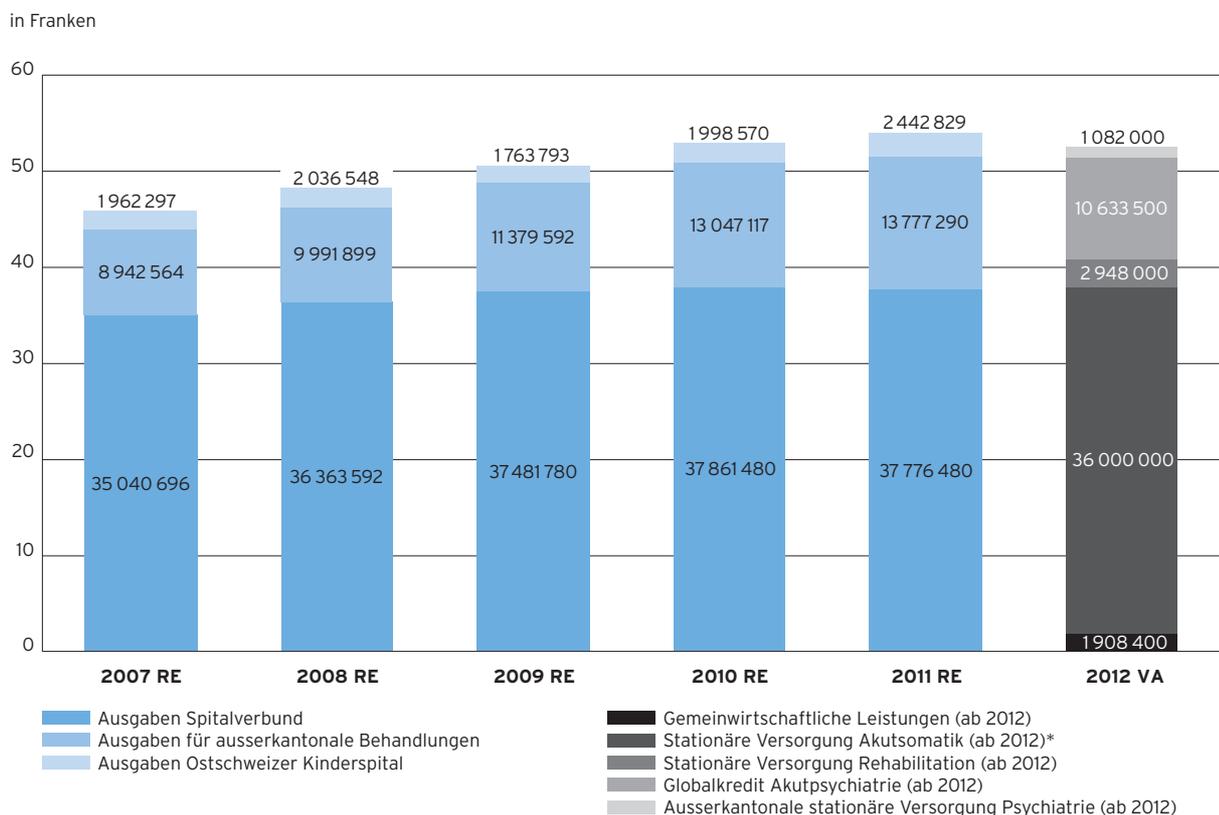
Kto. 1360.361.00	Beiträge an Ost-CH Institutionen
Kto. 1360.365.40	Beiträge an AR Institutionen
Kto. 1360.365.50	Beiträge an Institutionen übrige

9.3.3 Stationäre Versorgung

Das grösste Aufwandwachstum hat im Bereich der stationären Versorgung stattgefunden. Darunter fallen einerseits der Globalkredit an den Spitalverbund, andererseits die Ausgaben für ausserkantonale Hospitalisationen, die ebenfalls gestiegen sind (siehe Abb. 58).

Ab dem Jahr 2012 verändert sich die Finanzierung der stationären Versorgung, weshalb es in der Darstellung des Voranschlags 2012 zu einem Bruch kommt. Die Vergleichbarkeit mit den Vorjahren wird in Zukunft nur beschränkt möglich sein.

Abb. 58: Kosten des Kantons für die stationäre Behandlung von Einwohnerinnen und Einwohnern von Appenzell Ausserrhoden 2007 - 2012

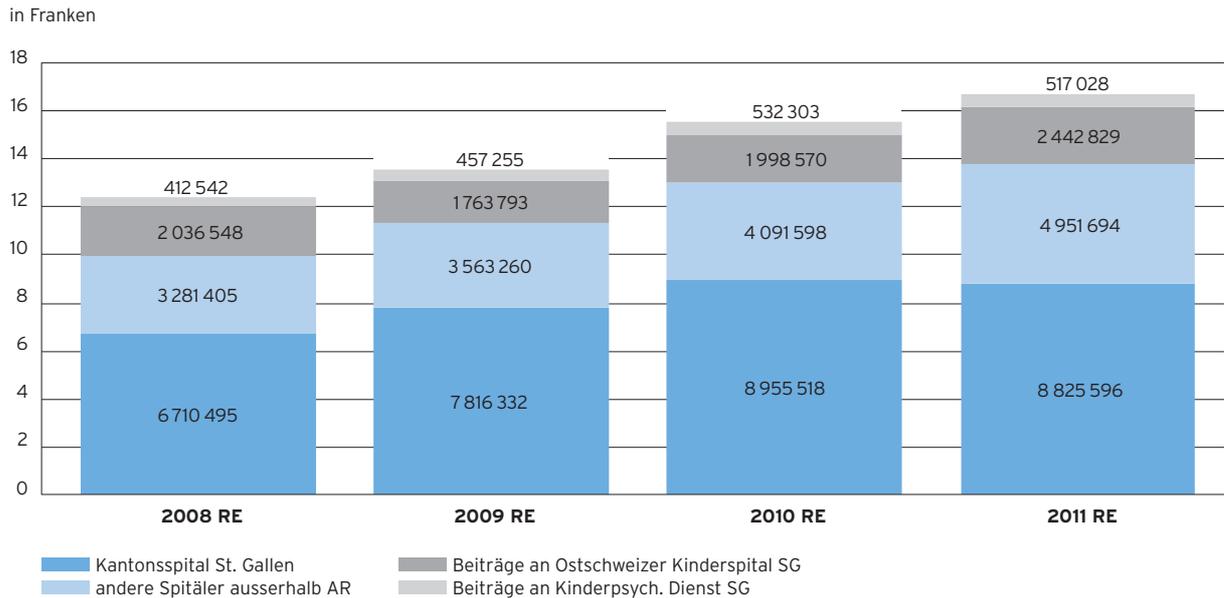


RE: Rechnung/ VA: Voranschlag

Quelle: Staatsrechnungen und Voranschläge von Appenzell Ausserrhoden, 2007 - 2012; Auswertung Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

Abb. 59 zeigt, dass vor allem die Ausgaben für ausserkantonale Behandlungen in den letzten Jahren stark zugenommen haben. Dabei muss festgestellt werden, dass Personen mit einem Wohnort im Mittelland sich überdurchschnittlich oft am Kantonsspital St.Gallen behandeln liessen und auch für einfachere stationäre Behandlungen weniger die kantonalen Spitäler Herisau oder Heiden aufsuchten. Der Mengeneffekt, aber auch die gestiegenen Kosten des Kantonsspitals St.Gallen haben den Ausgabenzuwachs beschleunigt, obwohl der Kanton bis Ende 2011, gestützt auf das Krankenversicherungsgesetz des Bundes, nur die Kosten von medizinisch bedingten Fällen oder von Notfallbehandlungen übernommen hat. Inwiefern sich die Patientenströme mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung verändern werden, bleibt abzuwarten. Im Voranschlag 2012 wird bei somatischen Kliniken nicht mehr zwischen inner- und ausserkantonaler Versorgung unterschieden, weshalb diese Zahlen fehlen.

Abb. 59: Kosten für ausserkantonale stationär behandelte Einwohnerinnen und Einwohner von Appenzell Ausserrhoden 2008 - 2011



RE: Rechnung

Quelle: Staatsrechnungen von Appenzell Ausserrhoden, 2008 - 2011; Auswertung Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

9.3.4 Gesundheitsförderung und Prävention

Die Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention sind seit 2008 mit rund 1.2 Mio. Franken in etwa konstant geblieben. Darin ist u. a. der Aufwand für die Fachstelle für Suchtberatung sowie für das Regierungsprogrammprojekt «Ausserrhoder Bündnis gegen Depression» integriert. Den Ausgaben stehen Einnahmen von rund 0.19 Mio. Franken entgegen. Diese Mittel stammen aus Quellen des Bundes (z.B. Tabakpräventionsfonds, Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, Spielbankenabgabe etc.), aber auch aus kantonalen Quellen (z.B. Lungenliga).

9.3.5 Verwaltung

Der Anstieg bei den Verwaltungskosten ist auf diverse gesetzliche Neuerungen auf Bundesebene (v.a. Teilrevision KVG und NFA) und auf kantonaler Ebene (v.a. totalrevidiertes Gesundheitsgesetz) zurückzuführen. Diese machten eine Organisationsentwicklung im Departement Gesundheit notwendig. Die neuen Aufgaben erforderten auch zusätzliche Ressourcen; zum Beispiel zur Vorbereitung und Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung ab 2012, aber auch für die Bewältigung der steigenden Zahl von rechtlichen Fragestellungen.

9.3.6 Übriger Aufwand (inkl. individuelle Prämienverbilligungen)

Die Veränderung im Bereich übriger Aufwand ist fast ausschliesslich auf die Entwicklung bei den individuellen Prämienverbilligungen zurückzuführen. Dieser Betrag (24-26 Mio. Franken) unterliegt teils erheblichen Schwankungen. Die individuelle Prämienverbilligung wird im Kapitel 9.5.4 im Detail betrachtet.

9.4 Gesundheitskosten Gemeinden

Nicht nur der Kanton trägt die Kosten des öffentlichen Gesundheitswesens; auch die Gemeinden kommen für bestimmte Gesundheitskosten auf. Im Folgenden wird auf die Langzeitpflege und die Spitexleistungen eingegangen. Nicht behandelt werden die Ausgaben der Gemeinden für Gesundheitsförderung und Prävention (z. B. Midnight Sports in Urnäsch), da diese Daten dem Kanton nicht zur Verfügung stehen.

9.4.1 Stationäre Langzeitpflege

Am 1. Januar 2011 ist das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (BBl 2004, 2775) in Kraft getreten. Der Kanton hat auf diesen Zeitpunkt seine Gesetzgebung an die bundesrechtlichen Vorgaben angepasst und aus zeitlichen Gründen, gestützt auf Art. 87 Abs. 4 der Verfassung des Kantons Appenzell Ausserrhoden vom 30. April 1995 (KVAR; bGS 111.1), die Vorläufige Verordnung über die Pflegefinanzierung (bGS 812.115) erlassen.

Abgesehen von der Einführung der neuen Leistung «Akut- und Übergangspflege» handelt es sich bei der Neuordnung der Pflegefinanzierung um eine Finanzierungsvorlage, mit der bei der stationären Langzeitpflege insbesondere die folgenden Neuerungen umgesetzt wurden:

- Die Beiträge der Krankenversicherer werden neu vom Bundesrat (schweizweit einheitlich) für jede der 12 Pflegebedarfsstufen festgelegt.
- Der Bewohnerin oder dem Bewohner eines Pflegeheims dürfen von den nicht durch die Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten maximal 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags überwält werden (Art. 25a Abs. 5 KVG). Dabei ist der Tarifschutz zu gewährleisten, was bedeutet, dass ungedeckte Pflegekosten nicht auf die Bewohnerinnen und Bewohner überwält werden dürfen (zum Beispiel als Aufwand für nicht KVG-pflichtige Leistungen oder als Teil des Pensionspreises).
- Die Kantone haben die Restfinanzierung der Pflegeleistungen (Art. 25a Abs. 5 KVG) zu regeln.

Abb. 60: Kostenarten und Kostenträger bei Heimaufenthalten

Kostenarten	Kostenträger Heimaufenthalt Finanzierung vor dem 1.1.2011	Kostenträger Heimaufenthalt Finanzierung ab dem 1.1.2011
Pensionspreis / Grundpauschale	Zu Lasten BewohnerIn: Pensionspreis / Grundpauschale (Zimmer, Verpflegung, Hauswirtschaft, allg. Grundleistungen, in einem Teil der Heime Investitionszuschläge)	Zu Lasten BewohnerIn: Pensionspreis / Grundpauschale (Zimmer, Verpflegung, Hauswirtschaft, allg. Grundleistungen, in einem Teil der Heime Investitionszuschläge)
Sonderleistungen	Zu Lasten BewohnerIn: Separat verrechnete Sonderleistungen	Zu Lasten BewohnerIn: Separat verrechnete Sonderleistungen
Nicht KVG-pflichtige Leistungen (Betreuung)	Zu Lasten BewohnerIn (Pauschale, enthielt de facto einen Teil der KVG-pflichtigen Leistungen)	Zu Lasten BewohnerIn
KVG-pflichtige Leistungen (Pflegetaxe)	Beitrag Obligatorische Krankenversicherung gemäss Vertrag zwischen santésuisse und Heimen (Curaviva)	Beitrag Obligatorische Krankenversicherung, schweizweit einheitlich, 12 Pflegebedarfsstufen
		Beitrag BewohnerIn an die Pflegekosten: Max. 20% des höchsten Beitrags der Krankenversicherung
Restfinanzierung der Pflegekosten	(ein Teil der Gemeinden deckte Defizite)	Beitrag öffentliche Hand: Restfinanzierung der Pflegekosten

Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

Zur Vorbereitung der Vorläufigen Verordnung über die Pflegefinanzierung wurde frühzeitig eine Expertenkommission eingesetzt, in der die Gemeinden, der Branchenverband Curaviva und der Finanzdirektor mitwirkten. Der Entwurf der Vorläufigen Verordnung wurde im Rahmen einer konferenziellen Vernehmlassung erörtert, an der die Gemeindepräsidentinnen und -präsidenten und die Verbände der Leistungserbringer teilgenommen haben.

Die für den Bereich Stationäre Langzeitpflege wichtigsten Regelungen der vom Regierungsrat erlassenen Verordnung über die Pflegefinanzierung sind:

- Der Regierungsrat legt jährlich die Höchstansätze der Pflegekosten in Franken je Pflegebedarf und Tag fest. Er kann den für die Ermittlung der Pflegekosten und der Betreuungskosten anrechenbaren Aufwand der Leistungserbringer und das anrechenbare Verhältnis zwischen Pflegekosten und Betreuungskosten in Prozenten festlegen.
- Die versicherte Person trägt die Kosten für nicht-pflegerische Leistungen und leistet einen Beitrag an die von den Sozialversicherungen nicht gedeckten Pflegekosten. Der Beitrag entspricht dem nach Bundesrecht zulässigen Maximum.
- Die verbleibenden Pflegekosten werden durch die Gemeinde getragen. Bei Aufenthalten in ausserkantonalen Pflegeheimen ist der Gemeindebeitrag auf diejenigen verbleibenden Restkosten beschränkt, welche bei einem Aufenthalt in einem Ausserrhoder Pflegeheim entstehen würden.

Der Regierungsrat hat auf Empfehlung des Amts für Soziale Einrichtungen und des Branchenverbands Curaviva das anrechenbare Verhältnis zwischen Pflegekosten und Betreuungskosten auf 80 % zu 20 % festgelegt und aufgrund von Kostenschätzungen des Amts für Soziale Einrichtungen die Höchstansätze der Pflegekosten je Kalendertag für die Jahre 2011 und 2012 wie folgt festgelegt:

Tabelle 15: Höchstansätze der Pflegekosten je Kalendertag für die Jahre 2011 und 2012

Höchstansätze Pflegekosten in CHF	Pflegestufen											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	9.60	25.60	41.60	57.60	77.60	97.60	117.60	137.60	157.60	177.60	197.60	217.60

Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhodon, 2012

Die Finanzierung der Pflegekosten setzt sich zusammen aus Beiträgen der Krankenversicherer, der Bewohnerinnen und Bewohner und der Gemeinden:

Tabelle 16: Zusammensetzung der Finanzierung der Pflegekosten je Kalendertag 2011 und 2012

Pflegestufen	Höchstansätze Pflegekosten	Beitrag Krankenversicherer	Beitrag BewohnerIn	Beitrag Gemeinde (Restkosten)
1	9.60	9.00	0.60	0.00
2	25.60	18.00	7.60	0.00
3	41.60	27.00	14.60	0.00
4	57.60	36.00	21.60	0.00
5	77.60	45.00	21.60	11.00
6	97.60	54.00	21.60	22.00
7	117.60	63.00	21.60	33.00
8	137.60	72.00	21.60	44.00
9	157.60	81.00	21.60	55.00
10	177.60	90.00	21.60	66.00
11	197.60	99.00	21.60	77.00
12	217.60	108.00	21.60	88.00

Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhodon, 2012

9.4.1.1 Ein Jahr nach Beginn der Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung: Erste Erfahrungen und Ausblick

- Bei Heimbewohnerinnen und -bewohnern aus Appenzell Ausserrhodon, die in innerkantonalen Pflegeheimen wohnten, musste im ersten Quartal 2011 in relativ vielen Fällen geklärt werden, welche Gemeinde für die Finanzierung der Restkosten der Pflege zuständig ist. Heimeintritte, die nach dem 1.1.2011 erfolgten, verursachten hingegen keine Probleme.
- Schwierigkeiten bereitete in mehreren Fällen die Finanzierung der Heimaufenthalte von Ausserrhoderinnen und Ausserrhodern in ausserkantonalen Pflegeheimen, weil dort die Beiträge der öffentlichen Hand meistens deutlich höher sind als diejenigen, die die Ausserrhoder Gemeinden übernehmen müssen. Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren GDK wird im Frühjahr 2012 erste Vorschläge zur Lösung dieses gesamtschweizerisch ungelösten Problems vorlegen.

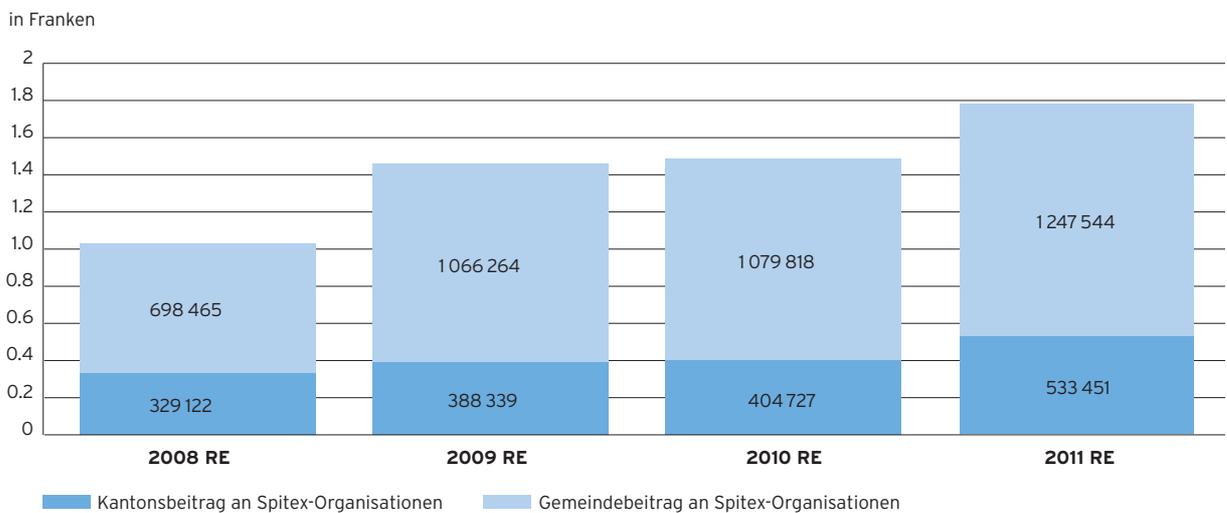
- In vielen Gemeinden zeichnete sich bereits früh ab, dass die Ausgaben für die Pflegefinanzierung höher sein werden als budgetiert, was teilweise darauf zurückzuführen ist, dass zum Zeitpunkt der Budgetierung nicht bekannt war, wie viele Einwohnerinnen und Einwohner sich in ausserkantonalen Heimen aufhalten. In weiteren Fällen mussten Heimbewohnerinnen und -bewohner mit vermeintlich ausserkantonalem Wohnsitz als Personen mit innerkantonalem Wohnsitz anerkannt werden. Über die tatsächlichen Kosten der Pflegefinanzierung können erst nach der Revision der Heimrechnungen durch das Amt für Soziale Einrichtungen und dem Vorliegen der Gemeinderechnungen verlässliche Aussagen gemacht werden.
- Die Ausserrhoder Pflorgetarife gehören zu den tiefsten in der Schweiz. Der Branchenverband Curaviva hat in einem Schreiben an das Departement Gesundheit deutlich festgehalten, dass die Pflegeheime ab 2013 höhere Tarife erwarten, die nicht mehr normativ festgelegt und für alle Heime einheitlich sind, sondern aus dem tatsächlichen Aufwand der einzelnen Heime abgeleitet werden sollen.

9.4.2 Spitex

Die Kosten der Spitex werden zum einen Teil von den Krankenversicherungen und den Leistungsnutzenden bezahlt, zum anderen Teil beteiligen sich die Gemeinden an den Betreuungskosten. Der Kanton unterstützt Spitex-Organisationen ebenfalls finanziell. Der Kantonsanteil an der Finanzierung durch die öffentliche Hand beträgt seit dem Jahr 2008 rund 30 %.

Die Kosten für die öffentliche Hand, insbesondere die Gemeinden, sind in den letzten Jahren deutlich angestiegen. Denn der demografische Wandel macht sich auch beim Wachstum der pflegerischen Leistungen bemerkbar. Positiv für die Bevölkerung ist, dass ein verbessertes Spitex-Angebot es den pflegebedürftigen Menschen erlaubt, möglichst lange in der eigenen Wohnung zu bleiben.

Abb. 61: Kosten der Gemeinden für Spitex-Leistungen von Ausserrhoder Einwohnerinnen und Einwohnern 2008 - 2011



RE: Rechnung

Quelle: Staatsrechnungen von Appenzell Ausserrhoden, 2008 - 2011; Auswertung Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2012

9.5 Kosten- und Prämienentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

In diesem Abschnitt wird die Kostenentwicklung brutto⁸² in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP (alle Leistungen, die von der OKP bezahlt werden) von 2003 bis 2010 dargestellt. Die Zahlen des Kantons Appenzell Ausserrhoden werden mit gesamtschweizerischen und regionalen Zahlen verglichen. Untersucht werden Leistungserbringer und Leistungsarten sowie die Pro-Kopf-Kosten.

Es ist anzumerken, dass die in diesem Kapitel dargestellte Kostenzunahme in Appenzell Ausserrhoden tendenziell zu tief ausgewiesen ist. In den Jahren 2003 bis 2009 wurden verschiedene Versicherer, die vor allem Personen mit unterdurchschnittlichen Kosten verwalten, nicht erfasst.

Die Daten sind bereits im Bericht «Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden - Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007»⁸³ enthalten und wurden von Obsan für den Gesundheitsbericht 2012 aktualisiert.

9.5.1 OKP-Kosten in Appenzell Ausserrhoden

Die OKP-Kosten in Appenzell Ausserrhoden sind zwischen 2003 und 2010 von 104.4 Mio. Franken auf 134.6 Mio. Franken angestiegen (siehe Tabelle 17). Dies entspricht einer jährlichen durchschnittlichen Zunahme von 3.7%. In der gleichen Zeitspanne sind die gesamtschweizerischen Kosten von 18.2 Milliarden Franken auf 24.2 Milliarden Franken oder um jährlich 4.2% gestiegen (siehe Tabelle 18). Appenzell Ausserrhoden weist also ein deutlich geringeres Kostenwachstum aus als der Schweizer Durchschnitt. Im Jahr 2009 sind die gesamten Bruttokosten in Ausserrhoden mit 7.0% am stärksten gestiegen, im Jahr 2006 war dagegen ein Kostenrückgang zu verzeichnen.

Zu den einzelnen Kostenbereichen:

Die stationären Spitalleistungen stiegen in Appenzell Ausserrhoden zwischen 2003 und 2010 durchschnittlich um 2.8% jährlich, im Schweizer Durchschnitt um 4.2%.

Die ambulanten bzw. teilstationären Spitalleistungen sind ebenfalls gestiegen (CH 7.4%; AR 7.0%). Bei dieser Leistungsart fällt in Appenzell Ausserrhoden vor allem der Kostenanstieg im Jahr 2005 ins Gewicht: Aufgrund der Tarmed-Einführung im Jahr 2004 wurden im ambulanten Spitalbereich Rechnungen zurückbehalten, die im Jahr 2005 nachfakturiert wurden und den Kostenanstieg von 23.4% zum Teil erklären. Ein weiterer Teil dieses Wachstums kann mit der Verlagerung von Leistungen der Belegärzte und Belegärztinnen erklärt werden, die ihre Leistungen immer öfter über das Spital statt über die private Praxis abrechnen.

Die Kosten der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte sind in Appenzell Ausserrhoden zwischen 2003 und 2010 nur geringfügig gestiegen. Die Arztbehandlungen haben um 0.7% zugenommen (CH 2.6%). Ein jährlicher Kostenanstieg von 2.3% (CH 3%) entfällt dagegen auf die abgegebenen Medikamente.

Die höchste jährliche Wachstumsrate findet sich in Appenzell Ausserrhoden mit 8.4% im Spitexbereich (CH 7.2%), der vor allem seit 2006 deutlich zunimmt. Aufgrund der geringen absoluten Werte schlägt der Spitexbereich allerdings wenig zu Buche.

In Appenzell Ausserrhoden haben ferner die Kosten für Leistungen von Apotheken und Abgabestellen MiGeL⁸⁴ mit 7.9% deutlich mehr zugenommen als in der Schweiz (3.1%). Ein überdurchschnittlicher Kostenanstieg von 5.0% (CH: 3.3%) ist ebenfalls in den Pflegeheimen zu verzeichnen.

82 d. h. Kosten inkl. Kostenbeteiligung der versicherten Personen

83 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium et al., 2010

84 Liste der Mittel und Gegenstände (MiGeL) z.B. Krücken, etc.

Tabelle 17: Bruttokosten in der OKP nach Gruppen von Leistungserbringern und Leistungsarten Appenzell Ausserrhoden 2003 - 2010 (hochgerechnet, in Mio. CHF)

Leistungserbringer	Leistungsarten	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Anteil am Total 2010 in %	Jahres-durchschnittliche Veränderung in %
Spitäler	Stationäre Leistungen	27.2	28.8	27.7	28.0	29.3	29.7	32.8	32.9	24.5 %	2.8 %
	Ambulante/teilstationäre Leistungen	15.2	15.4	19.0	17.6	19.6	20.6	22.8	24.4	18.2 %	7.0 %
	Total Leistungen Spitäler	42.3	44.2	46.8	45.6	48.9	50.3	55.6	57.4	42.6 %	4.4 %
Ärzte / Ärztinnen	Behandlungen	23.8	22.4	21.7	22.5	22.6	24.5	25.1	24.9	18.5 %	0.7 %
	Medikamente	16.2	16.9	17.5	17.4	17.7	19.0	20.0	19.0	14.1 %	2.3 %
	Übrige Leistungen Ärzte/Ärztinnen	0.8	2.7	3.8	3.5	3.9	3.7	3.8	3.4	2.5 %	24.0 %
	Total Leistungen Ärzte/Ärztinnen	40.8	42.0	43.0	43.4	44.2	47.2	48.9	47.3	35.2 %	2.2 %
Pflegeheime		9.0	10.1	10.8	10.7	10.9	11.6	12.2	12.7	9.4 %	5.0 %
Apotheken und Abgabestellen MiGeL		3.4	3.4	3.9	4.0	4.5	5.0	5.4	5.8	4.3 %	7.9 %
Physiotherapeuten/-therapeutinnen		2.3	2.3	2.4	2.6	2.6	2.8	2.7	2.9	2.1 %	3.5 %
Spitex-Organisationen		1.5	1.5	1.4	1.6	2.0	2.0	2.5	2.7	2.0 %	8.4 %
Laboratorien		1.9	1.8	1.8	1.7	1.9	1.9	2.1	2.3	1.7 %	3.1 %
Übrige Leistungserbringer		3.2	3.1	3.2	3.1	3.6	3.6	3.6	3.6	2.7 %	1.7 %
Total		104.4	108.3	113.5	112.8	118.6	124.4	133.1	134.6	100.0 %	3.7 %

Quelle: Datenpool santésuisse; Auswertung Obsan, 2011

Datenstand: 2003 - 2005: 25.04.2008, 2006 - 2009: 26.06.2011; 2010: 10.08.2011

Tabelle 18: Bruttokosten in der OKP nach Gruppen von Leistungserbringern und Leistungsarten ganze Schweiz 2003 - 2010 (hochgerechnet, in Mio. CHF)

Leistungserbringer	Leistungsarten	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Anteil am Total 2010 in %	Jahres-durchschnittliche Veränderung in %
Spitäler	Stationäre Leistungen	4 195	4 700	4 915	4 976	5 205	5 302	5 539	5 593	23.1 %	4.2 %
	Ambulante/teilstationäre Leistungen	2 492	2 469	2 968	2 955	3 191	3 548	3 818	4 094	16.9 %	7.4 %
	Total Leistungen Spitäler	6 687	7 168	7 882	7 931	8 396	8 850	9 356	9 687	40.0 %	5.4 %
Ärzte / Ärztinnen	Behandlungen	4 160	4 117	4 120	4 215	4 377	4 657	4 795	4 963	20.5 %	2.6 %
	Medikamente	1 287	1 356	1 416	1 406	1 450	1 546	1 604	1 582	6.5 %	3.0 %
	Übrige Leistungen Ärzte/Ärztinnen	118	417	562	520	570	547	538	485	2.0 %	22.4 %
	Total Leistungen Ärzte/Ärztinnen	5 564	5 889	6 098	6 141	6 397	6 750	6 937	7 029	29.0 %	3.4 %
Pflegeheime		1 442	1 446	1 541	1 615	1 674	1 730	1 797	1 812	7.5 %	3.3 %
Apotheken und Abgabestellen MiGeL		2 670	2 825	2 910	2 941	3 031	3 165	3 299	3 308	13.7 %	3.1 %
Physiotherapeuten/-therapeutinnen		458	471	493	503	525	544	559	591	2.4 %	3.7 %
Spitex-Organisationen		325	356	379	410	444	474	504	530	2.2 %	7.2 %
Laboratorien		440	459	476	444	475	521	525	547	2.3 %	3.2 %
Übrige Leistungserbringer		575	618	624	660	677	699	707	716	3.0 %	3.2 %
Total		18 161	19 233	20 404	20 646	21 618	22 732	23 685	24 220	100.0 %	4.2 %

Quelle: Datenpool santésuisse; Auswertung Obsan, 2011

Datenstand: 2003 - 2005: 25.04.2008, 2006 - 2009: 26.06.2011; 2010: 10.08.2011

9.5.2 OPK-Kosten pro versicherte Person

Tabelle 19 zeigt die durchschnittlichen OKP-Kosten pro versicherte Person im ambulanten und stationären Bereich nach Geschlecht, Alter und Regionen auf. Im Jahr 2010 liegen die Pro-Kopf-Kosten in Appenzell Ausserrhoden mit 2 510 Franken deutlich tiefer als in den Vergleichsregionen. In der Gesamtschweiz werden im gleichen Jahr 595 Franken mehr pro versicherte Person ausgegeben.

Gut ein Drittel der Pro-Kopf-Kosten wird in Appenzell Ausserrhoden für stationäre Leistungen ausgegeben (2010: 850 Franken), zwei Drittel für ambulante Leistungen (1 660 Franken). Die Frauen haben im Jahr 2010 zwischen 28.7 % (ambulant) und 43.2 % (stationär) hö-

here Kosten als die Männer.⁸⁵ Der Geschlechterunterschied bei den ambulanten Kosten hat sich seit 2007 verringert, im stationären Bereich aber zugenommen. Je älter die versicherte Person ist, umso höhere Pro-Kopf-Kosten werden ausgewiesen. So kostet eine unter 15-jährige Person im Jahr 2010 747 Franken, während eine über 66-jährige Person Durchschnittskosten von 6 624 Franken ausweist. Die Kostenunterschiede zwischen Jung und Alt sind im stationären Bereich markant. Vor allem in der höchsten Altersgruppe werden vermehrt stationäre Leistungen in Anspruch genommen: Hier macht der Anteil der stationären Leistungen an den gesamten Pro-Kopf-Kosten 44.8 % aus (inkl. Pflegeheime), bei Kindern 17.8 %.

Beim Vergleich der OKP-Kosten fällt auf, dass Appenzell Ausserrhoden geringere Kosten pro Kopf ausweist als der Schweizer Durchschnitt, wobei die relativen Unterschiede im ambulanten Bereich grösser sind als im stationären Bereich. Eine Ausnahme bildet die Altersgruppe der bis 15-Jährigen: Hier sind die stationären Kosten in Appenzell Ausserrhoden geringfügig höher als im Schweizer Durchschnitt.

Tabelle 19: Ambulante und stationäre OKP-Pro-Kopf-Kosten nach Geschlecht, Altersgruppen und Region, Appenzell Ausserrhoden und Schweiz 2010 [2007] (in CHF)

		Ambulant		Stationär		Total	
		AR	CH	AR	CH	AR	CH
Total		1 660 [1 467]	2 155 [1 950]	850 [754]	949 [910]	2 510 [2 222]	3 105 [2 860]
Geschlecht	Frauen	1 869 [1 665]	2 445 [2 212]	1 001 [877]	1 107 [1 064]	2 870 [2 543]	3 552 [3 276]
	Männer	1 452 [1 269]	1 857 [1 678]	699 [630]	786 [750]	2 151 [1 899]	2 643 [2 429]
Altersgruppen	0–15 Jahre	614 [530]	792 [738]	133 [109]	131 [139]	747 [639]	924 [877]
	16–35 Jahre	908 [754]	1 154 [1 049]	331 [319]	369 [361]	1 239 [1 073]	1 523 [1 410]
	36–50 Jahre	1 321 [1 225]	1 749 [1 584]	439 [438]	452 [438]	1 759 [1 663]	2 201 [2 022]
	51–65 Jahre	2 107 [1 946]	2 820 [2 632]	744 [683]	884 [873]	2 851 [2 629]	3 704 [3 506]
	66+ Jahre	3 659 [3 270]	4 871 [4 428]	2 964 [2 584]	3 460 [3 373]	6 624 [5 854]	8 330 [7 801]
Regionaler Vergleich	Schweiz	2 155 [1 950]		949 [910]		3 105 [2 860]	
	Appenzell Ausserrhoden	1 660 [1 467]		850 [754]		2 510 [2 222]	
	Aargau	1 953 [1 746]		882 [825]		2 835 [2 571]	
	Bern	2 132 [1 911]		1 190 [1 176]		3 323 [3 087]	
	Jura	2 193 [1 904]		1 144 [949]		3 337 [2 853]	
	Luzern	1 769 [1 568]		881 [809]		2 650 [2 378]	
	Schwyz	1 831 [1 642]		805 [772]		2 636 [2 414]	
	Uri	1 703 [1 537]		847 [831]		2 550 [2 368]	
	Grossregion Ostschweiz	1 804 [1 615]		861 [805]		2 665 [2 421]	
	Deutschschweiz	2 040 [1 828]		953 [907]		2 994 [2 735]	
	Französische Schweiz	2 464 [2 251]		897 [880]		3 361 [3 131]	

Quelle: Datenpool santésuisse; Auswertung Obsan, 2011

Datenstand: 10.08.2011

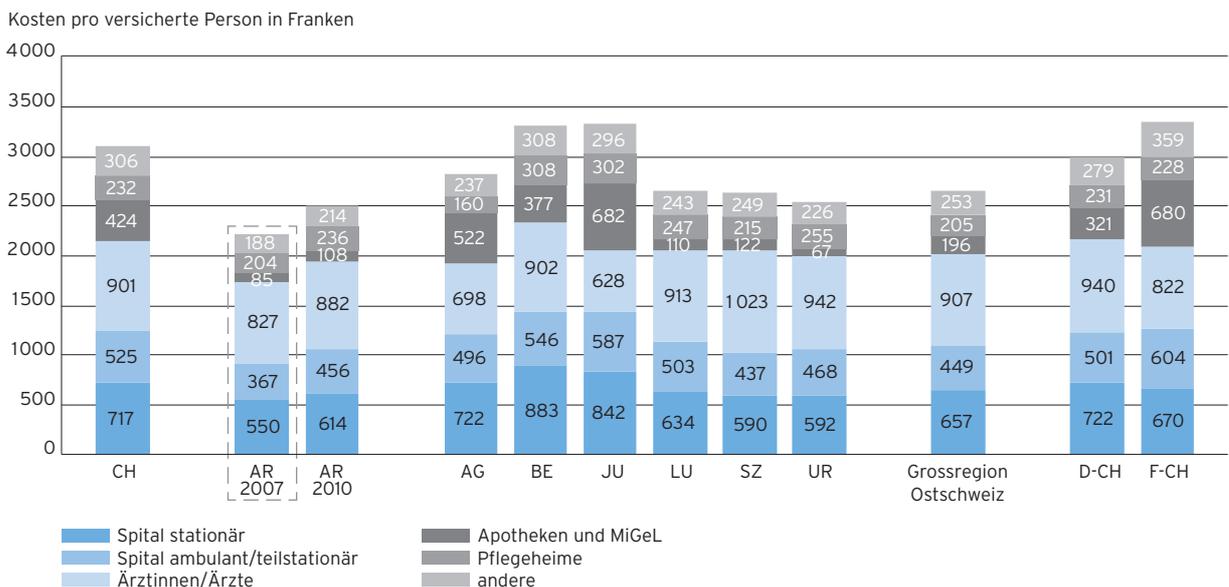
Abb. 62 zeigt die Aufteilung der Kosten pro versicherte Person nach Gruppen von Leistungserbringern. Grosse regionale Unterschiede gibt es bei den Arztkosten und in der Kategorie Apotheken und Abgabestellen MiGeL. Letzteres ist auf unterschiedliche kantonale Gesetzgebungen zur Medikamentenabgabe zurückzuführen. So ist der Medikamentenverkauf durch die Ärzteschaft (Selbstdispensation) in den Deutschschweizer Kantonen weiter verbreitet

⁸⁵ Camenzind und Meier (2004) weisen darauf hin, dass Frauen im OKP-Bereich zwar mehr Leistungen beziehen als Männer, dass die Differenz zu Lasten der Frauen aber zu einem grossen Teil auf ihre längere Lebenserwartung sowie die Kosten für Schwangerschaft und Geburt zurückzuführen ist.

als in der französischsprachigen Schweiz. Deshalb fallen die Kostenanteile in der Kategorie Apotheken und MiGeL in der Romandie entsprechend höher aus.

Die OKP-Kosten in Appenzell Ausserrhodon liegen in allen Gruppen von Leistungserbringern unter dem Schweizer Durchschnitt, mit Ausnahme des Pflegeheimbereichs. Die grössten Kostenunterschiede zwischen den Kantonen sind im Bereich der Apotheken und Abgabestellen, die geringsten im Bereich der Arztkosten zu beobachten. Zusammen mit der Grossregion Ostschweiz sowie den Zentralschweizer Kantonen verzeichnet Appenzell Ausserrhodon unterdurchschnittliche Kosten pro versicherte Person im Spitalbereich (1070 Franken). Auch in der Kategorie «andere Leistungserbringer» fallen die Kosten in Appenzell Ausserrhodon unterdurchschnittlich aus. Gut zwei Drittel der Leistungen dieser Kategorie werden durch Physiotherapeuten/-therapeutinnen, Laboratorien und Spitex-Organisationen erbracht.

Abb. 62: Aufteilung der OKP-Pro-Kopf-Kosten nach Leistungserbringergruppen und Region 2010 (in CHF)



Quelle: Datenpool santésuisse; Auswertung Obsan, 2011
 Datenstand: 10.08.2011

Von besonderem Interesse sind die Kostenangaben zu den abgegebenen Medikamenten. Insgesamt ergeben sich in Appenzell Ausserrhodon Medikamentenkosten von 452 Franken pro Person (siehe Tabelle 20). Dieser Betrag liegt deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt von 611 Franken. Dies ist insofern erwähnenswert, weil im Kanton die Selbstdispensation von Medikamenten durch Ärztinnen und Ärzte möglich ist; nur rund 20 % der Medikamente werden über Apotheken abgerechnet.

Tabelle 20: Abgegebene Medikamente in Arztpraxen und Apotheken 2010 (in CHF)

	CH	AR	AG	BE	JU	LU	SZ	UR	Grossregion Ostschweiz	D-CH	F-CH
Medikamente Arztpraxis	203	355	86	251	50	391	385	395	327	269	44
Apotheken	409	97	505	359	661	96	110	54	183	307	661
Total Medikamente	611	452	591	610	711	488	495	449	510	576	705

Quelle: Datenpool santésuisse; Auswertung Obsan, 2011
 Datenstand: 10.08.2011

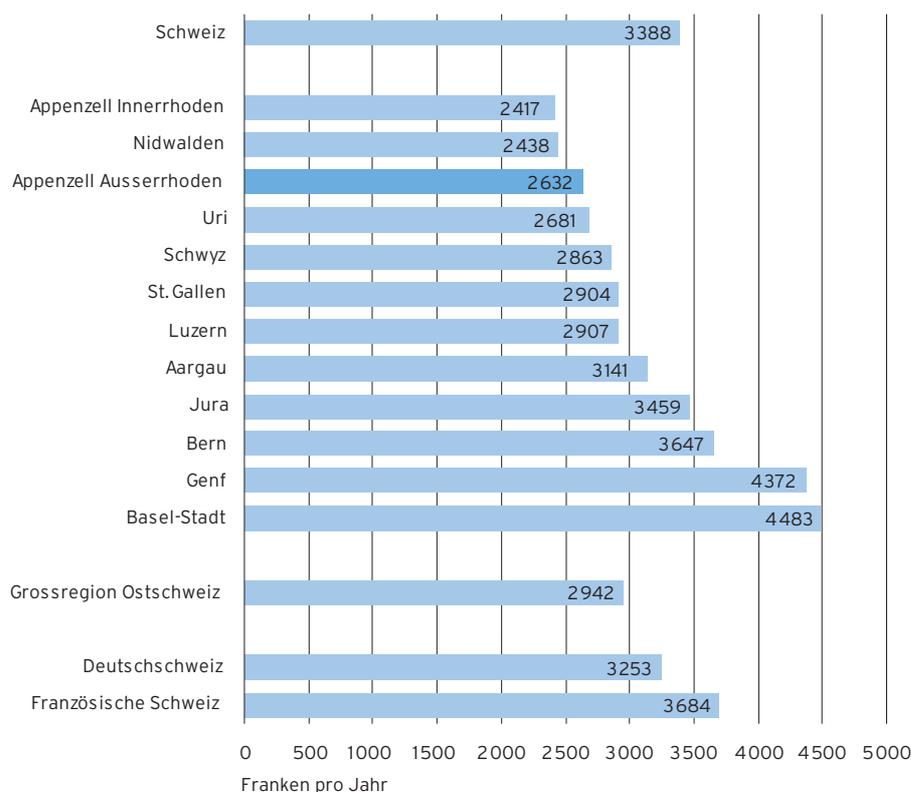
9.5.3 Prämienentwicklung der OKP

Die Prämien in der OKP (Grundversicherung) sind seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes KVG im Jahr 1996 kontinuierlich gestiegen. Die Prämienhöhe wird von den Versicherern innerhalb der - seit 2004 für alle Versicherer einheitlichen - Prämienregionen der Kantone festgelegt und anschliessend vom BAG genehmigt. Appenzell Ausserrhoden bildet eine einheitliche Prämienregion.

Im Jahr 2010 liegen die durchschnittlichen Krankenkassenprämien in Appenzell Ausserrhoden pro Person bei 2 632 Franken (siehe Abb. 63). Sie sind 756 Franken tiefer als in der Gesamtschweiz (3 388 Franken) und 621 Franken tiefer als in der Deutschschweiz (3 253 Franken). Appenzell Ausserrhoden weist zusammen mit Appenzell Innerrhoden und Nidwalden die tiefsten Prämien der Schweiz aus. Die höchsten Pro-Kopf-Prämien sind 2010 mit 4 483 Franken im Kanton Basel Stadt und im Kanton Genf (4 372 Franken) zu verzeichnen.

Vergleicht man die regionalen Prämien mit den regionalen Gesundheitskosten, so ergeben sich erwartungsgemäss übereinstimmende Muster: Die höchsten Kosten und Prämien fallen in der französischsprachigen Schweiz an, während die tiefsten Kosten und Prämien in den Zentralschweizer Kantonen und in der Ostschweiz zu verzeichnen sind.

Abb. 63: Pro-Kopf-Krankenkassenprämien nach Region 2010 (26-jährige und ältere Versicherte; in CHF)

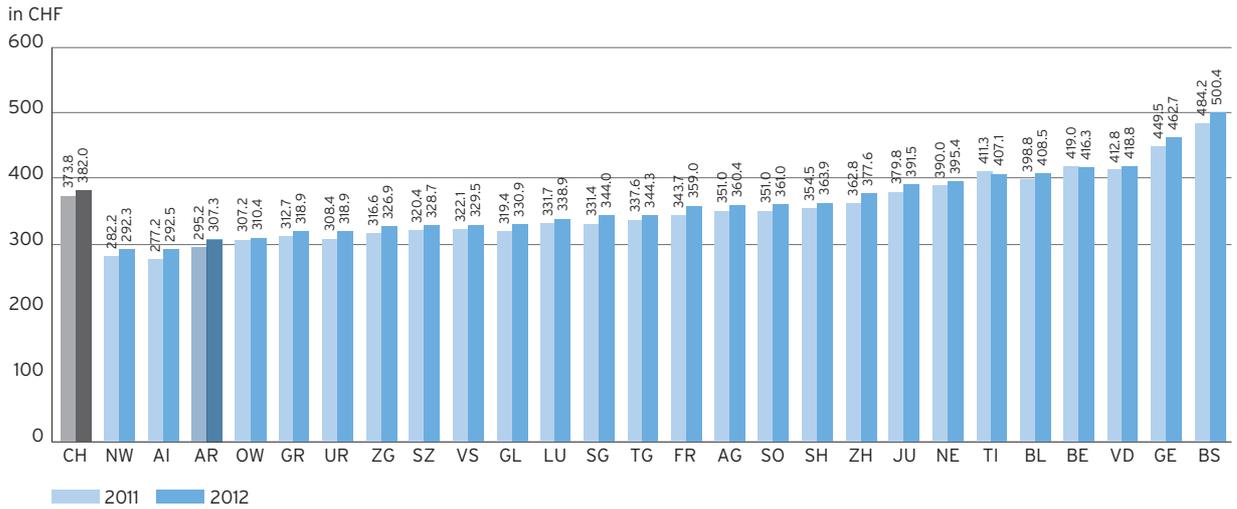


Quelle: Datenpool santésuisse; Auswertung Obsan, 2011

Datenstand: 10.08.2011

Abb. 64 zeigt, dass die Differenzen der Krankenkassenprämien zwischen den einzelnen Kantonen gross sind. Die Prämien in Appenzell Ausserrhoden gehören zu den tiefsten der Schweiz. Dies gilt auch für die Jahre 2011 und 2012. Nur im Nachbarkanton Appenzell Innerrhoden sind sie noch tiefer.

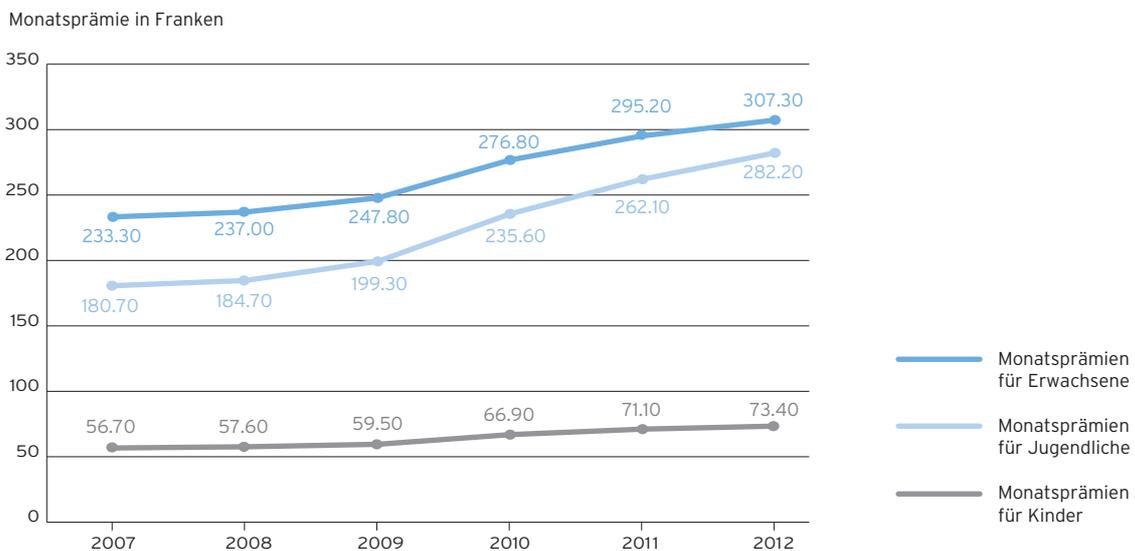
Abb. 64: Kantonale monatliche Durchschnittsprämien pro Prämienregion für Erwachsene 2011-2012 (26-jährige und ältere Versicherte; in CHF)



Quelle: BAG, Genehmigungsverfahren für Krankenversicherungsprämien, 2011

Auch wenn die absoluten Zahlen im Vergleich für Appenzell Ausserrhoden erfreulich sind, sind auch in diesem Kanton die Prämien in den letzten Jahren kräftig angestiegen. Die Zahlen seit 2007 zeigen, dass die Durchschnittsprämien für Erwachsene (26-jährig und älter) und junge Erwachsene (19-25 Jahre) ab 2009 markant angestiegen sind. Das Prämienwachstum hat sich in den Jahren 2011 und 2012 etwas abgeflacht. Geringer ist das Wachstum bei den Kinderprämien ausgefallen.

Abb. 65: Entwicklung der durchschnittlichen monatlichen Prämien in Appenzell Ausserrhoden 2007-2012



Quelle: BAG; Darstellung Department Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2011

9.5.4 Individuelle Prämienverbilligung (IPV)

Die Krankenkassenprämien belasten Haushalte mit tieferem Einkommen im Allgemeinen besonders stark. Insbesondere das Finanzierungsmodell über Kopfprämien trifft die Einkommensschwächeren nochmals härter.

Das Schweizer Gesundheitssystem verfügt deshalb über einen Korrekturmechanismus. Die Prämienlast wird für einkommensschwächere Personen über individuelle Prämienverbilligungen reduziert. Damit werden die durch die Kopfprämie entstehenden sozialen Probleme im Gesundheitswesen entschärft. Gleichzeitig erhöhen die Transferzahlungen den administrativen Aufwand. Allein die Administration der Prämienverbilligung kostet Appenzell Ausserrhoden jährlich rund 430 000 Franken (siehe Tabelle 21).

Die Beiträge zur Prämienverbilligung sind in Appenzell Ausserrhoden seit 2004 mehr oder weniger kontinuierlich gestiegen. Die Auswirkungen auf den Kantonshaushalt haben sich hingegen erheblich verändert. Aufgrund der deutlich gesunkenen Bundesbeiträge an die Prämienverbilligung seit 2008 und des Wegfalls der Gemeindebeiträge seit 2010 hat sich der über kantonale Steuern finanzierte Teil der Prämienverbilligung im Vergleich zu 2008/2009 mehr als verdoppelt.

Die Zahl der Leistungsbeziehenden hat sich von 2008 bis 2010 etwas reduziert, was auf die verbesserte wirtschaftliche Lage zurückzuführen ist. Anspruch auf Prämienverbilligungen haben zwischen 25 % und 30 % der Ausserrhoder Bevölkerung.

Die Entwicklung der Prämienverbilligung in Appenzell Ausserrhoden sieht wie folgt aus:

Tabelle 21: Prämienverbilligung in Appenzell Ausserrhoden 2004 - 2012 (in CHF)

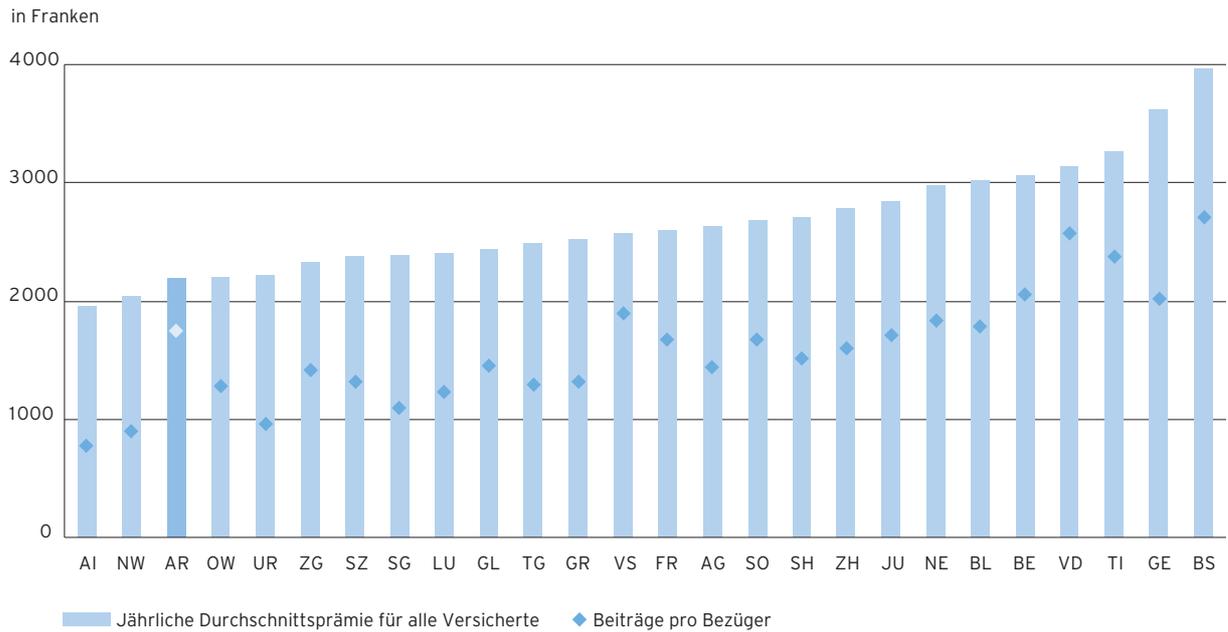
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	VA 2012
Beiträge an Verbilligungen Krankenkassenprämien	20 746 823	22 122 924	23 609 771	24 188 019	23 375 700	24 506 562	23 915 785	25 932 329	26 000 000
Verwaltungskosten	360 000	377 398	384 822	488 730	447 985	360 994	435 133	425 330	400 000
Bundesbeiträge	-16 340 095	-17 432 660	-18 690 655	-19 148 425	-12 286 569	-12 446 296	-13 426 475	-14 256 617	-14 910 800
Gemeindebeiträge	4 406 728	4 690 266	4 919 116	5 039 598	-5 544 564	-6 030 132	-	-	-
Aufwand NETTO	9 173 456	9 757 928	10 223 054	10 567 922	5 992 552	6 391 128	10 924 443	12 101 042	11 489 200
Anzahl Bezüger von IPV	12 611	13 480	12 719	13 604	14 554	-	-	-	-
Anzahl EL-Bezüger	1 410	1 474	1 485	1 522	1 550	-	-	-	-
Anzahl Leistungsempfänger	14 021	14 954	14 204	15 126	16 104	15 385	13 689	13 858	-
Wohnbevölkerung gemäss statistischen Angaben BFS	52 841	52 561	52 509	52 654	53 054	53 043	53 017	- (1)	-
Anteil in Prozenten	26.5 %	28.5 %	27.1 %	28.7 %	30.4 %	29.0 %	25.8 %	-	-

(1) Zahlen der Bevölkerungsstatistik 2011 werden vom BFS etwa im August 2012 veröffentlicht.

Quelle: Department Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2011

Schweizweite Vergleichszahlen aus dem Jahr 2010 zeigen (siehe Abb. 66), dass anspruchsberechtigte Personen in Appenzell Ausserrhoden einen leicht überdurchschnittlichen Prämienverbilligungsbeitrag erhalten haben.

Abb. 66: Prämienverbilligungsbeiträge pro Bezüger und kantonale jährliche Durchschnittsprämien im Jahr 2010 (in CHF)



Anmerkung: Die Zahlen bilden den Durchschnitt über alle Prämienzahlerinnen und -zahler und über alle Franchisemodelle.

Quelle: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung (G 4c), 2010

9.5.5 Veränderungen bei der Wahl des Prämienmodells

Trotz steigender Krankenkassenprämien werden Sparmöglichkeiten von den Prämienzahlenden nicht vollumfänglich ausgenutzt. Mit dem Wechsel zu einem günstigeren Grundversicherer oder der Wahl einer höheren Franchise können Prämien gespart werden, wie die folgende Tabelle 22 zeigt.

Die Durchschnittsprämie 2010 der 26-jährigen und älteren Versicherten variiert in Appenzell Ausserrhoden je nach Versicherungsmodell zwischen 1598 und 3187 Franken. Die tiefsten Durchschnittsprämien haben Versicherte, die ein Versicherungsmodell mit Telemedizin sowie hohen Franchisen (je höher die gewählte Franchise, desto tiefer die Prämie) gewählt haben. Versicherte mit Managed-Care-Modellen haben ebenfalls niedrigere Prämien als Versicherte mit einem Standardmodell.

Tabelle 22: Durchschnittliche Pro-Kopf-Krankenkassenprämien nach OKP-Modell für Appenzell Ausserrhoden und die Schweiz 2010 (26-jährige und ältere Versicherte, in CHF)

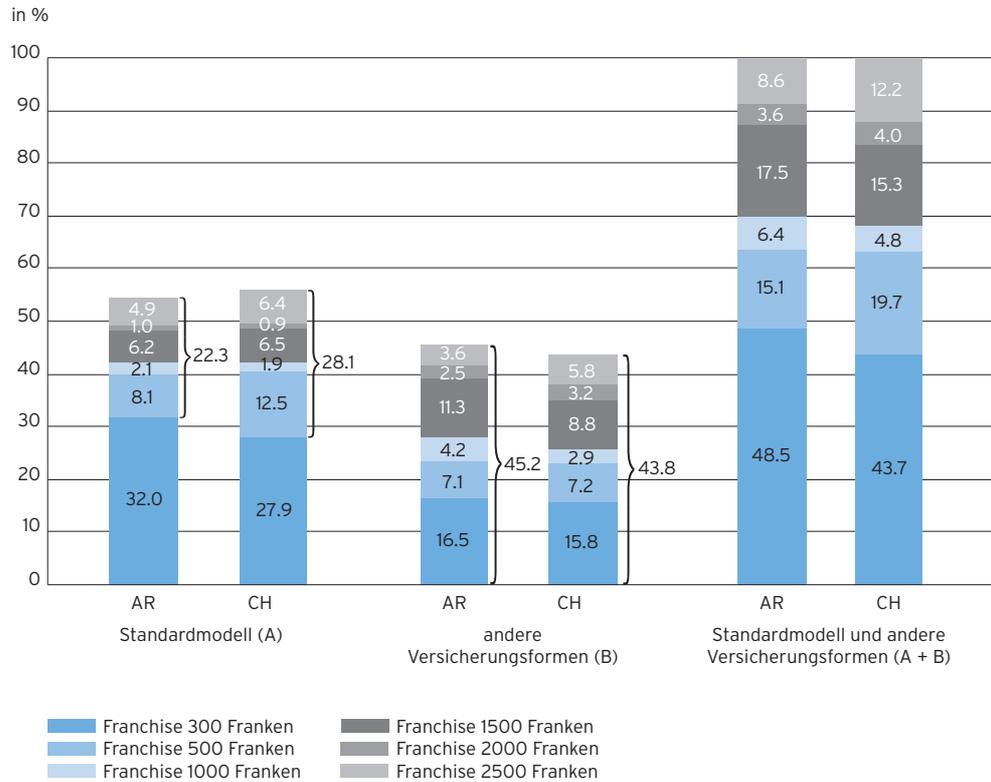
OKP-Modell	Franchise	Durchschnittsprämie		Anteil der Versicherten	
		AR	CH	AR	CH
Standardmodell gemäss KVG	Ordentliche Franchise (300 CHF)	3187	4095	32.0%	27.9%
	Tiefe Franchise (500 CHF)	3081	4070	8.1%	12.5%
	Mittlere Franchise (1000/1500 CHF)	2326	3186	8.4%	8.4%
	Hohe Franchise (2000/2500 CHF)	1744	2449	6.0%	7.2%
	Total	2880	3741	54.4%	56.0%
Managed-Care-Modell mit Capitation	Ordentliche Franchise (300 CHF)	2737	3381	3.6%	2.1%
	Tiefe Franchise (500 CHF)	2519	3232	1.4%	0.7%
	Mittlere Franchise (1000/1500 CHF)	1885	2453	3.6%	1.6%
	Hohe Franchise (2000/2500 CHF)	1682	2284	1.0%	0.8%
	Total	2275	2908	9.6%	5.3%
Managed-Care-Modell mit Einzelleistungsfakturierung	Ordentliche Franchise (300 CHF)	2830	3444	10.5%	11.7%
	Tiefe Franchise (500 CHF)	2597	3337	4.6%	5.6%
	Mittlere Franchise (1000/1500 CHF)	2037	2576	9.0%	8.4%
	Hohe Franchise (2000/2500 CHF)	1690	2182	3.2%	6.0%
	Total	2397	2960	27.4%	31.8%
Versicherungsmodelle mit Telemedizin	Ordentliche Franchise (300 CHF)	2753	3554	2.2%	1.6%
	Tiefe Franchise (500 CHF)	2611	3451	0.9%	0.8%
	Mittlere Franchise (1000/1500 CHF)	2016	2747	2.5%	1.5%
	Hohe Franchise (2000/2500 CHF)	1598	2237	1.7%	1.6%
	Total	2218	2945	7.3%	5.4%
Bonusversicherung	Ordentliche Franchise (300 CHF)	2218	2872	0.1%	0.1%
Total	Ordentliche Franchise (300 CHF)	3053	3858	48.5%	43.7%
	Tiefe Franchise (500 CHF)	2847	3800	15.1%	19.7%
	Mittlere Franchise (1000/1500 CHF)	2111	2832	23.9%	20.1%
	Hohe Franchise (2000/2500 CHF)	1709	2309	12.1%	16.2%
	Total	2632	3388	100.0%	100.0%

Anmerkung: Begriffserklärungen siehe Glossar

Quelle: Datenpool santésuisse; Auswertung Obsan, 2011

In Appenzell Ausserrhoden hat im Jahr 2010 fast jeder dritte Erwachsene (32.0 %) ein Standardmodell mit einer Franchise von 300 Franken gewählt (siehe Abb. 67), mehr als im Schweizer Mittel (27.9 %). Für ein Standardmodell mit höheren Franchisen haben sich in Appenzell Ausserrhoden 22.3 % der Versicherten entschieden (CH 28.1%). 45.2 % der Ausserrhoder Bevölkerung haben im Jahr 2010 ein Alternativmodell gewählt (CH 43.8 %).

Abb. 67: Verteilung der Franchisen im Standardmodell sowie in den anderen Versicherungsformen in Appenzell Ausserrhoden und der gesamten Schweiz 2010 (26-jährige und ältere Versicherte)



Quelle: Datenpool santésuisse; Auswertung Obsan, 2011

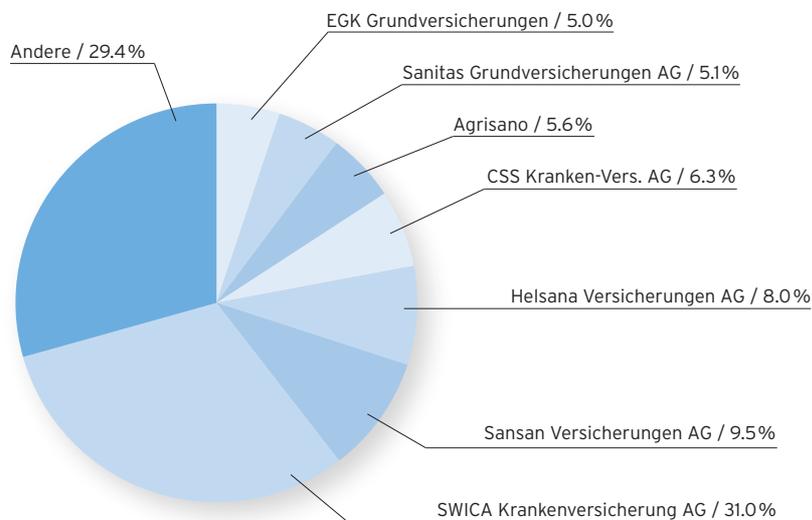
Die Grafik zeigt zudem, dass nach wie vor das Modell mit der tiefsten Franchise - und damit der höchsten Prämie - bevorzugt wird. 48.5 % der Ausserrhoder/innen wählten den ordentlichen Selbstbehalt von 300 Franken, und nur 8.6 % die maximale Franchise von 2500 Franken.

Die Wahl des Versicherungsmodells hat zudem einen Zusammenhang mit der Wahl der Franchise; Versicherungskunden mit Standardmodell entscheiden sich zu 58.8 % für die Minimalfranchise. Die Wahl einer höheren Franchise und eines günstigeren Versicherungsmodells führen zu einer Entlastung bei den Prämien. Eine höhere Franchise bietet einen Anreiz, weniger häufig einen Arzt oder eine Ärztin aufzusuchen.

9.5.6 Krankenversicherungen in Appenzell Ausserrhoden

Die Prämien fliessen an diverse Krankenversicherer. Die Zahl der auf dem Markt auftretenden Krankenversicherer und deren Marktanteil variiert jedoch von Kanton zu Kanton. In der Schweiz ist die CSS die grösste Krankenversicherung. In Appenzell Ausserrhoden hatte 2010 die SWICA Krankenversicherung AG mit 31% den grössten Marktanteil unter den Grundversicherungen (siehe Abb. 68). Gemeinsam mit der sansan Versicherungen AG und der Helsana Versicherungen AG erreichen die drei Anbieter fast 50% aller Versicherten.

Abb. 68: Marktanteil Krankenversicherer in Appenzell Ausserrhoden 2010



Quelle: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2010 (T 5.05), 2012

9.6 Herausforderungen und Erwartungen zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen

Die Finanzierung der stationären Versorgung benötigt innerhalb des kantonalen Gesundheitsbudgets am meisten Ressourcen. 2012 erfolgt mit der Einführung von DRG-Fallpauschalen eine bedeutende Veränderung. Konkret findet eine Umverteilung der finanziellen Last von den Krankenversicherungen zu den Kantonen statt. In der Spitalfinanzierung übernimmt künftig der Kanton 55 % des Betriebsaufwands inkl. Investitionsbeitrag, die Krankenversicherung 45 %; bis Ende 2011 waren dies je 50 % des Betriebsaufwands. Die gemeinwirtschaftlichen Leistungen verbleiben beim Kanton.

Die Prognose des Regierungsrates zuhanden des Kantonsrates im Bericht und Antrag des Regierungsrates vom 28. Juni 2011 zur Neuordnung der stationären Spitalbehandlung und Pflege sowie der Umsetzung der Revision des Krankenversicherungsgesetzes im Bereich der Spital- und Pflegefinanzierung (Sitzung des Kantonsrats vom 19. September 2011) geht davon aus, dass die Anhebung des Kantonsanteils auf 55 % bis 2017 jährliche Zusatzausgaben von bis zu 8.3 Mio. Franken verursacht. In einer Übergangsphase von 2012 bis 2016 erhöht sich der Kantonsanteil in Appenzell Ausserrhoden schrittweise von 47 % auf 55 %, der Anteil der von den Krankenkassen versicherten Grundversicherung reduziert sich von 53 % auf 45 %.

Voraussichtlich ab 2013 subventioniert der Kanton erstmals auch ambulante Leistungen von Kinderkliniken und psychiatrischen Einrichtungen; diese wurden bisher vollumfänglich von den obligatorischen Krankenversicherungen getragen.

Die Gesundheitskosten werden auch in Zukunft und nicht nur im Spitalbereich weiter wachsen. Die demografische Entwicklung, der medizinische Fortschritt und die zunehmende Systemkomplexität sind nur einige der Gründe, die diese Annahme - auch für Appenzell Ausserrhoden - als realistisch erscheinen lassen. Inwiefern sich der steigende Kostendruck auf die Versorgungsqualität auswirken wird, ist genau zu beobachten. Schliesslich wird die Bevölkerung entscheiden müssen, wie viel ihr eine sehr gute Gesundheitsversorgung Wert ist. Um das Kostenwachstum zumindest mittelfristig zu dämpfen, sind auf Bundesebene verschiedene Reformen geplant, unter anderem die Managed-Care-Vorlage. Die finanziellen und qualitativen Auswirkungen davon lassen sich heute nur schwer abschätzen.

9.6.1 Strategische Position 14: «Aktive und verantwortungsvolle Einflussnahme auf Kostensteigerungen im Gesundheitswesen»

Der Regierungsrat nimmt mit seiner Gesundheitspolitik aktiv Einfluss auf die steigenden Kosten der Gesundheitsversorgung und sichert die langfristige und nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens.

Appenzell Ausserrhoden wird im Rahmen seiner Kompetenzen das Ziel der Kostenbegrenzung weiterverfolgen und eine aktive Gesundheitspolitik betreiben. Kosteneinsparungen werden nur dann realisiert, wenn sie nicht zum Nachteil von Gemeinden, anderer Kantone, des Bundes oder von Drittstaaten ausfallen. Kostendämpfende Massnahmen sollen, sofern sie negative Auswirkungen auf die Bevölkerung haben, möglichst gerecht auf alle Bevölkerungsschichten verteilt werden.

V

Anhänge

10 Gesetzliche Grundlagen des Gesundheitsberichts

Verfassung des Kantons Appenzell Ausserrhoden (KV, bGS 111.1)

Art. 48 Gesundheitswesen

¹ Kanton und Gemeinden schaffen die Voraussetzungen für eine ausreichende, kostenbewusste medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung.

² Der Kanton fördert die Zusammenarbeit der privaten und öffentlichen Einrichtungen im Kanton und in der Region.

³ Kanton und Gemeinden fördern die Selbstverantwortung; sie unterstützen die Gesundheitsvorsorge und die Gesundheitserziehung und bekämpfen die Suchtgefahren.

⁴ Kanton und Gemeinden fördern die spitalexterne Kranken- und Gesundheitspflege.

⁵ Der Kanton beaufsichtigt die öffentlichen und privaten Einrichtungen des Gesundheitswesens, die Gesundheitsberufe und das Heilmittelwesen.

⁶ Die freie Heiltätigkeit ist gewährleistet.

Gesundheitsgesetz (GG, bGS 811.1)

Art. 6 Kantonsrat

Der Kantonsrat genehmigt den Gesundheitsbericht; (...)

Art. 7 Regierungsrat

Der Regierungsrat: (...)

c) befindet über die Gesundheitsplanung und den Gesundheitsbericht sowie die Spital- und Pflegebettenplanung gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung. (...)

Art. 9 Gesundheitsrat

¹ Der Gesundheitsrat berät das Departement Gesundheit in Belangen des Gesundheitswesens und nimmt zu Fragen der Gesundheitspolitik Stellung.

² Zu wichtigen Vorhaben des Departements Gesundheit ist er anzuhören. Dazu zählen namentlich Gesetzes- und Verordnungsentwürfe, die Gesundheitsplanung und der Gesundheitsbericht sowie Massnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention.

Art. 12 Grundsatz

¹ Der Regierungsrat plant die Gesundheitspolitik und erstattet dem Kantonsrat alle vier Jahre Bericht.

² Der Gesundheitsbericht:

- a) formuliert die Ziele der Gesundheitspolitik;
- b) enthält die Grundsätze zur Gesundheitsförderung und zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen;
- c) koordiniert die Tätigkeiten der verschiedenen Bereiche des Gesundheitswesens;
- d) evaluiert Qualität und Wirksamkeit der erbrachten Leistungen hinsichtlich der Gesundheitsbedürfnisse und der Ziele der Gesundheitspolitik.

Art. 13 Statistik und Mitwirkung

¹ Das Departement Gesundheit erhebt die Daten und die weiteren Angaben, die zur Erstellung und Evaluation der Gesundheitsplanung erforderlich sind.

² Die Gesundheitsfachpersonen und die Institutionen des Gesundheitswesens sind verpflichtet, bei der Erhebung der Daten und der weiteren Angaben gemäss Abs. 1 mitzuwirken.

11 Glossar

Akutsomatik	Akute Leiden des Körpers mit seinen Organen.
Capitation	Form der Leistungsvergütung, bei der Leistungserbringer meist im Rahmen so genannter Leistungsaufträge für die Versorgung eines Versicherten innerhalb eines definierten Zeitraums (z.B. 1 Jahr) eine festgelegte Summe im Voraus und unabhängig von einer Leistungsbeanspruchung erhalten (pro Kopf).
Einzelleistungsvergütung	Vergütung jeder einzelnen Leistung durch einen gemäss Tarifordnung festgelegten Geldbetrag.
Gemeinwirtschaftliche Leistungen	Gemeinwirtschaftliche Leistungen werden nicht über die obligatorische Krankenpflegeversicherung finanziert, sondern müssen vom Kanton, sofern gewünscht, separat bezahlt werden (z.B. Aus- und Weiterbildungskosten, Spitalseelsorge, Blutspendedienst).
Health Maintenance Organisation (HMO)	In HMO-Praxen sind Grundversorger und ausgewählte Spezialistinnen und Spezialisten (z.B. Gynäkologinnen) unter einem Dach vereint. Beim Hausarztmodell hat der Hausarzt die Rolle eines Pförtners; Patientinnen und Patienten müssen diesen stets zuerst konsultieren.
Krankheitslast	Mit «Krankheitslast» sind gemäss Definition der WHO sowohl durch Tod verlorene Lebensjahre wie durch krankheitsbedingte Behinderungen geminderte Lebensjahre gemeint.
Managed-Care-Modell	Die medizinische Versorgung verläuft entlang eines vordefinierten Pfads (z.B. Erstkonsultation bei einer Gruppenpraxis, einem Hausarzt eines Ärztenetzwerks etc.), keine freie Arztwahl.
Salutogenese	Bezeichnet Wege zur Erhaltung und Erzeugung von Gesundheit. Im gesundheitsorientierten Konzept der Salutogenese fragt man nicht mehr, was einen krank macht, sondern umgekehrt, was eigentlich mehr oder weniger gesund erhält und gesund macht.
Screening	Routinemässige periodische Untersuchung breiter symptomloser Bevölkerungsschichten.
Setting	Gesamtheit von Merkmalen der Umgebung, in deren Rahmen etwas stattfindet, erlebt wird.
Subjektives Alter	Gefühltes Alter eines Menschen, das der Vitalität der Person Rechnung trägt («man ist so alt, wie man sich fühlt»).
Tiers garant	Der Leistungserbringer sendet die Rechnung an den Patienten. Dieser sendet sie an seine Krankenkasse, welche den Rechnungsbetrag ganz oder teilweise an den Versicherten erstattet. Der Patient bezahlt daraufhin die Rechnung selbst.
Tiers payant	Der Leistungserbringer sendet die Rechnung an die Krankenkasse des Patienten. Diese begleicht die Rechnung ganz oder teilweise und sendet dem Patienten eine Abrechnung plus eine Rechnung für einen allfällig von ihm selbst zu bezahlenden Restbetrag.
Transferzahlungen	Als Transferzahlungen werden finanzielle Zuwendungen bezeichnet, die auf eine Verminderung der Belastung der Haushalte und Privatpersonen abzielen, welche durch das Eintreten bestimmter politisch relevanter Bedürfnisse oder Risiken entsteht.

12 Abkürzungsverzeichnis

AHV	Eidgenössische Alters- und Hinterlassenenversicherung
Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BSc	Bachelor of science
DRG	Diagnosis Related Groups (Diagnosebezogene Fallgruppen)
EFZ	Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis
EKFF	Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen
EKIF	Eidgenössische Kommission für Impffragen
ESPOP	Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes
FH	Fachhochschule
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GG	Kantonales Gesundheitsgesetz (bGS 811.1)
HF	Höhere Fachschule
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HPV	Humanes Papilloma-Virus
IV	Eidgenössische Invalidenversicherung
IVSE	Interkantonale Vereinbarung für soziale Einrichtungen
KV	Kantonsverfassung
KVG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung
MiGeL	Mittel- und Gegenstände-Liste
NFA	Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen
NVS	Naturärzte Vereinigung der Schweiz
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OdA	Organisation der Arbeitswelt
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
RE	Staatsrechnung
SMR	Standardized mortality ratio (standardisierte Mortalitätsrate/Sterblichkeitsrate)
STATPOP	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte
UVG	Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung
VA	Voranschlag/Budget
VAHAR	Vereinigung Aktiver Heilpraktiker Appenzell Ausserrhoden
VVG	Bundesgesetz vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, SR 221.229.1)
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation der UNO)

13 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Entwicklung der Erwerbstätigen im schweizerischen Gesundheitswesen und in Heimen 1991-2010 (in Tausend Personen)	28
Abb. 2:	Entwicklung der über 64-Jährigen von 2005 bis 2030	32
Abb. 3:	Themen der nationalen Gesundheitsstrategie (NGS)	35
Abb. 4:	Bevölkerungsentwicklung in Appenzell Ausserrhoden 1990-2010	37
Abb. 5:	Bevölkerungsentwicklung 1990-2010 und mittleres Szenario bis 2020 in Appenzell Ausserrhoden im Vergleich zu den Nachbarkantonen und zur Schweiz (Index 1990 = 100)	38
Abb. 6:	Bevölkerungsanteil nach Alter und Geschlecht für Appenzell Ausserrhoden und die Gesamtschweiz 2010	39
Abb. 7:	Anteil Personen in Appenzell Ausserrhoden mit sehr gutem Wohlbefinden, mit lang andauerndem Gesundheitsproblem und starken körperlichen Beschwerden nach Geschlecht 2007	40
Abb. 8:	Anteil Personen in Appenzell Ausserrhoden mit mittlerer oder starker psychischer Belastung bzw. mit Depressionssymptomen 2007	41
Abb. 9:	Anteil Personen in Appenzell Ausserrhoden mit Übergewicht (inkl. Adipositas) nach Geschlecht und Bildung 2007	43
Abb. 10:	Vergleich der Masernfälle pro 100 000 Einwohner 2006-2011 in Appenzell Ausserrhoden und der gesamten Schweiz (monatliche Inzidenz)	46
Abb. 11:	Geografische Verteilung der in Appenzell Ausserrhoden registrierten Gesundheitsfachpersonen 2012	51
Abb. 12:	Geografische Verteilung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Kanton 2012 (exkl. Psychiatrische Versorgung)	52
Abb. 13:	Altersverteilung Notfalldienst leistender Ärztinnen und Ärzte (nur Grundversorgung) in Appenzell Ausserrhoden 2012	53
Abb. 14:	Geografische Verteilung der ambulanten psychiatrischen Versorgung in Appenzell Ausserrhoden 2012	55
Abb. 15:	Altersstruktur der ambulant tätigen Psychiaterinnen und Psychiater in Appenzell Ausserrhoden 2012	56
Abb. 16:	Geografische Verteilung der ambulanten psychologischen Versorgung in Appenzell Ausserrhoden 2012	57
Abb. 17:	Geografische Verteilung der Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker in Appenzell Ausserrhoden 2012	59
Abb. 18:	Alterspyramide bei Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern in Appenzell Ausserrhoden 2012	60
Abb. 19:	Spitex-Versorgungsdichte in den Kantonen 2010	61
Abb. 20:	Geografische Verteilung der ambulant tätigen Hebammen in Appenzell Ausserrhoden 2012	62
Abb. 21:	Geografische Verteilung der medizinischen Masseurinnen und Masseur in Appenzell Ausserrhoden 2012	63
Abb. 22:	Geografische Verteilung der Physiotherapeutinnen und -therapeuten und der Osteopathinnen und Osteopathen in Appenzell Ausserrhoden 2012	64
Abb. 23:	Geografische Verteilung der Zahnärztinnen und Zahnärzte in Appenzell Ausserrhoden 2012	65

Abb. 24:	Notfalldienstleistende Zahnärztinnen und Zahnärzte in Appenzell Ausserrhoden 2012	66
Abb. 25:	Geografische Verteilung der Apothekerinnen/Apotheker und Drogistinnen und Drogisten in Appenzell Ausserrhoden 2012	67
Abb. 26:	Interkantonale Patientenbewegungen in der Akutversorgung 2010	82
Abb. 27:	Standortkantone der behandelnden Kliniken von somatisch erkrankten Ausserrhoder Patientinnen und Patienten 2010 (exkl. Neugeborene)	83
Abb. 28:	Behandelnde Kliniken von somatisch erkrankten Ausserrhoder Patientinnen und Patienten 2010 (exkl. Neugeborene)	83
Abb. 29:	Typologisierte Behandlungsorte von somatisch erkrankten Ausserrhoder Patientinnen und Patienten 2010 (exkl. Neugeborene)	84
Abb. 30:	Anzahl Fälle von somatischen Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz Appenzell Ausserrhoden 2010 nach Altersgruppen (exkl. Neugeborene)	85
Abb. 31:	Geburten von in Appenzell Ausserrhoden wohnhaften Müttern nach Kliniken 2009 und 2010	86
Abb. 32:	Geburten in Appenzell Ausserrhoder Kliniken 2009 und 2010 nach Wohnkanton	86
Abb. 33:	Personelle Zusammensetzung der Mitarbeiterschaft in den somatischen Kliniken in Appenzell Ausserrhoden 2011	87
Abb. 34:	Alle Personalkategorien in somatisch tätigen Kliniken: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads in den somatisch tätigen Kliniken (Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006-2011	88
Abb. 35:	Ärztliches Personal in somatisch tätigen Kliniken: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads (Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006-2011	89
Abb. 36:	Altersstruktur der Ärzteschaft in den Kliniken in Appenzell Ausserrhoden 2011	90
Abb. 37:	Nicht-ärztliches medizinisches Personal in den somatisch tätigen Kliniken: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads (Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006-2011	91
Abb. 38:	Nicht-medizinisches Personal in den somatisch tätigen Kliniken: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads (Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006-2011	92
Abb. 39:	Ausbildungsstellen Gesundheitsberufe in den somatisch tätigen Kliniken: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads (Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006-2011	92
Abb. 40:	Behandelnde Kliniken von psychisch erkrankten Ausserrhoder Patientinnen und Patienten 2009 und 2010	94
Abb. 41:	Behandlungsorte von psychisch erkrankten Ausserrhoder Patientinnen und Patienten 2010 nach Alterskategorien	95
Abb. 42:	Überblick Personal im PZA: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads von (Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006-2011	96
Abb. 43:	Ärztliches Personal im PZA: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads von (Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006-2011	96
Abb. 44:	Nicht-ärztliches medizinisches Personal im PZA: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads (Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006-2011	97
Abb. 45:	Nicht-medizinischen Personal im PZA: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads (Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006-2011	97
Abb. 46:	Ausbildungsstellen im PZA: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads (Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006-2011	98

Abb. 47:	Anzahl Fälle von in Ausserrhoden wohnhaften Patientinnen und Patienten in einer Rehabilitationsklinik 2010	100
Abb. 48:	Eintrittsalter von in Ausserrhoden wohnhaften Patientinnen und Patienten in einer Rehabilitationsklinik 2010	101
Abb. 49:	Überblick Personal in den Rehabilitationskliniken: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads (Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006 - 2011	101
Abb. 50:	Ärztliches Personal in den Rehabilitationskliniken: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads (Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006 - 2011	102
Abb. 51:	Nicht-ärztliches medizinisches Personal in den Rehabilitationskliniken: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads (Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006 - 2011	102
Abb. 52:	Nicht-medizinisches Personal in den Rehabilitationskliniken: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads (Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006 - 2011	103
Abb. 53:	Ausbildungsstellen Gesundheitsberufe in den Rehabilitationskliniken: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads (Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006 - 2011	103
Abb. 54:	Anzahl stationäre Pflegeplätze und Beschäftigungsstruktur in Appenzell Ausserrhoden 2011 (regionale Verteilung)	105
Abb. 55:	Anteile nach Direktzahlenden an den Gesamtkosten im Gesundheitswesen Schweiz 2000 - 2009 (in Prozent)	141
Abb. 56:	Gesundheitskosten Appenzell Ausserrhoden 2011 (Bruttoaufwand): funktionale und institutionelle Gliederung	142
Abb. 57:	Total Bruttoaufwand Departement Gesundheit gemäss Staatsrechnung Appenzell Ausserrhoden 2007 - 2012 (in CHF)	143
Abb. 58:	Kosten des Kantons für die stationäre Behandlung von Einwohnerinnen und Einwohnern von Appenzell Ausserrhoden 2007 - 2012	144
Abb. 59:	Kosten für ausserkantonale stationär behandelte Einwohnerinnen und Einwohner von Appenzell Ausserrhoden 2008 - 2011	145
Abb. 60:	Kostenarten und Kostenträger bei Heimaufenthalten	147
Abb. 61:	Kosten der Gemeinden für Spitex-Leistungen von Ausserrhoder Einwohnerinnen und Einwohnern 2008 - 2011	149
Abb. 62:	Aufteilung der OKP-Pro-Kopf-Kosten nach Leistungserbringergruppen und Region 2010 (in CHF)	153
Abb. 63:	Pro-Kopf-Krankenkassenprämien nach Region 2010 (26-jährige und ältere Versicherte; in CHF)	154
Abb. 64:	Kantonale monatliche Durchschnittsprämien pro Prämienregion für Erwachsene 2011 - 2012 (26-jährige und ältere Versicherte; in CHF)	155
Abb. 65:	Entwicklung der durchschnittlichen monatlichen Prämien in Appenzell Ausserrhoden 2007 - 2012	155
Abb. 66:	Prämienverbilligungsbeiträge pro Bezüger und kantonale jährliche Durchschnittsprämien im Jahr 2010 (in CHF)	157
Abb. 67:	Verteilung der Franchisen im Standardmodell sowie in den anderen Versicherungsformen in Appenzell Ausserrhoden und der gesamten Schweiz 2010 (26-jährige und ältere Versicherte)	159
Abb. 68:	Marktanteil Krankenversicherer in Appenzell Ausserrhoden 2010	160

14 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Studierende an Schweizer Universitäten im Bereich Humanmedizin 2001-2011	27
Tabelle 2:	Prozentualer Kostenanteil des schweizerischen Gesundheitswesens am BIP 1995-2009	29
Tabelle 3:	Prozentualer Anteil der Gesundheitskosten am BIP 2009 im internationalen Vergleich	29
Tabelle 4:	Finanzierung des Schweizerischen Gesundheitswesens aus der Sicht der Volkswirtschaft 2000-2009 (in Mio. CHF)	30
Tabelle 5:	Inzidenz von Krebserkrankungen in Appenzell Ausserrhoden 2008 (absolute Fallzahlen)	41
Tabelle 6:	Sterbefälle in Appenzell Ausserrhoden aufgrund von Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Geschlecht im Vergleich mit der Schweiz (SMR) 1999-2008 (zusammengezogene Fallzahlen)	42
Tabelle 7:	Durchimpfung (in Prozent) bei Kindern und Jugendlichen in Appenzell Ausserrhoden 2007 und 2010	48
Tabelle 8:	Ausbildungsprofil der Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker in Appenzell Ausserrhoden 2012	58
Tabelle 9:	Diverse ambulante Leistungserbringer im Gesundheitswesen in Appenzell Ausserrhoden 2012	64
Tabelle 10:	Standorte von Apotheken und Drogerien in Appenzell Ausserrhoden 2012	67
Tabelle 11:	Spezialgebiete von Ärztinnen und Ärzten mit einer Tätigkeit an einer somatischen Klinik in Appenzell Ausserrhoden 2011	90
Tabelle 12:	Pflegeheimliste Appenzell Ausserrhoden 2012	106
Tabelle 13:	Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungen 2000-2009 (in Mio. CHF)	139
Tabelle 14:	Finanzierung des Gesundheitswesens nach Direktzahlenden 2000-2009 (in Mio. CHF)	140
Tabelle 15:	Höchstansätze der Pflegekosten je Kalendertag für die Jahre 2011 und 2012	148
Tabelle 16:	Zusammensetzung der Finanzierung der Pflegekosten je Kalendertag 2011 und 2012	148
Tabelle 17:	Bruttokosten in der OKP nach Gruppen von Leistungserbringern und Leistungsarten Appenzell Ausserrhoden 2003-2010 (hochgerechnet, in Mio. CHF)	151
Tabelle 18:	Bruttokosten in der OKP nach Gruppen von Leistungserbringern und Leistungsarten ganze Schweiz 2003-2010 (hochgerechnet, in Mio. CHF)	151
Tabelle 19:	Ambulante und stationäre OKP-Pro-Kopf-Kosten nach Geschlecht, Altersgruppen und Region, Appenzell Ausserrhoden und Schweiz 2010 [2007] (in CHF)	152
Tabelle 20:	Abgegebene Medikamente in Arztpraxen und Apotheken 2010 (in CHF)	153
Tabelle 21:	Prämienvorbilligung in Appenzell Ausserrhoden 2004-2012 (in CHF)	156
Tabelle 22:	Durchschnittliche Pro-Kopf-Krankenkassenprämien nach OKP-Modell für Appenzell Ausserrhoden und die Schweiz 2010 (26-jährige und ältere Versicherte, in CHF)	158

15 Literaturverzeichnis

- BAG (2011). *Männergesundheit - Gesundheitszentren für Schwule*. In: spectra, 87: S. 2.
- BAG (2012). *Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2010*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG & GDK (2010). *Nationale Leitlinien Palliative Care*. Bern: Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.
- Balthasar, A., M. Oetterli & C. Schwenkel (2010). *Plattform «Dialog Nationale Gesundheitspolitik». Evaluationsbericht. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Balthasar, A. (2010). *Politikwissenschaftliche Überlegungen zur Personalrekrutierung und -migration im Gesundheitsbereich*. Beitrag anlässlich der Arbeitstagung Nationale Gesundheitspolitik vom 11. November 2010 in Bern. Luzern: Interface.
- Bayer-Oglesby, L. & F. Höpflinger (2010). *Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz. Methoden und kantonale Kennzahlen (Obsan-Bericht 47)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- BFS (2008). *Todesursachenstatistik: Ursachen der Sterblichkeit 2005 und 2006*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2011a). *Spitex-Statistik 2010*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2011b). *Studierende an den universitären Hochschulen 2010/11*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bischofberger, Iren (2012). *Erwerbstätige pflegende Angehörige - drei zentrale Handlungsfelder*. In: Soziale Sicherheit CHSS 1/2012: S. 6-8.
- Brösskamp-Stone, U., I. Kickbusch & U. Walter (1998). *Gesundheitsförderung*. In: F. W. Schwartz, B. Badura et al. (Hrsg.), *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen* (S. 141-150). München: Urban und Schwarzenberg.
- Bürger, W., M. Dietsche, M. Morfeld & U. Koch (2002). *Ambulante und stationäre orthopädische Rehabilitation - Ergebnisse einer Studie zum Vergleich der Behandlungsergebnisse und Kosten*. In: Rehabilitation, 41(2/3): S. 92-102.
- Camenzind, P. & C. Meier (2004). *Gesundheitskosten und Geschlecht - Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz*. Bern: Hans Huber.
- Departement Finanzen Appenzell Ausserrhoden (2010). *Staatsrechnung 2009*. Herisau: Departement Finanzen.
- Departement Finanzen Appenzell Ausserrhoden (2011). *Staatsrechnung 2010*. Herisau: Departement Finanzen.
- Departement Finanzen Appenzell Ausserrhoden (2012). *Staatsrechnung 2011*. Herisau: Departement Finanzen.
- Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden (2010). *Spitalplanung Appenzell Ausserrhoden 2012. Versorgungsbericht. Bisherige und zukünftige Entwicklung der kantonalen Nachfrage nach stationären, akutsomatischen und rehabilitativen Leistungen*. Herisau: Departement Gesundheit.
- Ecopol (2010). *Monitoringbericht 2010. Im Auftrag der Regierung von Appenzell Ausserrhoden*. Herisau: Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden.
- Egidi, G. (2006). *Hausarzt-Medizin in Dänemark - ein Bericht aus dem Professionalisierungskurs der DEGAM*. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 82: S. 11-17.
- EKFF (2006). *Pflegen, betreuen und bezahlen. Familien in späteren Lebensphasen*. Bern: Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen.
- Gafafer, T. (2012, 23. Januar 2012). *Auf Gesundheit trainiert*. Interview mit François Höpflinger. In: Die Ostschweiz.
- Giger, M. & S. De Geest (2008). *Neue Versorgungsmodelle und Kompetenzen sind gefragt*. In: Schweizerische Ärztezeitung, 89(43): S. 1840.
- Heeb, J.-L. (2010a). *Gesundheitliches Wohlbefinden*. In: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium und Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden (Hrsg.), *Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 (Obsan Bericht 40, S. 18-22)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Heeb, J.-L. (2010b). *Körperliche Gesundheit*. In: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium und Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden (Hrsg.), *Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 (Obsan Bericht 40, S. 22-35)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Heeb, J.-L. (2010c). *Psychische Gesundheit*. In: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium und Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden (Hrsg.), *Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 (Obsan Bericht 40, S. 35-42)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Höpflinger, F. & V. Hugentobler (2005). *Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz*. Bern: Hans Huber.
- Huber, K. & E. Mariéthoz (2010). *Qualitative Untersuchung zum ausländischen Gesundheitspersonal in der Schweiz und über dessen Rekrutierung*. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.
- Hugentobler, W. (2006). *Kostenvergleich der ambulanten Notfallversorgung in der hausärztlichen Praxis mit den Notfallstationen der Spitäler*. In: PrimaryCare, 6(32-33): S. 586-589.

- ISPM Zürich (2004). *Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich*. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Zürich.
- Jaccard Ruedin, H., F. Weaver, M. Roth & M. Widmer (2007). *Personnel de santé en Suisse - Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020 (Document de travail 35)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Jaccard Ruedin, H. & M. Widmer (2010). *Ausländisches Gesundheitspersonal in der Schweiz (Obsan Bulletin 4/2010)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Lang, P. (2008). *Durchimpfung von Kindern im Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2007*. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Zürich.
- Lang, P. (2011). *Durchimpfung von Kindern im Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2010*. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Zürich.
- Meyer, K. et al. (2009). *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan). Bern: Hans Huber.
- Meyer, K. (2009). *Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten*. In: K. Meyer et al. (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Bern: Hans Huber.
- Moreau-Gruet, F. & L. Burla (2010). *Konsum von psychoaktiven Substanzen*. In: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium und Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden (Hrsg.), *Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 (Obsan Bericht 40, S. 65-77)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Oehling, A.-K., T. Steffen & M. Ledergerber (2005). *Übergewicht bei Basler Kindern und Jugendlichen oder weniger Gutzi und mehr Bewegung*. In: Synapse 1: S. 16-17.
- Oncosuisse (2011). *Nationales Krebsprogramm 2011-2015*. Bern: Oncosuisse.
- Roth, M. (2010). *Sterblichkeit und Todesursachen*. In: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium und Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden (Hrsg.), *Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 (Obsan Bericht 40, S. 45-50)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schmid Botkine, C. & F. Rausa-de Luca (2008). *Demografische Alterung und soziale Sicherheit*. In: Demos, 4/2007.
- Schumpelick, V., M. Stumpf & R. Schwab (2004). *Leistenhernienchirurgie als ambulante und kurzzeitstationäre Chirurgie - Möglichkeiten und Grenzen*. In: Chirurg, 75: S. 126-130.
- Schwartz, F.W. & U. Walter (1998). *Prävention*. In: F. W. Schwartz, B. Badura et al. (Hrsg.), *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen*, S. 151-171. München: Urban und Schwarzenberg.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium und Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden (2010). *Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 (Obsan Bericht 40)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Spycher, S., H. Jaccard Ruedin, G. Wiedenmayer & C. Junker (2009). *Die wichtigsten Herausforderungen in den kommenden Jahren*. In: K. Meyer et al. (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Bern: Hans Huber.
- Stamm, H., M. Lamprecht & D. Wiegand (2010). *Körpergewicht, Ernährung und körperliche Aktivität*. In: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium und Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden (Hrsg.), *Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 (Obsan Bericht 40, S. 56-65)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Sturny, I. & P. Camenzind (2011). *Erwachsene Personen mit Erkrankungen - Erfahrungen im Schweizer Gesundheitssystem im internationalen Vergleich. Auswertung des International Health Policy Survey 2011 des Commonwealth Fund im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Dossier 18)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Suter, P. & R. Benz (2004). *Excès pondéral chez les enfants: quelles stratégies préventives avec quels partenaires?*. In: SVE (Hrsg.), *Übergewicht bei Kindern: Vorträge und Zusammenfassungen der nationalen Fachtagung der SVE vom 13. Juni 2002 in Bern*. Bern: Schweizerische Vereinigung für Ernährung.
- WHO (2002). *Innovative care for chronic conditions. Building blocks for action*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010. Description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants*. Geneva: World Health Organization.
- Widmer, M., H. Jaccard Ruedin, S. Luyet & F. Weaver (2010). *Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen*. In: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium und Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden (Hrsg.), *Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 (Obsan Bericht 40, S. 108-128)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Zumbrunn, A., L. Burla & I. Sturny (2010). *Einleitung*. In: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium und Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden (Hrsg.), *Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 (Obsan Bericht 40, S. 8-17)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Appenzell Ausserrhoden
Departement Gesundheit
Kasernenstrasse 17
9102 Herisau

gesundheit@ar.ch
www.ar.ch/gesundheit