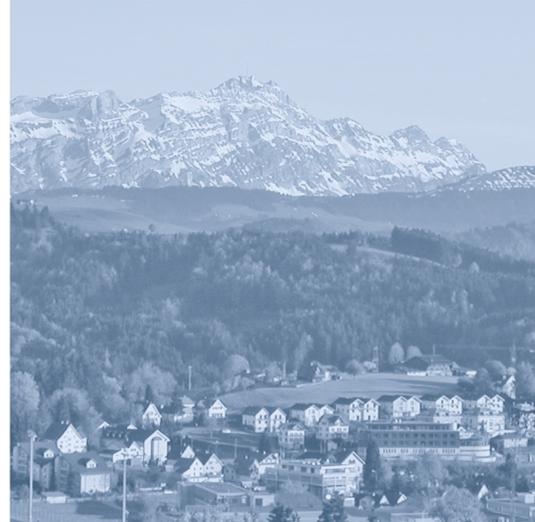
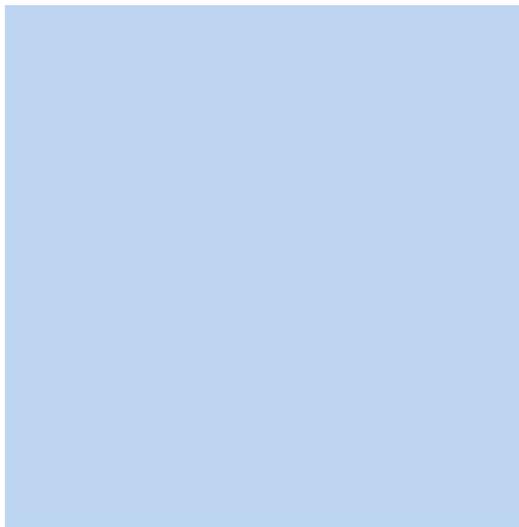


Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2016
Fokus Gesundheitspolitik in der Schweiz
Neue Herausforderungen, Fakten und Massnahmen



Vorwort



Von der Schnittstelle zur Nahtstelle

Geschätzte Leserinnen und Leser

Die Verabschiedung des «Zwischenberichts zum Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012 vom 21. Oktober 2014» (nachfolgend: Zwischenbericht 2014) liegt erst gut zwei Jahre zurück. Damit eröffnet sich für den vorliegenden «Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2016» ein schmales Beobachtungsfenster, wenn man bedenkt, dass in unserem solide gebauten Gesundheitssystem Veränderungen schrittweise, mit Bedacht und entsprechend zeitlichem Vorlauf vorgenommen werden. Neue Daten aus der Gesundheitsbefragung 2017 werden erst 2019 vorliegen. Für die Erhebung von vorzeitigen umfassenden kantonalen Datensätzen fehlen dem Kanton die Ressourcen. Ein grosser Aufwand für Erhebungen und Auswertungen würde sich indessen auch nicht lohnen; zu klein ist der Erkenntnisgewinn bei rasch getakteten Intervallen. Deshalb hat der Regierungsrat im Rahmen der Aufgabenüberprüfung beschlossen, künftig auf die Erstellung weiterer Zwischenberichte zu verzichten, und die Verordnung zum Gesundheitsgesetz entsprechend revidiert.

Diese Ausgangslage bietet eine gute Gelegenheit, den Blick in die Zukunft und über die Kantongrenze hinaus zu lenken, um in einer Gesamtschau der Gesundheitspolitik darzustellen, welches die neuen Herausforderungen, Fakten und Massnahmen sind. Mit dem «Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2016» legen wir Ihnen einen Überblick aus gesamtschweizerischer Perspektive vor, punktuell ergänzt mit Fakten und Einschätzungen zu unserem Kanton.

Folgende Punkte möchte ich hier hervorheben:

Der engen Verknüpfung von Gesundheits- und Sozialpolitik wird noch zu wenig Beachtung geschenkt. Hier liegt Potenzial für Innovation, Prävention und damit für die Vermeidung von menschlich leidvollen Situationen und hohen volkswirtschaftlichen Folgekosten. Als Gesundheits- und Sozialdirektor ist es mir ein besonderes Anliegen, dass aus den Schnittstellen in den Politikfeldern «Gesundheit» und «Soziales» Nahtstellen werden. Folgendes Ziel ist dabei im Auge zu behalten: Gesundheitsplanung und -versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheit und Armut, soziale Sicherheit und soziale Integration müssen vermehrt als Querschnittsaufgabe wahrgenommen werden.

Ausgangspunkt dieses Berichts ist deshalb ein Gesundheitsverständnis, das Patientinnen und Patienten nicht nur als kranke Personen sieht, sondern auch deren aktuelle Lebensphase, kritische Übergänge im Lebenslauf sowie die soziale Lebenslage mit einbezieht: Gesundheitszustand, Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung, Arbeitsmarktteilnahme, Existenzsicherung und soziale Integration. Eine zentrale Schlussfol-

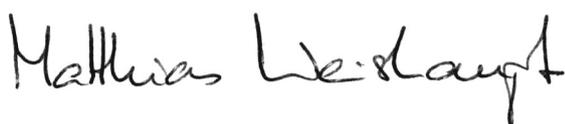
gerung lautet: Es braucht nicht für alle das gleiche Angebot; aber es braucht für alle das richtige, das heisst bedarfsgerechte, zugängliche und bezahlbare Angebot.

Unser Gesundheitssystem ist noch zu stark auf die Akutversorgung ausgerichtet. Chronische und mehrfache Erkrankungen erfordern indessen neue Ansätze in Prävention, Betreuung, Unterstützung und Pflege. Vorausschauende Gesundheits- und Sozialpolitik muss dabei einen anderen Umgang mit der Zeit finden. Der Faktor Zeit spielt eine wichtige Rolle in mehrfacher Hinsicht:

1. In der Prävention werden Chancen verpasst, wenn zu viel Zeit verstreicht - gesundheitliche und soziale Problemlagen können chronisch werden, mit entsprechenden Folgekosten.
2. Medizinische und soziale Interventionen brauchen Zeit - erschöpfte Ressourcen können nicht mit der Stoppuhr aufgeladen werden.
3. Die professionellen Gesundheitsfachpersonen wie auch die betreuenden Angehörigen brauchen Zeit - nur so sind schwierige Sachlagen abzuklären und zu verstehen. Das gelingt dann am besten, wenn das Umfeld mit berücksichtigt wird. Im Fall von Demenzerkrankungen ist der Einbezug der Angehörigen fast gleich wichtig wie die Behandlung der Demenzkranken.
4. Begleitung und Unterstützung im Alltag sind für Menschen mit gesundheitlichen und sozialen Problemen hoch wirksam, erfordern aber Zeit und Dienstleistungen, die in der heutigen Finanzierungslogik nicht vorgesehen sind.

Der «Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2016» legt den Schwerpunkt auf die gesundheitspolitischen Herausforderungen und damit auf den Handlungsbedarf für eine zeitgemässe und zukunftsfähige Weiterentwicklung unseres bereits qualitativ hochstehenden Gesundheitssystems. Wo Handlungsbedarf geortet wird, stellt sich die Frage nach den Zielsetzungen. Die Schlüsselfragen lauten: Was heisst Lebensqualität für wen und in welcher Situation? Wie eröffnen wir Chancen, die auch verwirklicht werden können? Wieviel wollen und können wir uns das gesundheitliche und soziale Wohlergehen der Menschen kosten lassen?

Die öffentliche Debatte ist - sowohl im Gesundheits- wie im Sozialbereich - auf individuelles Verhalten fixiert. Ausgeklammert bleibt dabei häufig die Frage, was für die Gesundheit, die Existenzsicherung und die soziale Integration strukturell riskant oder förderlich ist. Hier braucht es eine Öffnung der Perspektive. Wir müssen den Blick auch auf die Verhältnisse und Lebensumstände der Menschen richten. Folgerichtig ist Verhaltensprävention durch Verhältnisprävention zu ergänzen. Denn: Investitionen in die Prävention von Krankheit und Armut, in Gesundheitsförderung und soziale Integration zahlen sich aus - für jede und jeden Einzelnen, für die Gesellschaft und für die Volkswirtschaft. Wer das Wachstum der Gesundheits- und Sozialausgaben bremsen will, muss deshalb bereit sein, zu investieren und ausreichend langfristige Steuerungsmassnahmen für die Gesundheits- und Sozialpolitik zu finanzieren.



Dr. Matthias Weishaupt
Landammann

Das Wichtigste in Kürze

Ausgangslage in Appenzell Ausserrhoden

Der Gesundheitsbericht 2016 unterscheidet sich von den drei bisher vorgelegten Berichten. Die Ergebnisse der nächsten nationalen Gesundheitsbefragung werden erst 2019 vorliegen. Auf umfassende eigene, kantonale Datenerhebungen und -auswertungen musste aus Ressourcengründen verzichtet werden. Deshalb wird der Blick auf die nationale Ebene gerichtet in Form eines **Überblicks zu neuen Herausforderungen, Fakten und Massnahmen** in den Bereichen Gesundheitspolitik, Gesundheitszustand und Gesundheitsversorgung in der Schweiz für das Jahr 2016. Die Darstellung erfolgt ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Wo vorhanden, werden die Fakten und Trends für Appenzell Ausserrhoden aufgeführt.

Die **strategischen Positionen des Regierungsrates** von 2012 sind weiterhin handlungsleitend für die Gesundheitspolitik im Kanton. Der Regierungsrat misst dem Alter als zentralem Lebensabschnitt mit gesundheitspolitischem Handlungsbedarf grosse Bedeutung bei und hat die strategischen Positionen 2012 im Rahmen des Regierungsprogramms 2016-2019 um weitere Strategien ergänzt. Ebenso setzt sich der Regierungsrat dafür ein, mit einer nachhaltigen Ausbildung von Gesundheitsfachpersonal dem Fachkräftemangel im Gesundheitswesen entgegenzuwirken.

Appenzell Ausserrhoden ist mit der **Umsetzung der Massnahmen** auf Kurs: Von ursprünglich zwanzig Massnahmen, die mit dem Gesundheitsbericht 2012 verabschiedet und im Zwischenbericht 2014 im Überblick dargestellt wurden, sind fünf Massnahmen in den Status «ständige Aufgabe» übergegangen: Ärztelefon, Schulärztliche Untersuchungen, Schulzahnärztliche Untersuchungen, Ostschweizer Forum für psychische Gesundheit, HPV-Impfprogramm. Von den drei Massnahmen, die 2014 den Status «zurückgestellt» hatten, sind zwei teilweise in Umsetzung (Psychiatrieversorgung Appenzell Ausserrhoden, Koordination in der stationären psychiatrischen Versorgung); für das Geriatriekonzept Appenzell Ausserrhoden ist der Projektstart auf 2018 geplant. Die Praxisassistentenstellen Hausarztmedizin wurden bis 2019 verlängert. Von den drei Massnahmen, die 2014 den Status «in Abklärung» hatten, ist die Massnahme «Ambulante Notfallversorgung» 2017 im Rahmen eines einjährigen Pilots mit einer neuen Organisationsstruktur zu neuen Ufern aufgebrochen. Weiterhin pendent ist die Massnahme «Unterstützung von pflegenden Angehörigen». Das «Konzept Palliative Care Appenzell Ausserrhoden» wird 2017 publiziert.

Nationale Gesundheitspolitik

Zur Umsetzung der gesundheitspolitischen Prioritäten **«Gesundheit2020»** hat der Bundesrat eine beachtliche Anzahl von nationalen Strategien, Aktionsplänen, Projekten und Berichten in die Wege geleitet. Diese Massnahmen sollen das Gesundheitssystem koordiniert und optimal auf die gesundheitspolitischen Herausforderungen ausrichten. Die heutigen Strukturen sind auf Akutversorgung ausgelegt, obwohl die Zahl der alten Menschen sowie der chronischen und mehrfachen Erkrankungen zunimmt. Zudem fehlt es an Transparenz und Steuerbarkeit. Im Rahmen von «Gesundheit2020» sollen die Lebensqualität gesichert, die Chancengleichheit gestärkt, die Versorgungsqualität erhöht und die Transparenz verbessert werden.

Die Umsetzung der gesundheitspolitischen Prioritäten hat wiederum diverse Revisionen und Neuerungen im Bereich der **rechtlichen Grundlagen** mit sich gebracht. Bei den Entwicklungen im **Tarifsystem** ist hervorzuheben, dass der im Zwischenbericht 2014 ausge-

wiesene Handlungsbedarf bei der Entwicklung, Konsolidierung und Finanzierung von intermediären Angeboten im Bereich zwischen der ambulanten und stationären Psychiatrie auf Ebene Bund nun anerkannt ist. Unter dem Begriff «Intermediäre Angebote» werden verschiedene Behandlungsangebote zusammengefasst, die eine Lücke zwischen der 24-Stunden-Betreuung im stationären Rahmen und der Sprechstunde bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten schliessen.

Herausforderungen für Gesellschaft und Politik

Gesundheit hat nur bedingt mit Medizin zu tun; die Lebensumstände spielen die Hauptrolle für das gesundheitliche Wohlbefinden. Damit sind die aktuellen gesundheitspolitischen Herausforderungen auch ausserhalb der Gesundheitsversorgung und damit zu einem wesentlichen Teil auch ausserhalb der Zuständigkeit der Kantone zu verorten. Ausgangspunkt des Berichts ist ein **Gesundheitsverständnis, das sich an Lebenswelten und Lebensphasen orientiert** und damit auch die Arbeitssituation sowie eine Verknüpfung von gesundheitlicher und sozialer Lebenslage mit einschliesst.

Arbeitgebende und Führungskräfte sind gefordert, dafür zu sorgen, dass Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz in einem möglichst ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen. Dies gelingt weitgehend, aber nicht in jedem Fall: Ein Viertel der Erwerbstätigen leiden in ihrer **Arbeitssituation** unter Stress, ein weiteres Viertel sind erschöpft - mit nachteiligen Auswirkungen für die Gesundheit. Diese Mitarbeitenden haben zu wenig Ressourcen, um die Belastungen am Arbeitsplatz bewältigen zu können. Zu den Ressourcen zählen Handlungsspielraum, ganzheitliche Tätigkeiten, unterstützendes Vorgesetztenverhalten und allgemeine Wertschätzung - Faktoren, die mit Betrieblichem Gesundheitsmanagement BGM systematisch und wirksam gefördert werden können.

In der Schweiz sind Gesundheitskompetenz, Gesundheitschancen und -risiken - abhängig vom Sozialstatus - ungleich verteilt. Der enge Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit findet in der Schweiz zwar zunehmend Beachtung, hat indes auf der politischen Agenda noch keine angemessene Priorität. Es ist eine gesundheitspolitische Herausforderung, mit dem **Fokus Ungleichheit** die Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Sozialbereich vermehrt in den Blick zu nehmen.

Werden Patientinnen und Patienten stärker beteiligt, können Lebensqualität und Gesundheit verbessert, Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen herbeigeführt sowie Verbesserungspotenziale bei der Versorgungsqualität ausgeschöpft werden. Im internationalen Vergleich besteht in der Schweiz punkto **Patientenbeteiligung** noch Nachholbedarf. Entwicklungen zur Patientenbeteiligung haben hierzulande erst begonnen und sind künftig weiter auszubauen.

Der demografische Wandel sowie die Zunahme von chronischen und mehrfachen Erkrankungen bringen einen **steigenden Betreuungs- und Pflegebedarf** mit sich. Gleichzeitig zeichnet sich der **Fachkräftemangel** im Gesundheitswesen immer deutlicher ab. Damit erhalten Massnahmen im Bereich Rekrutierung, Ausbildung und Bindung von Fachkräften sowie Massnahmen sozialer Absicherung bzw. geregelter Arbeitsbedingungen **informeller Betreuung und Pflege** durch Personen aus dem sozialen Umfeld oder durch Angestellte im Privathaushalt eine wachsende gesundheitspolitische Bedeutung.

Um die Gesundheitsversorgung weiterhin sicherstellen zu können, ist eine Verbesserung der **Qualität durch Koordination** unabdingbar. Im Rahmen einer integrierten Versorgung arbeiten die Leistungserbringer in einem Netzwerk interprofessionell und institutionalisiert zusammen und stellen so über die ganze Versorgungskette hinweg eine fachgerechte Behandlung, Betreuung und Unterstützung der Patientinnen und Patienten sicher.

Das Gesundheitswesen ist in allen Bereichen - Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention, Patientensicherheit, Aufsicht und Vollzug - von einem raschen und weitreichenden **technologischen Wandel** geprägt, welcher neue gesundheitspolitische Herausforderungen für Gesellschaft und Politik mit sich bringt. Beispielhaft sind aktuelle Entwicklungen in den Bereichen Technik, «Personalisierte Medizin» und «eHealth» dargestellt.

Gesundheitszustand

In der Schweiz leben über zwei Millionen Personen mit einer chronischen Krankheit. Immer häufiger haben Menschen nicht nur eine, sondern mehrere chronische Erkrankungen gleichzeitig. **Chronische Erkrankungen und Multimorbidität** verlaufen dynamisch, sind dauerhaft und irreversibel. Damit beeinflussen sie langfristig alle Aspekte des Lebens und haben grossen Einfluss auf die berufliche und soziale Integration der Patientinnen und Patienten.

Psychische Erkrankungen treten häufig auf, sind aber in den letzten Jahrzehnten in der Grössenordnung stabil geblieben. Gleichwohl haben psychische Erkrankungen aufgrund ihres oft langfristigen Verlaufs und ihrer Komorbidität mit körperlichen Erkrankungen eine **zunehmende Bedeutung für das Gesundheits- und Sozialwesen**. Sie treten früh im Lebensverlauf auf und verursachen somit bei den Betroffenen über viele Jahre oder gar Jahrzehnte Leiden und Einschränkungen in ihrer Leistungsfähigkeit sowie hohe volkswirtschaftliche Kosten für die Gesellschaft.

Die soziale Integration hat eine positive Wirkung auf die Gesundheit. Insbesondere für chronisch oder mehrfach erkrankte Menschen ist **soziale Integration** eine gesundheits-erhaltende und -fördernde Quelle. Mit zunehmender Pflegebedürftigkeit, mit abnehmendem Aktionsradius, bei immer wieder auftretenden Krisen kann eine soziale und alltagspraktische Unterstützung ein tragendes Netz bilden.

Gesundheitsversorgung

In der **ambulanten Gesundheitsversorgung** ist die politische Agenda seit einigen Jahren gesetzt: Hausärztemangel, flexible Arbeitszeiten, Weiterbildung und Steuerung des Angebots sind Themen, die Bund und Kantone beschäftigen. Eine Studie von 2016 beleuchtet das Zusammenspiel der verschiedenen Akteure über die gesamte Behandlungskette der Grundversorgung hinweg, angefangen beim Zugang zur Versorgung, dem Angebot an Leistungen, der Patientenzentrierung bis hin zur Koordination der Versorgung. Diese Gesamtsicht zeigt mit Blick auf das gängige, ärztezentrierte Modell Optimierungspotenzial in der Hausarztmedizin auf.

In der **stationären Gesundheitsversorgung** haben in der Akutsomatik mit dem Übergang zur freien Spitalwahl die interkantonalen Patientenströme zugenommen. Damit erhält auch die interkantonale Zusammenarbeit und Koordination bei der Spitalplanung zunehmende Bedeutung. Im Bereich der Langzeitpflege führt die zunehmende Nutzung ambulanter Pflege zu Hause zu einem steigenden Anteil an stark pflegebedürftigen Menschen in den Alters- und Pflegeheimen. Mit der gleichzeitig erwarteten Zunahme von Demenzerkrankten werden sowohl die ambulante wie die stationäre Langzeitpflege anspruchsvoller, was angepasste Strukturen erfordert.

Neben der ambulanten Langzeitpflege zu Hause und der stationären Langzeitpflege in Institutionen gewinnt die Langzeitpflege in **intermediären Strukturen** zunehmend an Bedeutung. Tages- und Nachtstrukturen sowie Betreutes Wohnen spielen eine immer wichtiger werdende Rolle in der Betreuung und Pflege von unterstützungs-, betreuungs- oder pflege-

bedürftigen Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen somatischer oder psychischer Natur.

Gesundheitsförderung und Prävention

Heute fokussiert ein grosser Teil der Präventionsbemühungen auf einzelne Risikofaktoren und Verhaltensweisen. Dadurch werden strukturelle Faktoren wie die soziale oder psychische Dimension der Gesundheit oft vernachlässigt. Die Prävention von **psychischen Erkrankungen** ist entsprechend bedarfsgerecht zu planen und durchzuführen. Gleichzeitig ist den Wechselwirkungen von somatischen und psychischen Störungen vermehrt Beachtung zu schenken. So soll bei Personen, die chronisch oder mehrfach erkrankt sind immer auch die psychische Dimension berücksichtigt werden.

Bislang noch unterschätzt ist die hohe Wirksamkeit alltagspraktischer Unterstützung für die Gesundheitsförderung und Prävention wie auch für die Bewältigung psychischer oder chronischer, fortschreitender oder lebensbedrohlicher Erkrankungen. **Soziale Integration** hat eine direkte Wirkung auf die Gesundheit. Unterstützung aus dem sozialen Umfeld bildet die Grundlage informeller Betreuung und Pflege, welche für das Gesundheitswesen unverzichtbar ist.

Gesundheitsförderung und Prävention am Arbeitsplatz, zum Beispiel durch **Betriebliches Gesundheitsmanagement BGM** fördert das Wohlbefinden der Mitarbeitenden und trägt dazu bei, Stress abzubauen. Nachhaltig in die Gesundheit der Mitarbeitenden zu investieren, macht sich nicht zuletzt auch durch Einsparungen von direkten und indirekten Krankheitskosten bezahlt.

Für die **Gesundheitskompetenz** – also die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – ist für die Schweiz eine durchgezogene Bilanz zu ziehen. Optimierungspotenzial liegt in der Bereitstellung geeigneter und zugänglicher Informationsangebote, der Förderung von Selbstmanagement für chronisch oder mehrfach erkrankte Menschen oder auch in einer gezielteren Zusammenarbeit von Gesundheitswesen und Selbsthilfeorganisationen.

Gesundheitspolizeiliche Aufgaben

Gesundheitspolizeiliche Aufgaben sind Massnahmen, welche die öffentliche Gesundheit vor Gefährdungen schützen. Entsprechende Massnahmen umfassen den Vollzug von Bundesrecht wie z.B. den Vollzug der Vorschriften über den Umgang mit Heilmitteln (z.B. Heilmittelgesetz und entsprechende Verordnungen), Betäubungsmitteln, Lebensmitteln sowie die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Das neue Bundesgesetz vom 3. Dezember 2010 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz; EpG) ist seit 1. Januar 2016 in Kraft und ermöglicht eine frühzeitige Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung.

Kosten und Finanzierung

Die Kosten im Gesundheitswesen und insbesondere in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP sind in den letzten Jahren gestiegen und werden weiter ansteigen. Mit Blick auf Kosten und Finanzierung stehen die **nichtübertragbaren Krankheiten** im Zentrum

der gesundheitspolitischen Herausforderungen. Die höchsten direkten Kosten werden durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursacht, gefolgt von muskuloskelettalen Erkrankungen und psychischen Erkrankungen. Hinzu kommen die **indirekten Kosten** (Erwerbsunterbrüche, Frühpensionierungen, Erwerbsausfälle und Vorsorgelücken aufgrund erbrachter informeller Betreuung und Pflege), die sich allerdings nicht genau beziffern lassen. Besonders hohe indirekte Kosten entstehen auch durch psychische Krankheiten.

Die durch Hospitalisierungen entstandenen **Spitalkosten** sind gesamtschweizerisch seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung stark gestiegen. Ob sich mittel- und langfristig - wie erhofft - das Kostenwachstum eindämmen lässt, wird sich weisen; im Moment sind keine Anzeichen erkennbar. Mit Einführung der neuen Spitalfinanzierung 2012 haben sich die Kosten für die stationäre Versorgung in Appenzell Ausserrhoden reduziert. 2012 wurde der Kantonsanteil auf 47 % festgesetzt. Mit der gesetzlich vorgeschriebenen Erhöhung des Kantonsanteils sind diese Kosten kontinuierlich und 2014 aufgrund eines zusätzlichen Nachfragewachstums überproportional angewachsen. Nachdem die Kosten für die Spitalfinanzierung (ambulant und stationär) im Jahr 2014 einen Höchststand erreichten, konnten sie im Jahr 2015 reduziert werden; auch aufgrund der Umsetzung der Leistungsfinanzierung im Psychiatrischen Zentrum Appenzell Ausserrhoden PZA. Insgesamt waren die Kosten der Spitalfinanzierung 2015 leicht tiefer als 2011, dem Jahr vor der Einführung der neuen Spitalfinanzierung.

Die Kosten für die Pflege im Pflegeheim, die in Appenzell Ausserrhoden von den Gemeinden finanziert werden, haben seit der Neuordnung der Pflegefinanzierung im Jahr 2011 kontinuierlich zugenommen und sich im Jahr 2015 vorerst im Bereich von 6 Mio. Franken eingependelt. In den nächsten Jahren muss - infolge des demografischen Wandels - allerdings mit weiteren Kostensteigerungen gerechnet werden. In der **ambulanten Pflege** verdoppelten sich die Kosten in den Jahren 2011 bis 2015 auf etwa 3 Mio. Franken; diese Kostensteigerung lässt sich mit qualitativen Verbesserungen der ambulanten Versorgung erklären. Appenzell Ausserrhoden hat im gesamtschweizerischen Vergleich immer noch ein unterdurchschnittliches Mengenangebot in der ambulanten Pflege und damit - trotz der Kostensteigerung - im interkantonalen Vergleich tiefe Kosten zu verzeichnen.

Die finanziellen Mittel für **Prävention und Gesundheitsförderung** sind in Appenzell Ausserrhoden im Rahmen der kantonalen Sparmassnahmen und der Aufgabenüberprüfung stark reduziert worden.

Die Ausgaben des Kantons für **die Individuelle Prämienverbilligung** sind in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen. Mit dem Entlastungspaket 2015 wurde die Verbilligung von Prämien für Kinder und junge Erwachsene in Ausbildung von bisher 100% auf 75% herabgesetzt, womit sich die Ausgaben des Kantons leicht reduzierten.

1

Ausgangslage in Appenzell Ausserrhoden

Der Regierungsrat plant die Gesundheitspolitik und erstattet dem Kantonsrat gemäss Art.12 Gesundheitsgesetz Appenzell Ausserrhoden alle vier Jahre Bericht. Bislang wurden drei Berichte veröffentlicht: 2010 der Bericht zum Gesundheitszustand in Appenzell Ausserrhoden¹, 2012 der Bericht zur Gesundheitsversorgung im Kanton² und 2014 der Zwischenbericht zu Gesundheitszustand und Gesundheitsversorgung³. Dieses Kapitel schildert die Ausgangslage im Jahr 2016 für die Gesundheitsberichterstattung in Appenzell Ausserrhoden.

1.1 Auftrag und Zielsetzung

Mit Bezug auf den Gesundheitsbericht 2012 verabschiedete der Regierungsrat am 21. Oktober 2014 den Zwischenbericht 2014 zuhanden des Kantonsrates. An der Sitzung vom 1. Dezember 2014 genehmigte der Kantonsrat den Bericht. Mit Beschluss vom 1. Juli 2014 hat der Regierungsrat im Rahmen der Aufgabenüberprüfung AÜP auf die Erstellung weiterer Zwischenberichte zum Gesundheitsbericht verzichtet.

Die Erarbeitung des Zwischenberichts 2014 hat gezeigt, dass der Informationsgewinn für Dritte, zwei Jahre nach der Publikation des Gesundheitsberichts, eher gering ist. Um Veränderungen im Gesundheitswesen zu beobachten, ist zwischen den Messpunkten ein längerer Zeitraum sinnvoll. So erhebt beispielsweise der Bund die Daten zum Gesundheitszustand der Bevölkerung nur alle fünf Jahre. Aus diesem Grund sind 2016 die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung zum Gesundheitszustand der Bevölkerung noch immer auf dem Stand von 2012. Erst 2017 wird die nächste Gesundheitsbefragung durchgeführt. Deren Ergebnisse und Auswertungen werden 2019 vorliegen.

Die Erstellung eines Gesundheitsberichts erfordert hohen Aufwand in personeller, zeitlicher und finanzieller Hinsicht, insbesondere auch, was die Datenaufbereitung anbelangt. Derzeit sind keine Ressourcen verfügbar für eine intern oder extern durchgeführte vorzeitige umfassende Erhebung und Auswertung von kantonalen Datensätzen.

Aus diesen Erwägungen unterscheidet sich die Gesundheitsberichterstattung 2016 von den bisher vorgelegten Berichten. Auf eigene Datenerhebungen und -auswertungen für die Gesundheitsberichterstattung wird verzichtet. Der Blick wird auf die nationale Ebene gerichtet. Mit einer umfassenden Recherche wird ein Überblick über **neue Herausforderungen**,

1 «Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007» vgl. Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007, 2010

2 «Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012» vgl. Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012, 2012

3 «Zwischenbericht zum Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012 vom 21. Oktober 2014» vgl. Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, Zwischenbericht zum Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012, 2014

Fakten und Massnahmen in den Bereichen Gesundheitspolitik, Gesundheitszustand und Gesundheitsversorgung in der Schweiz für das Jahr 2016 zusammengetragen. Dies geschieht ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Wo vorhanden, werden die Fakten und Trends für Appenzell Ausserrhoden aufgeführt.

Der Bericht legt den Schwerpunkt auf die gesundheitspolitischen Herausforderungen und damit auf den Handlungsbedarf für eine zeitgemässe und zukunftsfähige Weiterentwicklung des bereits qualitativ hochstehenden Gesundheitssystems.

1.2 Strategische Positionen des Regierungsrates

Mit dem «Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012»⁴ hat der Regierungsrat 2012 vierzehn Strategische Positionen verabschiedet und 2015 für das «Regierungsprogramm 2016 - 2019»⁵ weiterführende gesundheitspolitische Positionen formuliert:

«Ambulant und stationär» (2012, 2016)

Die Weiterentwicklung des Grundsatzes «ambulant **vor** stationär» zu «ambulant **und** stationär» stützt sich auf neuere Erkenntnisse, dass nicht in allen Fällen eine ambulante Versorgung einer stationären vorzuziehen ist. Sowohl aus qualitativer wie auch aus finanzieller Sicht ist die Betreuung, Pflege und Behandlung ab einem gewissen Schweregrad in einem Pflegeheim angezeigt. Mittlerweile wird dies auf nationaler Ebene und in verschiedenen Kantonen von verschiedenen Gremien und Organisationen für die Sicherstellung eines bedarfsgerechten Angebotes für pflege- und betreuungsbedürftige Menschen als zeitgemässer angesehen. Vor dem Hintergrund des ausgewiesenen Handlungsbedarfs bei der Entwicklung, Konsolidierung und Finanzierung eines breit gefächerten Betreuungs-, Pflege- und Unterstützungsangebots wird der Grundsatz «ambulant **und** stationär» der Bewältigung der Herausforderungen gerechter. Folgerichtig heisst, gestützt auf die obigen Ausführungen, die strategische Position neu «ambulant und stationär».

«Dezentrale ambulante Grundversorgung» (2012)

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.

«Interprofessionelle Grundversorgung» (2012)

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.

«Anerkennung der Leistungen von pflegenden Angehörigen» (2012)

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.

«Sicherung der kantonalen stationären Grundversorgung» (2012)

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

«Zusammenarbeit mit den Ostschweizer Kantonen im Bereich der stationären Psychiatrie» (2012)

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

⁴ Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012, 2012

⁵ Regierungsrat Appenzell Ausserrhoden, Regierungsprogramm 2016 - 2019, 2015

«Sicherung der kostengünstigen und qualitativ guten Versorgung mit Pflegeheimplätzen»

(2012)

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

«Nachhaltige Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen im Kanton» (2012, 2016)

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.⁶ Der Regierungsrat setzt sich dafür ein, die Ausbildungskapazitäten in allen Fachgebieten der Gesundheitsversorgung zu erhalten oder zu erhöhen, insbesondere im Bereich der stationären und ambulanten Pflege und bei den therapeutischen Berufen. Die Institutionen (Spitäler, Heime, Spitex) sollen in den Leistungsverträgen bzw. bei der Erteilung von Bewilligungen entsprechend verpflichtet werden. Der Regierungsrat unterstützt die Berufsverbände und Institutionen bei der Umsetzung ihres Ausbildungsauftrages.⁷

«Bedürfnisgerechte medizinische Versorgung im Alter» (2012)

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

«Würdevolles Sterben» (2012)

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.

«Gesundheitsförderung und Prävention wird umfassend verstanden» (2012)

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.

«Gesundheitsförderung und Prävention wirken langfristig kostendämpfend, nicht nur im Gesundheitswesen» (2012)

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

«Impfungen werden als wirksamer Schutz vor Krankheiten wahrgenommen» (2012)

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.

⁶ Strategische Position «Förderung der Ausbildung» von 2012

⁷ Regierungsrat Appenzell Ausserrhoden, Regierungsprogramm 2016 – 2019, 2015, S.10

«Aktive und verantwortungsvolle Einflussnahme auf Kostensteigerungen im Gesundheitswesen» (2012)

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

«Breit gefächertes Angebot an Betreuungs-, Pflege- und Unterstützungsangeboten (2016)

Der Regierungsrat sorgt für eine vorausschauende Bedarfsermittlung und Planung des pflegerischen Angebots für ältere Menschen. Er setzt sich dafür ein, dass bedürfnisgerechte und vielfältige Pflege- und Betreuungsangebote wohnortnah zur Verfügung stehen. Der Regierungsrat ebnet den Weg für innovative Formen der Gesundheitsvorsorge sowie der Pflege und Betreuung für die ältere Bevölkerung. Ziel ist, die aktive und selbständige Lebensgestaltung der älteren Menschen im vertrauten Umfeld durch eine breite Palette von Unterstützungsangeboten zu erhalten und zu fördern. Pflegeheime gewährleisten eine fachgerechte Pflege und Betreuung bis zum Tod.

«Förderung der Generationensolidarität» (2016)

Der Regierungsrat fördert Projekte, welche die Solidarität zwischen den Generationen stärken. Im Fokus stehen das ehrenamtliche Engagement und die Unterstützung von Vereinen und Organisationen, die die Freiwilligenarbeit begünstigen.

1.3 Massnahmen Zwischenbericht 2014: Status Ende 2016

Nachfolgend ist der Status Ende 2016 der im Zwischenbericht 2014 dargestellten Massnahmen und Projekte aufgeführt, die zum Zeitpunkt der Berichterstattung «Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012» neu aufgelegt worden sind.

Fünf Massnahmen sind in den Status «ständige Aufgabe» übergegangen: Ärztelefon, Schulärztliche Untersuchungen, Schulzahnärztliche Untersuchungen, Ostschweizer Forum für psychische Gesundheit, HPV-Impfprogramm.

Die dargestellten Aufgaben sind eine Momentaufnahme Stand Ende 2016 und bilden damit lediglich einen kleinen Ausschnitt ab, welcher der grossen Vielfalt ständiger Aufgaben sowie neuer Massnahmen und Projekte des Departements Gesundheit und Soziales Appenzell Ausserrhoden nicht gerecht zu werden vermag.

	Zwischenbericht 2014	Status Ende 2014	Status Ende 2016
Massnahme			
Ambulante Notfallversorgung	S.42	in Abklärung	in Abklärung
Psychiatrieversorgung Appenzell Ausserrhoden	S.43	zurückgestellt	stationär: umgesetzt ambulant: in Umsetzung
Monitoring der ambulanten Versorgung in Appenzell Ausserrhoden	S.44	in Umsetzung	Massnahmenvorschläge liegen vor
Unterstützung von pflegenden Angehörigen	S.45	in Abklärung	pendent
Koordination in der stationären psychiatrischen Versorgung	S.55	zurückgestellt	in Umsetzung
Praxisassistentenstellen Hausarztmedizin	S.56	in Umsetzung	verlängert bis 2019
Monitoring der Gesundheitsfachpersonen in Ausbildung	S.57	in Umsetzung	Massnahmenvorschläge liegen vor
Geriatriekonzept Appenzell Ausserrhoden	S.58	zurückgestellt	Projektstart 2018
Konzept für die palliative Versorgung Appenzell Ausserrhoden	S.58	in Vorbereitung	Das Konzept wird dem Regierungsrat 2017 zur Genehmigung unterbreitet.
5-Jahres-Aktionsplan 2014 - 2018 für eine Präventionspolitik Alkohol/Tabak/Cannabis in Appenzell Ausserrhoden	S.65	in Umsetzung	in Umsetzung
Gesundes Körpergewicht	S.66	in Umsetzung	2015 aus finanziellen Gründen beendet

2

Fokus Gesundheitspolitik in der Schweiz: Neue Herausforderungen, Fakten und Massnahmen

2.1 Nationale Gesundheitspolitik

Die Gesundheitspolitik ist in Bewegung - in den Kantonen und insbesondere auch auf Ebene Bund. Dieses Kapitel gibt eine aktuelle Übersicht über die grosse Anzahl und Vielfalt von Nationalen Strategien sowie gesundheitspolitisch relevanten Gesetzgebungsvorhaben und wirft einen Blick auf die gesamtschweizerische Tarifstruktur Stand Ende 2016.

2.1.1 Nationale Strategien

Im Januar 2013 hat der Bundesrat mit **«Gesundheit2020»** seine gesundheitspolitische Agenda für die kommenden Jahre verabschiedet. Das Gesundheitswesen soll auf die Herausforderungen der Zukunft ausgerichtet werden. Die Strategie umfasst vier Handlungsfelder «Lebensqualität», «Chancengleichheit», «Versorgungsqualität» und «Transparenz» mit 12 Zielen. Bis 2016 wurden die Prioritäten planmässig umgesetzt. Der Bundesrat hat im Rahmen von Gesundheit2020 verschiedene Berichte und Botschaften erlassen sowie Nationale Strategien und Aktionspläne verabschiedet:

Im November 2014 hat die Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK die Vereinbarung zur **«Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung»** verabschiedet. Das Modell verpflichtet grundsätzlich alle auf der Spitalliste aufgeführten Spitäler und Kliniken, die ihrer Kapazität entsprechende Anzahl Assistenzärzte und -ärztinnen weiterzubilden.⁸

Im Dezember 2014 hat der Bundesrat einen **«Aktionsplan zur Unterstützung von betreuenden und pflegenden Angehörigen»** gutgeheissen. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird die informelle Betreuung und Pflege kranker Personen durch Angehörige oder Bezugspersonen künftig noch wichtiger. Zudem verfügt das Gesundheitssystem für eine vollumfängliche professionelle ambulante Pflege weder über die personellen noch über die finanziellen Ressourcen. Der Bundesrat hat deshalb verschiedene Massnahmen lanciert, um Angehörige zu unterstützen und prüft, wie die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Erwerbstätigkeit zusätzlich gefördert werden kann. Die Umsetzung dieser Massnahmen soll gemeinsam mit den Kantonen, Gemeinden und privaten Organisationen angegangen werden⁹ (vgl. S.36).

Im Januar 2015 wurde an der zweiten Nationalen Konferenz Gesundheit2020 das Projekt **«Koordinierte Versorgung»** lanciert. Dieses Projekt des Bundes hat zum Ziel, die koordinierte Versorgung für diejenigen Patientengruppen zu verbessern, die viele unterschied-

⁸ Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, Medienmitteilung 20.11.2014, http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=766&no_cache=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=480&cHash=f98dec2de644cf16dcef4aaf191753e7, abgerufen am 20.12.2016

⁹ Bundesamt für Gesundheit BAG, Medienmitteilung vom 5.12.2014, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-55520.html>, abgerufen am 20.12.2016

liche und aufwändige Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen – also jene zehn Prozent der Versicherten, die gemeinsam siebzig bis achtzig Prozent der Leistungen beanspruchen. Dazu gehören hochbetagte multimorbide Menschen, chronisch kranke Menschen, psychisch kranke Menschen oder Sozialhilfebeziehende¹⁰ (vgl. S. 41).

Im April 2015 hat der Bundesrat einen Bericht zum Thema **«Pendelmigration zur Alterspflege»** gutgeheissen. Darin werden mögliche Lösungen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Pendelmigrantinnen aufgezeigt. Im September 2016 wurde eine Abschätzung der Regulierungsfolgekosten und vorgeschlagenen Lösungswege mit den Dachverbänden und nationalen Organisationen diskutiert und in die Vernehmlassung gegeben¹¹ (vgl. S. 37).

Im Mai 2015 hat der Bundesrat den Umsetzungsplan für das im Oktober 2014 lancierte **«Nationale Konzept Seltene Krankheiten»** verabschiedet. Der Plan ist in vier Projekte gegliedert: Schaffung von Referenzzentren für Krankheiten, die besondere Aufmerksamkeit erfordern; Standardisierung der Vergütungsmechanismen; Schaffung von Informationsplattformen; Ausbildung und Wissenstransfer bei den Gesundheitsfachleuten. Die Umsetzungsphase ist befristet bis Ende 2017.¹²

Im Mai 2015 hat der Nationale Dialog Gesundheitspolitik den Bericht **«Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder»** verabschiedet. Der Bericht zeigt den Handlungsbedarf auf in den Bereichen Sensibilisierung, Entstigmatisierung und Information; Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung; Advocacy und Wissensgrundlagen; Strukturen und Ressourcen. Im November 2016 haben Bund, Kantone und Gesundheitsförderung Schweiz einen Massnahmenplan verabschiedet¹³ (vgl. S. 46).

Im Mai 2015 hat der Nationale Dialog Gesundheitspolitik beschlossen, die Nationale Strategie Palliative Care in eine **«Plattform Palliative Care»** zu überführen. Bund und Kantone hatten im Oktober 2009 die «Nationale Strategie Palliative Care» verabschiedet und bis 2015 umgesetzt. Die neue Plattform soll dazu beitragen, den Erfahrungs- und Wissensaustausch gezielt zu fördern. Ziel ist, dass Palliative Care allen Menschen bedarfsgerecht und in guter Qualität zur Verfügung steht. Die Plattform wird Anfang 2017 lanciert.¹⁴

Im Mai 2015 hat der Bundesrat einen Zwischenbericht **«Komplementärmedizin: Stand der Umsetzung von Artikel 118a der Bundesverfassung - Schwerpunkt: Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung»** verabschiedet. Die Umsetzung der Berücksichtigung und Integration der Komplementärmedizin im Gesundheitssystem ist auf Kurs.¹⁵

Im Juni 2015 hat der Bundesrat den Bericht **«Patientenrechte und Patientenpartizipation»** verabschiedet. Patientinnen und Patienten sollen besser über ihre Rechte und über bestehende Beratungsangebote informiert werden. Sie sollen ausserdem im politischen

10 Website Bundesamt für Gesundheit BAG, Gesundheitspolitik, Koordinierte Versorgung, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html>, abgerufen am 20.12.2016

11 Bundesrat, Medienmitteilung 29.4.2015, <https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=57057>, abgerufen am 13.7.2016 und Website Staatssekretariat für Wirtschaft SECO, Arbeitsbedingungen, <https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Arbeitnehmerschutz/24-stunden-betragtenbetreuung.html>, abgerufen am 19.12.2016

12 Bundesrat, Medienmitteilung 13.5.2015, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-57239.html>, abgerufen am 20.12.2016

13 Website Bundesamt für Gesundheit BAG, Psychische Gesundheit, Dialogbericht psychische Gesundheit, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/psychische-gesundheit/politische-auftraege-im-bereich-psychische-gesundheit/dialogbericht-psychische-gesundheit.html>, abgerufen am 20.12.2016

14 Bundesamt für Gesundheit BAG, Medienmitteilung 29.5.2015, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-57455.html>, abgerufen am 20.12.2016. Für Appenzell Ausserrhoden wird auf das «Konzept Palliative Care Appenzell Ausserrhoden» (2017) verwiesen.

15 Website Bundesamt für Gesundheit BAG, Stand der Umsetzung des neuen Verfassungsartikels zur Komplementärmedizin, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/stand-umsetzung-des-neuen-verfassungsartikels-zur-komplementaermedizin.html>, abgerufen am 20.12.2016

Prozess eine stärkere Stimme erhalten. Patientinnen und Patienten, die informiert sind und gleichberechtigt in den Behandlungsprozess einbezogen werden, tragen auch dazu bei, das Gesundheitssystem weiter zu verbessern.¹⁶

Im November 2015 hat der Bundesrat die **«Nationale Strategie Sucht 2017-2024»** verabschiedet und das Bundesamt für Gesundheit BAG beauftragt, bis Ende 2016 einen Massnahmenplan zu erarbeiten. Nach der ersten Umsetzungsphase wird bis Ende 2020 eine Zwischenevaluation durchgeführt und die Strategie, falls notwendig, für die Umsetzung der zweiten Phase angepasst. Die Nationale Strategie Sucht beschreibt die übergreifende Ausrichtung der schweizerischen Suchtpolitik für die kommenden Jahre und löst zusammen mit der Nationalen Strategie zur Prävention nicht übertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) die nationalen Programme Alkohol und Tabak sowie das Massnahmenpaket Drogen ab.¹⁷ Im Dezember 2016 hat der Bundesrat den Massnahmenplan genehmigt.¹⁸

Im November 2015 hat der Bundesrat die **«Nationale Strategie gegen Antibiotikaresistenzen StAR»** verabschiedet. Die Wirksamkeit von Antibiotika soll langfristig gesichert und die Resistenzbildung eingedämmt werden. Der Ansatz der Strategie folgt dem sogenannten One-Health-Ansatz und umfasst neben der menschlichen Gesundheit auch die Tiergesundheit, die Landwirtschaft, die Lebensmittel- und Ernährungssicherheit sowie die Umwelt.¹⁹ Zu den zentralen Massnahmen gehören die Überwachung des Antibiotikaeinsatzes, die Verbesserung der Hygiene in Spitälern und Heimen zur Prävention, Richtlinien zum sachgemässen Umgang mit Antibiotika²⁰ (vgl. S. 70). Im November 2016 sind bereits zwei Drittel der 35 Massnahmen zur Eindämmung der Resistenzen in Angriff genommen worden.²¹

Im März 2016 hat der Bundesrat in seinem Bericht zur **«Zukunft Psychiatrie in der Schweiz»** eine Auslegeordnung über die psychiatrische Versorgung vorgenommen und den Entwicklungsbedarf aufgezeigt. Ziel ist es, die Grundlagen für die Planung und Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen zu verbessern sowie die Qualifikation von Fachpersonen zu unterstützen. Daneben soll künftig auch die Prävention psychischer Erkrankungen weiter gefördert werden. Dazu hat der Bundesrat im November 2016 weitere Massnahmen verabschiedet²² (vgl. S. 46).

Im März 2016 hat der Bundesrat die **«Nationale Strategie NOSO»** gegen Spital- und Pflegeheiminfektionen verabschiedet. Die Zahl der Menschen, die in Schweizer Spitälern und Pflegeheimen an nosokomialen Infektionen erkranken, soll sinken. Geplant sind bessere Hygienestandards, vermehrte Überwachung, stärkere Vermeidung und der Ausbau von Bildung und Forschung²³ (vgl. S. 70).

Im März 2016 hat der Bund in Zusammenarbeit mit den Kantonen den Entwurf für die **«Nationale Strategie zu Impfungen NSI»** vorgelegt. Diese zielt darauf ab, die Bevölkerung ausreichend gegen die durch Impfungen vermeidbaren Krankheiten zu schützen. Die Strategie stützt sich auf das revidierte Epidemiengesetz (vgl. S. 24) und schafft als Rah-

16 Bundesrat, Medienmitteilung 25.6.2015, <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-57802.html>, abgerufen am 29.7.2016

17 Bundesrat, Medienmitteilung 11.11.2015, <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-59398.html>, abgerufen am 29.7.2016 und Bundesrat, Strategie Sucht 2017-2024, 2015, S. 7, 16

18 Bundesamt für Gesundheit BAG, Medienmitteilung 2.12.2016, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/news/strategie-sucht.html>, abgerufen am 19.12.2016

19 Bundesrat, Strategie Antibiotikaresistenzen Schweiz StAR, 2015, S. 19

20 Bundesrat, Medienmitteilung 18.11.2015, <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-59515.html>, abgerufen am 29.7.2016

21 Bundesamt für Gesundheit, Medienmitteilung 18.11.2016, <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-64546.html>, abgerufen am 19.12.2016

22 Bundesrat, Medienmitteilung 11.3.2016, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-60940.html>, abgerufen am 20.12.2016

23 Bundesrat, Medienmitteilung 23.3.2016, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-61044.html>, abgerufen am 20.12.2016

menstrategie die Voraussetzungen für einen koordinierten, effektiven und effizienten Einsatz der Impfungen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit. Die Umsetzung ist auf 2017 geplant.²⁴

Im März 2016 hat der Bundesrat im Rahmen der **«Fachkräfteinitiative-plus (FKI-plus)»** zwei Förderprogramme für das Gesundheitswesen gutgeheissen. Mit der FKI-plus wird die Fachkräfteinitiative aus dem Jahr 2011 intensiviert. Sie stellt eine der wichtigsten Begleitmassnahmen zur Umsetzung des Artikels 121a der Bundesverfassung (Steuerung der Einwanderung; Masseneinwanderungsinitiative) dar. Ziel des «Förderprogramms Unterstützungs- und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige 2017-2020» ist es, Pflege- und Betreuungskurse, mobile therapeutische Angebote, Betreuungsangebote oder rasche Unterstützungsangebote in Notfällen zu entwickeln. Ziel des «Förderprogramms Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017-2020» ist es, eine koordinierte Zusammenarbeit in interprofessionellen Teams zu stärken.²⁵

Im April 2016 haben der Bund und die Kantone die **«Nationale Strategie zur Prävention nicht übertragbarer Krankheiten NCD-Strategie 2017-2024»** verabschiedet. Die Strategie hat zum Ziel, den Ausbruch von Krankheiten wie Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes zu verhindern, zu verzögern oder die Folgen zu mildern. Sie baut auf bestehenden Präventionsaktivitäten auf und bündelt die Kräfte aller beteiligten Akteure.²⁶ Im November 2016 haben der Bund, die Kantone und die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz den Massnahmenplan zur Umsetzung der NCD-Strategie genehmigt. Er umfasst 14 Massnahmen in drei Handlungsfeldern: Prävention und Gesundheitsförderung in der allgemeinen Bevölkerung, Prävention in der Gesundheitsversorgung sowie Prävention in der Wirtschafts- und Arbeitswelt. Der Massnahmenkatalog ist im Januar 2017 in die Umsetzung gegangen²⁷ (vgl. S. 45).

Im Mai 2016 wurden für das laufende Jahr zur Umsetzung der gesundheitspolitischen Agenda **Gesundheit2020 zehn Prioritäten** bestimmt. Drei Prioritäten betreffen strategische Vorhaben des Bundes (Nationale NCD-Strategie, Health Technology Assessment, Aktionsplan Suizidprävention), sieben Prioritäten sind Gesetzgebungsvorhaben²⁸ (vgl. S. 24).

Im Mai 2016 hat der Bundesrat beschlossen, **Health Technology Assessment HTA** zu stärken im Sinne einer systematischen Überprüfung von medizinischen Leistungen. Nicht wirksame und nicht effiziente Leistungen sollen identifiziert und von der Vergütung durch die OKP ausgeschlossen werden. Ziel ist es, mit Effizienzgewinnen Kosten einzusparen sowie die Qualität und Patientensicherheit zu erhöhen²⁹ (vgl. S. 69).

Im Mai 2016 hat der Bundesrat einen Bericht über die **«Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege»** verabschiedet. Er zeigt darin auf, welche die Herausforderungen der Langzeitpflege sind und mit welchen Massnahmen diesen begegnet werden soll. Vorgesehen sind Massnahmen in den Bereichen Prävention; Entlastung der

24 Website Bundesamt für Gesundheit BAG, Nationale Gesundheitsstrategien, Nationale Strategie zu Impfungen NSI, https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationale-strategie-impfungen-nsi.html#dokumente__content_bag_de_home_themen_strategien-politik_nationale-gesundheitsstrategien_nationale-strategie-impfungen-nsi_jcr_content_par_tabs, abgerufen am 19.12.2016

25 Bundesrat, Medienmitteilung 4.3.2016, <https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=60859>, abgerufen am 13.7.2016

26 Bundesrat, Medienmitteilung 6.4.2016, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-61241.html>, abgerufen am 20.12.2016

27 Eidgenössisches Departement des Innern EDI, Medienmitteilung 24.11.2016, <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-64667.html>, abgerufen am 15.12.2016

28 Bundesrat, Medienmitteilung 18.5.2016, <https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=61647>, abgerufen am 7.7.2016

29 Bundesrat, Medienmitteilung 4.5.2016, <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-61615.html> und Bundesrat, Medienmitteilung 11.7.2016, <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-62504.html>, abgerufen am 29.7.2016

pflegenden Angehörigen; Versorgung; Qualität und Effizienz in der Pflege sowie Monitoring. Gemeinsam mit den Kantonen sollen die bereits ergriffenen Massnahmen weiter konkretisiert werden³⁰ (vgl. S.57).

Im Mai 2016 hat der Bundesrat die Botschaft zum **Stabilisierungsprogramm 2017 - 2019** verabschiedet. Das Programm sieht jährliche Entlastungen des Bundeshaushaltes bis zu einer Milliarde Franken vor. Viele der Massnahmen würden zu Lastenabwälzungen auf die Kantone führen. Darunter befinden sich auch Massnahmen, die relevant sind für die Gesundheitspolitik. So schlägt der Bundesrat etwa vor, den Beitrag des Bundes an die Prämienverbilligung zu reduzieren. Damit würde den Kantonen ein Beitrag des Bundes in Höhe von rund 75 Millionen Franken entfallen. Die Konferenz der Kantonsregierungen KdK hat sich im Juni 2016 dagegen ausgesprochen³¹ (vgl. S.78).

Im November 2016 haben Bund und Kantone im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik beschlossen, die Nationale Demenzstrategie bis 2019 zu verlängern³² (vgl. S.46). Die Umsetzung der **«Nationalen Demenzstrategie 2014 - 2019»** ist vorangeschritten. Die Projekte orientieren sich an bewährten Modellen guter Praxis in den Bereichen Gesundheitskompetenz, Information und Partizipation; Bedarfsgerechte Angebote; Qualität und Fachkompetenz; Daten und Wissensvermittlung.³³

Im November 2016 hat der Bundesrat den Bericht **«Beabsichtigte Massnahmen zur psychischen Gesundheit in der Schweiz»** verabschiedet, welcher aufzeigt, wie die Kantone in der Umsetzung ihrer Programme unterstützt werden sollen, um die psychische Gesundheit in der Bevölkerung zu verbessern. Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz wird dazu ab 2017 kantonale Aktionsprogramme zur psychischen Gesundheit finanzieren.³⁴

Im November 2016 haben Bund und Kantone den **«Aktionsplan Suizidprävention»** verabschiedet. Suizide und Suizidversuche sollen in allen Altersgruppen reduziert werden. Ziel ist es, bis 2030 die jährliche Zahl der Todesfälle um 300 zu reduzieren.³⁵ Der Aktionsplan fokussiert nicht-assistierte Suizide. Er setzt auf unterschiedlichen Ebenen an: Besser über die Suizidgefährdung informieren, Betroffenen Hilfestellungen anbieten, sie wirksam betreuen und behandeln, den Zugang zu Brücken, Schienen sowie zu Medikamenten erschweren. Die Umsetzung des Aktionsplans folgt ab 2017³⁶ (vgl. S.48).

Im Dezember 2016 hat der Bundesrat zur Verstärkung der Suchtprävention den **Massnahmenplan zur Nationalen Strategie Sucht 2017 - 2024** genehmigt. Die Strategie soll Suchterkrankungen vorbeugen und suchtgefährdeten Menschen frühzeitige Unterstützung bieten. Die Massnahmen ermöglichen auch, die Prävention bei Kindern und Jugendlichen auszubauen und die Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringer zu verbessern. Zu-

30 Bundesrat, Medienmitteilung vom 25.5.2016, <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen/bundesrat.msg-id-61858.html>, abgerufen am 7.7.2016

31 Konferenz der Kantonsregierungen KdK, Newsletter 3/2016, http://web.inxmail.com/chstiftung/archiv_newsletter_kdk_de.jsp?mail=1547&c=display, abgerufen am 26.7.2016

32 Eidgenössisches Departement des Innern EDI, Medienmitteilung 24.11.2016, <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-64667.html>, abgerufen am 15.12.2016

33 Website Bundesamt für Gesundheit BAG, Nationale Demenzstrategie 2014 - 2019: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationale-demenzstrategie-2014-2017.html>, abgerufen am 20.12.2016

34 Eidgenössisches Departement des Innern EDI, Medienmitteilung 24.11.2016, <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-64667.html>, abgerufen am 15.12.2016

35 Eidgenössisches Departement des Innern EDI, Medienmitteilung 24.11.2016, <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-64667.html>, abgerufen am 15.12.2016

36 Bundesamt für Gesundheit, Medienmitteilung 26.2.2016, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-60783.html>, abgerufen am 29.7.2016 und Website Bundesamt für Gesundheit BAG, Gesundheitspolitik, Psychische Gesundheit, <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14173/14972/index.html?lang=de>, abgerufen am 21.12.2016

dem soll die Zusammenarbeit zwischen Suchthilfeorganisationen und Polizei intensiviert und die Arbeitsintegration gefördert werden.³⁷

2.1.2 Bundesgesetze

Im April 2014 hat die Schweiz die **UNO-Behindertenrechtskonvention**³⁸ ratifiziert. In Ergänzung zum bestehenden Schweizer Behindertenrecht hat die Konvention zum Ziel, dass Menschen mit Behinderungen ihre Rechte in gleichem Masse ausüben können wie Menschen ohne Behinderungen. Für Personen mit psychischen Erkrankungen sind verschiedene Artikel wie beispielsweise die allgemeine Sicherheit oder der Schutz der Unversehrtheit der Person wichtig.³⁹

Im September 2014 hat das Parlament das neue **Krankenversicherungsaufsichtsgesetz KVAG** und die Krankenversicherungsaufsichtsverordnung KVAV verabschiedet. Damit wird die Aufsicht über die Krankenversicherer verstärkt und gleichzeitig die Transparenz erhöht. Gesetz und Verordnung sind seit dem 1. Januar 2016 in Kraft. Grundsätzlich gilt nach wie vor, dass die Prämien der OKP (Grundversicherung) jeweils die Kosten decken müssen. Die neue Regelung erlaubt den Krankenversicherern jedoch, einen Teil ihrer Kapitalerträge in die Kostenberechnungen für die Prämien einzubeziehen. Zudem dürfen sie unter bestimmten Voraussetzungen übermässige Reserven abbauen. Diese beiden Regelungen erlauben ihnen, den Versicherten tiefere Prämien anzubieten. Das Bundesamt für Gesundheit BAG als Aufsichtsbehörde kann die Versicherer zudem verpflichten, ihre Prämien anzupassen, wenn diese gemessen an den Kosten zu hoch sind; dies war bisher nicht möglich.⁴⁰

Im Februar 2015 hat der Bundesrat im Bereich der Invalidenversicherung IV die Leitlinien für den nächsten Reformschritt, die **Weiterentwicklung der IV**⁴¹, verabschiedet. Ziel ist weiterhin, der Invalidisierung vorzubeugen und die Eingliederung zu verstärken. Dies soll erreicht werden durch eine vermehrte Unterstützung für jene Zielgruppen, bei denen die bisherigen IV-Revisionen gemäss Evaluation nicht den erwarteten Erfolg zeigten. So blieb die Anzahl psychisch bedingter Renten konstant. Die Neurenten der 18- bis 24-Jährigen gingen weniger deutlich zurück als in den anderen Altersgruppen. Und es zeigte sich, dass die IV auch enger mit der Arbeitswelt verknüpft werden muss.⁴²

Im Mai 2015 hat der Bundesrat im Rahmen seiner Qualitätsstrategie beschlossen, bestehende Aktivitäten in einem Netzwerk - statt wie ursprünglich geplant in einem Zentrum für Qualität - zu koordinieren und auszubauen. Die Umsetzung des Netzwerks bedingt eine Änderung des Bundesgesetzes über die **obligatorische Krankenversicherung KVG**⁴³; auf ein eigenständiges Gesetz kann indessen verzichtet werden.⁴⁴

Im Juni 2015 hat das Parlament das Bundesgesetz über das **Elektronische Patientendossier EPDG**⁴⁵ verabschiedet. Mit dem elektronischen Patientendossier sollen die Qualität der medizinischen Behandlung gestärkt, die Behandlungsprozesse verbessert, die Patientensicherheit erhöht und die Effizienz des Gesundheitssystems gesteigert sowie die Gesund-

37 Bundesamt für Gesundheit BAG, Medienmitteilung 2.12.2016, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/news/strategie-sucht.html>, abgerufen am 19.12.2016

38 Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13.12.2006

39 Bundesrat, Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz, 2016, S. 10

40 Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung KVAG, Bundesamt für Gesundheit BAG, Medienmitteilung vom 18.11.2015, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-59507.html>, abgerufen am 21.12.2016

41 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung IVG vom 19.6.1959

42 Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, Medienmitteilung vom 25.2.2015, <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/publikationen-und-service/medieninformationen/nsb-anzeigeseite.msg-id-56331.html>, abgerufen am 21.12.2016

43 Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG vom 18.3.1994

44 Bundesrat, Medienmitteilung 13.5.2015, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-57253.html>, abgerufen am 14.7.2016

45 Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier EPDG vom 19.6.2015

heitskompetenz der Patientinnen und Patienten gefördert werden. Das Gesetz soll 2017 in Kraft treten.⁴⁶

Im November 2015 hat der Bundesrat die Teilrevision des Bundesgesetzes über **Ergänzungsleistungen zur AHV/IV ELG**⁴⁷ in die Vernehmlassung gegeben. Diese enthält Massnahmen, welche die heutige Pflegefinanzierung tangieren (im Rahmen der besseren Verwendung von Eigenmitteln für die Altersvorsorge, insbesondere die Senkung der Freibeträge auf dem Gesamtvermögen) und mit denen die EL-Ausgaben von Bund und Kantonen optimiert werden sollen.⁴⁸

Im Dezember 2015 hat der Bundesrat die Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die **obligatorische Krankenversicherung KVG** zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit verabschiedet. Ziel ist es, die Qualität der erbrachten Leistungen zu sichern und zu verbessern, die Patientensicherheit nachhaltig zu erhöhen und die Kostensteigerung in der OKP zu dämpfen⁴⁹ (vgl. S. 69).

Im Januar 2016 ist der erste Teil der Änderungen des **Medizinalberufegesetzes MedBG**⁵⁰ zu den universitären Aus- und Weiterbildungszielen in Kraft getreten. Ziel ist eine Verstärkung der medizinischen Grundversorgung und der Hausarztmedizin sowie eine Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsfachleuten.⁵¹

Im Januar 2016 ist das **Epidemiengesetz EpG**⁵² in Kraft getreten, welches im September 2013 von der stimmberechtigten Bevölkerung angenommen worden war. Das revidierte Epidemiengesetz schafft die Möglichkeit einer optimalen Vorbereitung auf die Gefahren, der rechtzeitigen Erkennung und des effizienten Handelns im Krisenfall. Eine wirksame Vorbereitung auf Krisensituationen und deren gezielte Bewältigung bedingt etwa die koordinierte Erarbeitung von Notfallplänen.⁵³

Im März 2016 haben National- und Ständerat das Bundesgesetz über die Registrierung von Krebserkrankungen KRG verabschiedet. Das neue **Krebsregistrierungsgesetz KRG**⁵⁴ soll gestaffelt Anfang 2018 (Aufgaben des Bundes) und Anfang 2019 (Systemwechsel Krebsregistrierung) in Kraft treten. Eine flächendeckende Krebsregistrierung ermöglicht Fortschritte bei der Prävention, Früherkennung und Behandlung von Krebs.⁵⁵

Im Mai 2016 hat der Bundesrat zur Umsetzung der gesundheitspolitischen Agenda Gesundheit2020 zehn Prioritäten gesetzt. Sieben davon betreffen Gesetzgebungsvorhaben⁵⁶: Verabschiedung der revidierten Strahlenschutzverordnungen **StSV**⁵⁷; Entscheid zum weiteren Vorgehen in der Totalrevision des Bundesgesetzes über genetische Untersuchungen

46 Website Bundesamt für Gesundheit BAG, Gesundheitspolitik, Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-ehhealth-schweiz/bundesgesetz-elektronische-patientendossier.html>, abgerufen am 21.12.2016

47 Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung ELG vom 6.10.2006

48 Bundesrat, Bestandsaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege, 2016, S. 40

49 Bundesrat, Medienmitteilung 7.12.2015, <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-59775.html>, abgerufen am 31.7.2016

50 Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe, MedBG vom 23.6.2006

51 Website Bundesamt für Gesundheit BAG, Gesetzgebung Medizinalberufe, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/gesetzgebung/gesetzgebung-berufe-im-gesundheitswesen/gesetzgebung-medizinalberufe.html>, abgerufen am 21.12.2016

52 Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen, EpG vom 28.9.2012

53 Website Bundesamt für Gesundheit BAG, Gesetzgebung Übertragbare Krankheiten - Epidemiengesetz, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/gesetzgebung/gesetzgebung-mensch-gesundheit/epidemiengesetz.html>, abgerufen am 21.12.2016

54 Bundesgesetz über die Registrierung von Krebserkrankungen KRG vom 18.3.2016

55 Website Bundesamt für Gesundheit BAG, Gesetzgebungsprojekt: Registrierung von Krebserkrankungen, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/gesetzgebungsprojekt-registrierung-von-krebserkrankungen.html>, abgerufen am 21.12.2016

56 Bundesrat, Medienmitteilung vom 18.5.2016, <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-61647.html>

57 Strahlenschutzverordnung StSV vom 22.6.1994

beim Menschen **GUMG**⁵⁸; Verabschiedung der revidierten Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung **VORA**⁵⁹; Start Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung **KVG** für die Einführung eines Referenzpreissystems; Start Vernehmlassung zur Neuregelung der Leistungspflicht von komplementärmedizinischen ärztlichen Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung **KVG**; Entscheid zur Inkraftsetzung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier **EPDG** und der damit zusammenhängenden Ausführungsbestimmungen auf Anfang 2017; Verabschiedung der Botschaft zur Genehmigung und Umsetzung der Medicrime-Konvention gegen gefälschte Medikamente des Europarates mit Anpassungen des Heilmittelgesetzes **HMG**⁶⁰ und der Strafprozessordnung **StPO**.⁶¹

Im Juni 2016 hat der Bundesrat den Vorschlag der ständerätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit SGK-S für eine Gesetzesänderung im **KVG** unterstützt, wonach der bisherige Wohnkanton künftig die **Restfinanzierung der Pflegeheimkosten** auch dann übernehmen soll, wenn Patientinnen und Patienten in ein Pflegeheim eintreten, das in einem anderen Kanton liegt.⁶²

Im Juni 2016 wurde der bereits ein Jahr zuvor angenommene geänderte Art.119 Bundesverfassung sowie das den Verfassungsartikel konkretisierende **Fortpflanzungsmedizin-gesetz FMedG**⁶³ von Volk und Ständen angenommen. Mit der Änderung wird die Präimplantationsdiagnostik PID zugelassen. Die Inkraftsetzung des geänderten Gesetzes findet im Laufe des Jahres 2017 statt.⁶⁴

Im Juni 2016 hat der Bundesrat - nachdem das Parlament die Zulassungsbeschränkung verlängert hat - die Geltungsdauer der entsprechenden Verordnung angepasst. Damit gilt die **Zulassungsbeschränkung für Ärzte** gemäss KVG ohne Unterbruch weiter. Die Gesetzesanpassung im KVG ist am 1. Juli 2016 in Kraft getreten und gilt bis zum 30. Juni 2019.⁶⁵

Im Juli 2016 hat der Bundesrat die Verordnung über das **Psychologieberuferegister PsyReg**⁶⁶ verabschiedet. Für die Öffentlichkeit wird mit dem neuen Register Transparenz geschaffen und ein Beitrag zur Qualität der Dienstleistungen im Gesundheitswesen geschaffen. Den kantonalen Behörden erleichtert das Register die Wahrnehmung ihrer Aufgaben im Vollzug des Psychologieberufegesetzes mit Bezug auf die Erteilung von Berufsausübungsbewilligungen. Indem auch Einschränkungen der Bewilligung oder Disziplinar massnahmen erfasst werden, unterstützt es die Kantone bei der Aufsicht und der gegenseitigen Information. Die Verordnung ist am 1. August 2016 in Kraft getreten und das Register wird ab Sommer 2017 öffentlich zugänglich sein.⁶⁷

Im September 2016 hat das Parlament das Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe verabschiedet. Bei der Regelung der an Fachhochschulen vermittelten Gesundheitsberufe lehnt sich das **Gesundheitsberufegesetz GesBG**⁶⁸ an das Medizinalberufegesetz MedBG an. Demgemäss werden Anforderungen an die Studiengänge und deren Akkreditierung festge-

58 Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen GUMG vom 8.10.2004

59 Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung vom 12.4.1995

60 Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinalprodukte HMG vom 15.12.2000

61 Schweizerische Strafprozessordnung StPO vom 5.10.2007

62 Bundesrat, Medienmitteilung vom 3.6.2016, <https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=61962>, abgerufen am 21.7.2016

63 Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung FMedG vom 18.12.1998

64 Website Bundesrat, Bundesrecht, Vernehmlassungen, <https://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/preview.html>, abgerufen am 27.7.2016

65 Bundesrat, Medienmitteilung 22.6.2016, <https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=62288>, abgerufen am 13.7.2016

66 Verordnung über das Psychologieberuferegister PsyReg vom 6.7.2016

67 Bundesrat, Medienmitteilung 6.7.2016, <https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=62505>, abgerufen am 13.7.2016

68 Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe GesBG vom 30.9.2016

legt und die Berufsausübung der entsprechenden Berufe in eigener fachlicher Verantwortung geregelt. Mit dem neuen Gesetz wird die Qualität der Ausbildung und der Ausübung der Gesundheitsberufe sichergestellt.⁶⁹

2.1.3 Tarifsysteem

Eine gesamtschweizerische Tarifstruktur in der stationären Psychiatrie **TARPSY** wird zurzeit von SwissDRG erarbeitet und frühestens 2018 eingeführt werden. Die Struktur soll mit einer Kombination von Tages- und Fallpauschalen der Komplexität und den Besonderheiten der stationären psychiatrischen Versorgung gerecht werden. Aktuell erfolgt die Abgeltung der stationären Behandlungen in der Psychiatrie in den meisten Kantonen noch in Form von Tagespauschalen.⁷⁰

Im März 2016 hat der Bundesrat anerkannt, dass das bestehende Abgeltungssystem der intermediären Angebotsstrukturen zur Behandlung von psychisch kranken Personen zu Finanzierungsherausforderungen führt. Die Tarifpartner sollen deshalb gemeinsam mit der GDK prüfen, wie eine nachhaltige Finanzierung der interprofessionellen und vielfältigen Behandlungs- und Unterstützungsangebote der **intermediären Angebotsstrukturen** auszugestalten ist. Dabei sind auch die finanziellen Auswirkungen auf die OKP und die Kantone aufzuzeigen⁷¹ (vgl. S. 59).

Im Juli 2016 hat das Eidgenössische Departement des Innern EDI zur Kenntnis genommen, dass die Tarifpartner sich nicht auf eine neue Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen **TARMED** einigen konnten und die Revision des **TARMED** gescheitert ist. Der **TARMED** wurde seit seiner Einführung 2004 immer wieder punktuell angepasst. Er wurde aber nie als Ganzes revidiert und ist überarbeitungsbedürftig. Um bei den ambulanten ärztlichen Leistungen einen vertragslosen Zustand zu vermeiden, hat der Bundesrat im November 2016 die aktuell geltende Tarifstruktur bis Ende 2017 genehmigt. Die Tarifpartner hatten sich auf eine entsprechende Vereinbarung geeinigt, nachdem H+ den Tarifvertrag auf Ende 2016 gekündigt hatte. Der Bundesrat legt zudem die Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen befristet bis Ende 2017 fest.⁷²

Im Dezember 2016 hat der Bundesrat die weiterentwickelte Tarifstruktur **SwissDRG** genehmigt. Die Version 6.0 ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten und regelt die Abgeltung der stationären Leistungen im akutsomatischen Bereich der Spitäler sowie in Geburtshäusern. Gemäss Bundesrat ist die Differenzierung der Tarifstruktur noch nicht ausreichend.⁷³

69 Website Bundesamt für Gesundheit BAG, Projekt Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe GesBG, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/berufe-im-gesundheitswesen/gesundheitsberufe-der-tertiaerstupe/bundesgesetz-ueber-die-gesundheitsberufe.html>, abgerufen am 21.12.2016 und Medienmitteilung Parlament vom 30.9.2016, https://www.parlament.ch/de/services/news/Seiten/20160930095539893194158159041_bsd045.aspx, abgerufen am 18.10.2016

70 Bundesrat, Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz, 2016, S. 40

71 Bundesrat, Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz, 2016, S. 54

72 Bundesrat, Medienmitteilung 23.11.2016, <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-64604.html>, abgerufen am 29.11.2016

73 Bundesamt für Gesundheit, Medienmitteilung vom 9.12.2016, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-64863.html>, abgerufen am 21.12.2016

2.2 Herausforderungen für Gesellschaft und Politik

Gesundheit hat nur bedingt mit Medizin zu tun; die Lebensumstände spielen die Hauptrolle für das gesundheitliche Wohlbefinden. So sind sechzig bis achtzig Prozent der Faktoren, die zu einer guten Gesundheit führen, nicht-medizinischer Natur.⁷⁴ Damit sind die aktuellen gesundheitspolitischen Herausforderungen auch ausserhalb der Gesundheitsversorgung und damit zu einem wesentlichen Teil auch ausserhalb der Zuständigkeit der Kantone zu verorten. Soziale und technologische Entwicklungen, der Wandel des Arbeitsmarktes, neue Erkenntnisse aus der medizinischen Forschung und Praxis, individuelles Verhalten sowie strukturelle Verhältnisse können sich förderlich oder schädlich auswirken für die Gesundheit von einzelnen Menschen oder Personengruppen. Dieses Kapitel bietet einen Überblick über gesundheitspolitisch relevante Trends, welche für Gesellschaft und Politik grosse Herausforderungen mit sich bringen. Ausgangspunkt ist ein Ansatz, der sich an Lebenswelten und Lebensphasen orientiert und damit auch die Arbeitssituation sowie eine Verknüpfung von gesundheitlicher und sozialer Lebenslage mit einschliesst.

2.2.1 Arbeitssituation

Erwerbstätigkeit und Gesundheit beeinflussen sich viel- und wechselseitig. Erwerbstätige sind allgemein bei besserer Gesundheit als Nichterwerbstätige oder Arbeitslose. Erwerbstätigkeit trägt zu einer guten Gesundheit bei, indem sie neben der Sicherung der Existenz unter anderem auch Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit und soziale Integration stärkt. Erwerbstätigkeit ist somit grundsätzlich ein wichtiger Schutzfaktor für die psychische Gesundheit – sie kann indessen auch zum Risikofaktor werden. Ein systematisches **Betriebliches Gesundheitsmanagement BGM** kann wesentlich dazu beitragen, Ressourcen und Belastungen am Arbeitsplatz in einem gesundheitsförderlichen Gleichgewicht zu halten.

Stress, Belastungen und Konflikte am Arbeitsplatz können die körperliche und psychische Gesundheit beeinträchtigen.⁷⁵ Der **Strukturwandel des Arbeitsmarktes** betrifft alle Erwerbstätigen und kann Auswirkungen auf die Gesundheit zeitigen. Steigende Ansprüche an Aus- und Weiterbildung, hohes Tempo, die Anforderung, flexibel, mobil und ständig erreichbar zu sein sowie lange Arbeitswege können dazu führen, dass die Belastungen am Arbeitsplatz grösser sind als die Ressourcen. Dies führt zu Stress am Arbeitsplatz.

Messbare **Belastungen** sind Zeitdruck, arbeitsbezogene Unsicherheit, arbeitsorganisatorische Probleme, qualitative Überforderung oder soziale Stressoren wie Vorgesetzte oder Arbeitskollegen. Die Möglichkeiten von Arbeitnehmenden, auf ein Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Belastungen zu reagieren, werden als Ressourcen bezeichnet. Mit einer geeigneten Arbeitsorganisation und einer gesundheitsfördernden Betriebskultur können Ressourcen zur Bewältigung der Belastungen zur Verfügung gestellt werden. Zu den Ressourcen zählen Handlungsspielraum, ganzheitliche Tätigkeiten, unterstützendes Vorgesetztenverhalten, allgemeine Wertschätzung.

Der **Job-Stress-Index** macht Aussagen zum Verhältnis von Ressourcen und Belastungen am Arbeitsplatz. Im Durchschnitt verfügen die Erwerbstätigen in der Schweiz über etwa gleich viele Ressourcen wie Belastungen am Arbeitsplatz, dies zeigt der Job-Stress-Index

⁷⁴ Kickbusch, 2006, S.24

⁷⁵ Bachmann, Burla & Kohler, Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015, 2015, S.38 und Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK & Gesundheitsförderung Schweiz, Suizidprävention in der Schweiz. Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan, 2016, S.42, 16

von 50.03.⁷⁶ Die Erhebung von 2016 zeigt aber auch: Gut jede vierte erwerbstätige Person (25.4%) hat Stress am Arbeitsplatz, also mehr Belastungen als Ressourcen. Gleichviel Erwerbstätige (25.4%) sind erschöpft, wobei die Erschöpfungsrate massgeblich durch die Verhältnisse bei der Arbeit beeinflusst ist. Die Erschöpfung ist ein wichtiger Indikator für mögliche Gesundheitsfolgen von Stress am Arbeitsplatz. Personen mit hohem Job-Stress-Index sind häufiger erschöpft. Dauern Belastungen am Arbeitsplatz lange Zeit an, ergibt sich eine Wechselwirkung mit dem Indikator der Erschöpfung, woraus sich Abwärtsspiralen mit nachteiligen Auswirkungen für die Gesundheit und die berufliche wie soziale Integration ergeben können. Der Job-Stress-Index 2016 zeigt weiter: Junge Mitarbeitende sind häufiger gestresst und erschöpft. Jüngere Erwerbstätige haben mehr gesundheitsbedingte Leistungseinbussen. Erwerbstätige, die Vollzeit arbeiten, sind erschöpfter als jene, die Teilzeit arbeiten. Führungskräfte sind weniger gestresst als Erwerbstätige ohne Führungsverantwortung.⁷⁷

Langfristige Belastungen am Arbeitsplatz haben negative Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit sowie die Arbeitszufriedenheit und erhöhen die Absicht, zu kündigen. Die wahrgenommene Verpflichtung, in der Freizeit erreichbar zu sein, wirkt sich negativ auf die Gesundheit aus. In der Schweiz befinden sich **1.3 Millionen Erwerbstätige im kritischen Bereich**. Sie haben zu wenige Ressourcen, um die hohen Belastungen bewältigen zu können. Fast die Hälfte der Erwerbstätigen verfügen über ein fragiles Gleichgewicht. Diese rund 2.3 Millionen Erwerbstätigen befinden sich im sensiblen Bereich. Das heisst, die vorhandenen Ressourcen reichen nur knapp aus, um die aktuellen Belastungen auszugleichen. Nur etwas mehr als ein Viertel der Schweizer Erwerbstätigen (1.4 Millionen) arbeiten im grünen Bereich, also in einem positiven Verhältnis mit mehr Ressourcen als Belastungen.⁷⁸

Bei den arbeitsbezogenen Gesundheitsproblemen ist, je nach Arbeitssituation, die **Prävalenz stark ungleich verteilt**. Bei den Männern beträgt die Bandbreite 8% bis 77%, bei den Frauen 1% bis 50%. Bei Frauen sind Arbeitsplätze unter anderem in der Krankenpflege (auch bei guter Arbeitszufriedenheit) mit häufigen Gesundheitsproblemen verbunden.⁷⁹

Die **Kosten** arbeitsbezogener Gesundheitsprobleme sind sehr hoch. Allein arbeitsbezogene Rückenschmerzen verursachten Kosten von 1.5 Milliarden Franken.⁸⁰ Stress am Arbeitsplatz kostet die Arbeitgebenden aufgrund von hohen Fehlzeiten und eingeschränkter Leistungsfähigkeit jährlich 5.7 Milliarden Franken - dieser Betrag entspricht dem ökonomischen Potenzial, also der möglichen Produktivitätssteigerung, die mit entsprechenden Massnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements BGM für ein ausgeglichenes Verhältnis von Ressourcen und Belastungen zu erreichen wäre.⁸¹

2.2.2 Gesundheitliche und soziale Ungleichheit

In der Schweiz sind Gesundheitskompetenz, Gesundheitschancen und -risiken abhängig vom Sozialstatus ungleich verteilt. Der enge Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit findet in der Schweiz zwar zunehmend Beachtung, hat indessen auf der politischen Agenda noch keine angemessene Priorität.⁸² Es ist eine gesundheitspolitische

76 Ein Index von 50 würde gleich viel Belastungen wie Ressourcen bedeuten.

77 vgl. Faktenblatt zum Job-Stress-Index 2016 Gesundheitsförderung Schweiz, Job-Stress-Index 2016. Kennzahlen zum Stress bei Erwerbstätigen in der Schweiz, 2016

78 vgl. Faktenblatt zum Job-Stress-Index Gesundheitsförderung Schweiz, Job-Stress-Index 2016. Kennzahlen zum Stress bei Erwerbstätigen in der Schweiz, 2016

79 Läubli, 2014, S. 5-10

80 Läubli, 2014, S. 3

81 vgl. Faktenblatt zum Job-Stress-Index 2016 Gesundheitsförderung Schweiz, Job-Stress-Index 2016. Kennzahlen zum Stress bei Erwerbstätigen in der Schweiz

82 Der Kanton Bern geht hier mit gutem Beispiel voran, indem das Soziale und die Gesundheit konsequent zusammengedacht werden, vgl. Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, 2010

Herausforderung, mit dem **Fokus Ungleichheit** die Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Sozialbereich vermehrt in den Blick zu nehmen.

Gesundheitskompetenz und Gesundheitschancen sind eng mit dem Sozialstatus verknüpft. Dieser Zusammenhang wird als **soziales Gefälle** bezeichnet. Je höher der soziale Status, desto besser die Gesundheitskompetenz und der Gesundheitszustand und desto höher die Lebenserwartung. Je geringer die Bildung und je tiefer das Einkommen, desto schlechter sind Gesundheitskompetenz sowie Gesundheitszustand und desto tiefer ist die Lebenserwartung.

Der Einfluss von **Bildung und Einkommen** auf die Gesundheit ist sehr viel stärker als umgekehrt. Er wirkt sich nicht unmittelbar auf die Gesundheit aus, sondern indirekt über ungleiche Chancen, Risiken und Verhaltensweisen. So treffen Personen mit geringer Bildung und tiefen Einkommen häufiger auf ungünstige Lebens- und Arbeitsbedingungen. Zugleich zeigen sie vermehrt Verhaltensweisen, welche die Gesundheit beeinträchtigen können (vgl. S.65). Fast 11% der Personen, die nur die obligatorische Schule abgeschlossen haben, sind durch ein gesundheitliches Problem seit mindestens sechs Monaten in ihrem Alltagsleben stark eingeschränkt. Bei den Personen mit einem Tertiärabschluss sind dies nur 3%. Zudem weisen Personen ohne nachobligatorische Ausbildung häufiger psychische Belastungen auf als jene mit einer Tertiärausbildung (29 % gegenüber 14 %). Ähnliche Unterschiede zeigen sich auch nach Einkommen.⁸³

Bei der **sozialen Integration** (vgl. S.50) ist ebenfalls ein deutliches soziales Gefälle festzustellen. Personen mit geringer Bildung und niedrigem Einkommen erhalten weniger Unterstützung von anderen. Ihr Risiko, unter sozialer Isolation, mangelnder Unterstützung und Einsamkeit zu leiden ist grösser als jenes von Personen mit höherer Schulbildung und höherem Einkommen.⁸⁴

Auch bei der **psychischen Gesundheit** (vgl. S.46) zeigt sich ein soziales Gefälle. Wie in anderen europäischen Ländern ist auch in der Schweiz eine Zunahme der Ungleichheiten im Hinblick auf die psychische Gesundheit zu beobachten. Personen mit geringer Bildung und niedrigem Einkommen haben eher eine schlechtere psychische Gesundheit. Als Folge einer psychischen Erkrankung nimmt der sozioökonomische Status weiter ab, zum Beispiel aufgrund eingeschränkter Arbeitsfähigkeit. Erwerbslosigkeit wiederum kann, besonders wenn sie lange andauert, die psychische Gesundheit beeinträchtigen.⁸⁵ Personen zwischen 25 und 64 Jahren mit einer tertiären Ausbildung sterben weniger häufig durch Suizid als Personen mit einem niedrigen Bildungsstand.⁸⁶

Tabakkonsum, übermässiger Alkoholkonsum, ungesunde Ernährungsweise und mangelnde körperliche Aktivität sind jene vier Arten von Gesundheitsverhalten, welche für einen Grossteil frühzeitiger Todesfälle verantwortlich und dabei grundsätzlich beeinflussbar sind. Auch das **risikoreiche Gesundheitsverhalten** ist in der Bevölkerung ungleich verteilt. Ein Hauptgrund dafür ist der sozioökonomische Status. Armutsgefährdete und arme Bevölkerungsgruppen mit vergleichsweise geringer Bildung und niedrigem Einkommen sind weniger sportlich aktiv, achten weniger auf ihre Ernährung und sind öfter übergewichtig als Personen mit guter Bildung und höherem Einkommen. Gleichzeitig weisen diese Bevölkerungsgruppen häufiger eine Kombination von Verhaltensweisen auf, die der Gesundheit nicht förderlich sind. In Anbetracht der gegenwärtigen Bevölkerungsentwicklung und einer sich weiter öffnenden Lohnschere ist davon auszugehen, dass Ungleichheiten im Gesundheits-

⁸³ Bundesamt für Statistik BFS, Statistischer Sozialbericht Schweiz 2015, 2015, S.50, 51, 53

⁸⁴ Bachmann, Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa, 2014, S.7, 8, 48

⁸⁵ Gesundheitsförderung Schweiz, Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht, 2016, S.32

⁸⁶ Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK & Gesundheitsförderung Schweiz, Suizidprävention in der Schweiz. Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan, 2016, S.11

verhalten auch in Zukunft wesentlich sind und deshalb gesundheits- und sozialpolitische Massnahmen erfordern.⁸⁷

Der Verzicht auf Pflegeleistungen aus finanziellen Gründen dient als Indikator für den **Zugang zur Gesundheitsversorgung**. Rund 5% der Wohnbevölkerung verzichten innerhalb eines Jahres mindestens einmal aus finanziellen Gründen auf eine medizinische oder zahnärztliche Untersuchung (2011).⁸⁸ Personen, die von Armutsgefährdung⁸⁹ (2011: 13.3% der Wohnbevölkerung ab 16 Jahren) oder von materieller Entbehrung⁹⁰ (3.3%) betroffen sind, geben häufiger als andere an, aus finanziellen Gründen auf Pflegeleistungen zu verzichten. Armutsgefährdete Personen verzichten 2.5-mal häufiger auf medizinische oder zahnärztliche Untersuchungen als andere Personen (10% gegenüber 4%). Noch ausgeprägter ist das soziale Gefälle bei Personen, die unter materieller Entbehrung leiden (32% gegenüber 4%). Personen, die aus finanziellen Gründen auf eine medizinische oder zahnärztliche Untersuchung verzichtet haben, geht es gesundheitlich weniger gut als den übrigen Personen.⁹¹

Massnahmen für die **berufliche und soziale Integration** können mithelfen, körperliche und psychische Gesundheit zu erhalten bzw. wiederherzustellen sowie Invalidisierung zu verhindern. Die Chancen für eine erfolgreiche berufliche Integration sinken, je länger eine Person dem Arbeitsmarkt fernbleibt. Zu späte Intervention ist nicht selten auch Folge mangelnder Koordination zwischen Krankenversicherern, Krankentaggeldversicherern, IV, Arbeitslosenversicherung ALV, Sozialhilfe, behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Spitälern und Arbeitgebenden bzw. Berufsberatung und Bildungsinstitutionen.⁹²

Mitte 2016 waren von 18 Kantonen Aktivitäten der Interinstitutionellen Zusammenarbeit IIZ zur Förderung der beruflichen Integration erfasst, wobei Appenzell Ausserrhodon nicht dazugehört.⁹³ Daneben fördern verschiedene Kantone das Case Management. Dabei arbeiten die Akteure aus den Bereichen ALV und IV, Sozialdienste, Berufsberatung, Berufsbildung und Wirtschaft zusammen. Ziel ist es, die wirtschaftliche und soziale Anschlussfähigkeit von Personen mit Gesundheitsproblemen im ersten Arbeitsmarkt zu fördern. Bislang beteiligen sich die Akteure aus dem Gesundheitswesen noch kaum. In seinem Bericht zur Zukunft Psychiatrie fordert der Bundesrat deshalb für eine bessere Fallführung an der **Schnittstelle von medizinischer Behandlung und beruflicher Integration** die aktive Beteiligung des Gesundheitssektors an der interinstitutionellen Zusammenarbeit zwischen der Arbeitswelt, der IV sowie der ALV auf Ebene Bund und Kantone.⁹⁴

Ebenfalls mehr Beachtung erfordert die **Schnittstelle Gesundheit und Sozialhilfebezug**. Gesundheitsprobleme und Armut stehen in einer sich gegenseitig verstärkenden Wechselwirkung zueinander. Die Sozialhilfebeziehenden haben im Durchschnitt drei chronische Erkrankungen. Sie leiden unter anderem deutlich häufiger als Nichtbeziehende unter rheumatischen Erkrankungen (45 vs. 29%), Schmerzen (40 vs. 22%), Magenerkrankungen (25 vs. 15%) sowie psychischen Erkrankungen (25 vs. 13%).⁹⁵ Je länger die gesundheit-

87 Boes, Kaufmann & Marti, 2016, S. 5, 48

88 Bundesamt für Statistik BFS, Statistischer Sozialbericht Schweiz 2015, 2015, S. 56

89 Von Armutsgefährdung betroffen sind Personen, die in einem Haushalt leben, dessen finanzielle Ressourcen weniger als 60% des verfügbaren Medianäquivalenzeinkommens betragen; 2011: 29'141 Franken pro Jahr für alleinlebende Personen. Vgl. dazu Bundesamt für Statistik BFS, Gesundheitszustand, Armut und Verzicht auf Pflegeleistungen, 2013, S. 3

90 Die materielle Entbehrung wird definiert als finanziell bedingter Mangel von mindestens drei von neun definierten Indikatoren. Vgl. dazu Bundesamt für Statistik BFS, Gesundheitszustand, Armut und Verzicht auf Pflegeleistungen, 2013, S. 3

91 Bundesamt für Statistik BFS, Gesundheitszustand, Armut und Verzicht auf Pflegeleistungen, 2013, S. 3, 6

92 Bundesrat, Gesamtschweizerische Strategie zur Armutsbekämpfung, 2010, S. 75 und Bundesrat, Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz, 2016, S. 44

93 Website Interinstitutionelle Zusammenarbeit IIZ, <http://www.iiz.ch/dynasite.cfm?dsamid=103609>, abgerufen am 16.7.2016

94 Bundesrat, Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz, 2016, S. 45, 54

95 Brüngger, et al., 2014, S. 42

lichen oder sozialen Probleme andauern, desto schwieriger wird die berufliche und soziale Integration. Der Kennzahlenvergleich zur Sozialhilfe aus 13 Schweizer Städten hat für 2014 festgestellt, dass die Sozialhilfebeziehenden immer länger auf Existenzsicherung angewiesen sind. Die durchschnittliche Bezugsdauer hat sich auf 40 Monate erhöht. Die Dauer des Sozialhilfebezugs wiederum erhöht das Gesundheitsrisiko. Etwa 60 % der Langzeitbeziehenden mit gesundheitlichen Problemen leben allein. Sie leben damit häufiger allein als die Langzeitbeziehenden insgesamt (53 %) und tragen damit ein erhöhtes Risiko mangelnder Unterstützung. Langzeitbeziehende können nicht gleich von Integrationsmassnahmen profitieren wie Kurzzeitbeziehende: Die knappen Ressourcen werden in erster Linie dazu eingesetzt, einen langen Sozialhilfebezug zu verhindern und konzentrieren sich daher eher auf die neuen Fälle. Personen mit Gesundheitsproblemen nehmen weniger oft an einer beruflichen Integrationsmassnahme teil als Personen ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen.⁹⁶ Rund 63 % der Menschen, die seit mehr als drei Jahren auf Sozialhilfe angewiesen sind, haben belegte gesundheitliche Beeinträchtigungen. Davon haben etwa 40 % physische Einschränkungen aufgrund von Unfall oder Krankheit, rund 20 % haben ein akutes Suchtproblem, gut 10 % leiden unter einer ärztlich attestierten Depression und rund 30 % unter einer anderen psychischen Krankheit. Bei einer Mehrheit dieser Personen mit Gesundheitsproblemen haben die zuständigen Sozialdienste eine IV-Rente in Betracht gezogen. Im Durchschnitt werden 25 % aller IV-Anträge von Langzeitbeziehenden abgelehnt. Aufgrund der Zahlen zum Langzeitbezug in den Städten lässt sich das Fazit ziehen: Wer lange in der Sozialhilfe bleibt, ist oft zu gesund für die IV, aber zu krank für den Arbeitsmarkt.⁹⁷

Die schweizerische **Migrationsbevölkerung** ist heterogen. Mit der Personenfreizügigkeit hat sich die Zuwanderung seit den 1990er-Jahren verändert. Immer mehr gut und sehr gut ausgebildete Ausländerinnen und Ausländer kommen in die Schweiz und leisten einen Beitrag zur Behebung des Fachkräftemangels. Der grössere Teil der Migrationsbevölkerung verfügt indessen weiterhin im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung über ein niedrigeres Bildungs- und Einkommensniveau und ist auch öfter von Erwerbslosigkeit, von Schwierigkeiten beim Zugang zu Arbeits- und Wohnungsmarkt sowie von Armutgefährdung und Armut betroffen. Verglichen mit der einheimischen Bevölkerung beschreiben Migrantinnen und Migranten, die seit längerer Zeit in der Schweiz leben, ihren eigenen Gesundheitszustand als deutlich schlechter. Ältere und weibliche Personen sind gesundheitlich besonders belastet.⁹⁸

Besonders belastend - nicht zuletzt auch für die körperliche und psychische Gesundheit - ist die Situation von **Personen mit unsicherem Aufenthaltsstatus**. Besonders deren Kinder und Jugendliche haben ein hohes Risiko für Gesundheitsprobleme. Das gilt noch verstärkt für unbegleitete minderjährige Asylsuchende MNA. Laut einer Studie von 2010 leiden 41% der Asylsuchenden unter einer psychischen Störung, vor allem unter schweren Depressionen und posttraumatischen Belastungsstörungen. Oftmals liegt eine psychiatrische Komorbidität vor. Die Asylsuchenden suchen doppelt so oft medizinische Dienste auf als die Schweizer Bevölkerung im Durchschnitt und verursachen höhere Gesundheitskosten. Aber sie erhalten selten eine spezifische Behandlung für ihre psychischen Probleme.⁹⁹

Im «Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhodon 2012» wird mit der strategischen Position «Gesundheitsförderung und Prävention wird umfassend verstanden» der Verknüpfung von Gesundheit und Sozialem explizit Rechnung getragen: «Der Regierungsrat fördert das Wissen um die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und den Lebensverhältnissen einzel-

⁹⁶ Salzgeber & Schmocker, 2015, S.53-55

⁹⁷ Salzgeber & Schmocker, 2015, S.3

⁹⁸ Bundesamt für Gesundheit BAG, Nationales Programm Migration und Gesundheit, 2013, S.3, 4

⁹⁹ Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK & Gesundheitsförderung Schweiz, Suizidprävention in der Schweiz. Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan, 2016, S.29

ner Menschen oder bestimmter Bevölkerungsgruppen. Er berücksichtigt den Aspekt der Gesundheit in allen relevanten Politikbereichen: Gesundheit, Bildung, Soziales und Umwelt».

2.2.3 Patientenbeteiligung

Um den gesundheitspolitischen Herausforderungen zu begegnen, ist es auch erforderlich, Massnahmen und Behandlungsketten auf die medizinischen Bedürfnisse sowie die soziale Lebenslage und biografische Lebensphase der Menschen individuell abzustimmen. Es gilt, die Patientinnen und Patienten zu stärken und in ihrer Rolle als «**Experten aus Erfahrung**» an wichtigen Entscheidungen zu beteiligen. Dabei ist die Balance zu finden zwischen öffentlichen Interessen, Datenschutz und individuellen Rechten. Der Schutz der Persönlichkeit ist in jedem Fall zu gewähren. Mit einer Stärkung der Gesundheitskompetenz (vgl. S.65) der Versicherten können mehrere Ziele erreicht werden: Versicherte sowie Patientinnen und Patienten können sich leichter im Gesundheitssystem zurechtfinden, Krankheiten besser vorbeugen und lernen, mit chronischen Krankheiten sorgsam umzugehen.¹⁰⁰

Im internationalen Vergleich besteht in der Schweiz punkto Patientenbeteiligung noch **Nachholbedarf**. Entwicklungen zur Patientenbeteiligung haben hierzulande erst begonnen und sind künftig weiter auszubauen. Werden Patientinnen und Patienten mehr beteiligt, können Lebensqualität und Gesundheit verbessert, Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen herbeigeführt sowie Verbesserungspotenziale bei der Versorgungsqualität ausgeschöpft werden. Patientenbeteiligung findet auf mehreren Ebenen statt: In der Versorgungspraxis bei der Wahl von Leistungserbringern (z.B. Ärztin, Spitexdienst, Spital) oder Leistungsträgern (z.B. Anbieter Krankenversicherung) sowie im Rahmen gemeinsamer Entscheidungsfindung bei der Behandlung. Auf Ebene der Organisation meint Patientenbeteiligung beispielsweise Befragungen zur Zufriedenheit bis hin zu Beratungsfunktionen in Gremien (z.B. im spitalinternen Patientenrat). Auf Ebene Politik bedeutet Patientenbeteiligung den Einbezug in politische Prozesse (z.B. Patientenschutz durch das Erwachsenenschutzrecht) oder die Mitwirkung in beratenden Gremien, die Einfluss auf politische, versorgungspraktische und forschungsbezogene Entscheidungen nehmen (z.B. zur Finanzier- und Durchführbarkeit medizinischer Massnahmen oder zur Vergabe von Forschungsmitteln).¹⁰¹

2.2.4 Betreuungs- und Pflegebedarf

Die Schweizer Bevölkerung wird älter. Positiv verläuft der **demografische Wandel** mit Blick auf die Entwicklung der gesunden Lebensjahre, die in den letzten Jahren schneller zugenommen haben als die allgemeine Lebenserwartung. Die Bevölkerung wird nicht nur älter, sondern bleibt auch länger gesund. Zudem lässt sich erkennen, dass Männer in Bezug auf Lebenserwartung und gesunde Lebensjahre gegenüber Frauen aufholen: Die Unterschiede verkleinern sich.¹⁰² Gemäss Bevölkerungsszenario des Bundesamts für Statistik wird die Bevölkerung ab 65 Jahren zwischen 2014 und 2045 um 85 % zunehmen.¹⁰³ Damit wächst auch der Anteil jener Menschen in der Schweiz, die auf Pflege angewiesen sind. Von den 80- bis 84-Jährigen sind rund 13 % pflegebedürftig, von den über 85-Jährigen sind es gut 34%.¹⁰⁴

100 Bundesrat, Gesundheit2020. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates, 2013, S. 6, 10

101 Haslbeck, Mohylova, Zaroni, Stutz Steiger & Amstad, 2016, S.11, 7

102 Bachmann, Burla & Kohler, Gesundheit in der Schweiz - Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015, 2015, S.16

103 Füglistler-Dousse & Widmer, 2016, Inanspruchnahme stationärer Spitalversorgung. Neuere Entwicklung und zukünftiger Bedarf, S.2

104 Bundesrat, Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege, 2016, S.6

In Appenzell Ausserrhoden leben vergleichsweise viele alte und sehr alte Menschen. Im Zeitraum zwischen 2006 und 2013 hat der Anteil der 80-jährigen und älteren Bevölkerung in Appenzell Ausserrhoden, gegenläufig zur gesamtschweizerischen Entwicklung, noch abgenommen.¹⁰⁵ Künftig wird sich die Zahl der 80-jährigen und älteren Menschen im Kanton bis ins Jahr 2035 voraussichtlich fast verdoppeln (+94%). Grund für diese starke Zunahme der älteren Bevölkerung sind die geburtenstarken Jahrgänge der «Babyboom-Generation» (1943-1966). Der Altersquotient¹⁰⁶ lag 2013 in Appenzell Ausserrhoden mit 30.0 um 1.6 Punkte höher als jener der Schweiz (28.4). Künftig wird Appenzell Ausserrhoden im Vergleich mit den anderen Kantonen einen hohen - 2035 den höchsten - Altersquotienten ausweisen. Die Prognosen für 2035 besagen, dass der Altersquotient für Appenzell Ausserrhoden steiler ansteigt (2035 AR: 63.0, CH: 47.2). Die Zahl der pflegebedürftigen Personen im Alter von 65 Jahren und mehr wird in Appenzell Ausserrhoden bis 2035 um 57% ansteigen. Die Zunahme der pflegebedürftigen über 80-Jährigen wird mit 66% doppelt so hoch sein wie jene der pflegebedürftigen 65-79-Jährigen (33%).¹⁰⁷

Als **pflegebedürftig** wird eine Person bezeichnet, die bei einer von fünf Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. essen, ins Bett gehen und aufstehen, vom Sitzen aufstehen, zur Toilette gehen, baden oder duschen) stark eingeschränkt oder unselbstständig ist. Im Jahr 2010 waren gemäss einer Schätzung des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan rund 125 000 Personen über 65 Jahren pflegebedürftig. Bleibt der Anteil pflegebedürftiger Personen pro Altersgruppe bis 2030 konstant, so wird die demografische Entwicklung zu einer Zunahme der Anzahl pflegebedürftiger Personen um 46% auf 182 000 Personen führen. Unabhängig vom Alter der kranken und pflegebedürftigen Personen beansprucht auch die letzte Lebensphase viel Betreuung und Pflege. Schätzungen gehen davon aus, dass lediglich bei weniger als fünf Prozent der jährlichen ca. 60 000 Todesfälle der Tod plötzlich eintritt (z.B. durch einen Herzinfarkt). Bei fünfzig bis sechzig Prozent der Todesfälle geht eine schwere, fortschreitende Krankheit (z.B. Krebs) mit einer Dauer von zwei bis drei Jahren voran. Und in dreissig bis vierzig Prozent der Fälle tritt der Tod nach einer acht bis zehn Jahre dauernden Demenzerkrankung ein.¹⁰⁸

Der Betreuungs- und Pflegebedarf wird abgesehen vom demografischen Mangel auch parallel zur Zunahme von **chronischen Erkrankungen und Multimorbidität** (vgl. S. 44) ansteigen. Zudem ist fraglich, ob künftig Angehörige und Bezugspersonen **informelle Betreuung und Pflege** (vgl. S. 36) im selben Ausmass wie bis anhin erbringen können.

2.2.5 Fachkräftemangel

Um den gesundheitspolitischen Herausforderungen zu begegnen, sind auch Massnahmen zur Behebung des Fachkräftemangels erforderlich. Beispielhaft wird im Folgenden der Fachkräftemangel in der medizinischen Grundversorgung, der Langzeitpflege sowie der Psychiatrieversorgung dargestellt. In der **medizinischen Grundversorgung** wird sich die Versorgungslücke bei den Hausärzten vergrössern. Der Hausärztemangel wird abgesehen vom demografischen Wandel noch verschärft durch die Tatsache, dass die Grundversorgung in der Schweiz vergleichsweise ärztezentriert organisiert ist vgl. S. 52. In einem ärztezentrierten Modell stellt nur schon die Erneuerung der Arbeitskräfte nach der Pensionierung eine

¹⁰⁵ Diese Entwicklung verzeichnet neben AR auch TG, Dutoit, Füglistler-Dousse & Pellegrini, 2016, S.15, 16

¹⁰⁶ Altersquotient: Verhältnis der Anzahl 65-Jähriger und Älterer zur Anzahl 20- bis 64-Jähriger (mal 100), Ruch, 2015, S.25

¹⁰⁷ Ruch, 2015, S.24, 25, 27, 54

¹⁰⁸ Bundesrat, Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige. Situationsanalyse und Handlungsbedarf für die Schweiz, 2014, S.17

Herausforderung dar.¹⁰⁹ 64 % der heute tätigen Hausärzte stellen bis 2025 ihre Praxistätigkeit altershalber ein. Für ihren Ersatz braucht es indessen eine höhere Anzahl neuer Hausärzte und Hausärztinnen. Denn zunehmend arbeiten die Grundversorger in Teilzeitpensen. Bis 2025 werden 4009 Vollzeit-Hausärzte benötigt, was rund 6000 Personen entspricht.¹¹⁰

In der Pflege wird für das Pflegepersonal bis 2030 ein zusätzlicher Bedarf von 43 000 neuen Vollzeitstellen (= 65 000 Personen) prognostiziert, wobei in der **Langzeitpflege** im Bereich der Alters- und Pflegeheime am meisten zusätzliche Pflegepersonen (+ 28 000) erforderlich sein werden, gefolgt vom Spitex-Bereich (+19 000) und den Spitälern (+18 000).¹¹¹ Zudem müssen etwa 60 000 Gesundheitsfachleute in der Langzeitpflege wegen Pensionierungen ersetzt werden.¹¹² Über 90 % der Alters- und Pflegeheime betrachten die Rekrutierung von Pflege- und Betreuungspersonal bereits heute als ihre grösste Herausforderung.¹¹³ Im Dezember 2016 hat der Bundesrat im Rahmen der Fachkräfteinitiative weitere Massnahmen gegen den Fachkräftemangel in der Pflege ergriffen, um durch eine Imagekampagne sowie ein Wiedereinstiegsprogramm Personal zu gewinnen.¹¹⁴

Modellrechnungen für die **Psychiatrieversorgung** zeigen, dass in zehn Jahren rund 1000 Psychiaterinnen und Psychiater für Kinder, Jugendliche und Erwachsene fehlen werden, die kulturell und sprachlich den gleichen Hintergrund wie ihre Patientinnen und Patienten haben. In einem Fachbereich, der wesentlich von der sprachlichen Kommunikation und dem Verständnis für das soziokulturelle Umfeld abhängt, können Missverständnisse zu einem Problem bei Diagnostik und Behandlung psychischer Krankheiten werden. Im Bereich der Pflege besteht bereits heute ein Mangel an Fachkräften mit einer Spezialisierung in Psychiatriepflege. Zudem besteht seit einigen Jahren ein zunehmender Mangel an Assistenzärztinnen und -ärzten inländischer Herkunft, die eine Spezialisierung in Psychiatrie und Psychotherapie anstreben.¹¹⁵

Eine der grossen gesundheitspolitischen Herausforderungen wird es sein, genügend und gut qualifiziertes Gesundheitsfachpersonal sicherzustellen, welches auf den Bedarf im Versorgungssystem abgestimmt ist.¹¹⁶ Ausschlaggebend dafür sind Ausbildung, Bindung und Rekrutierung des Gesundheitspersonals. Im Bereich der **Ausbildung** werden Massnahmen zur Erhöhung der Abschlusszahlen und zur Anpassung der Bildungsgänge umgesetzt. Obwohl beispielsweise in der Pflege mit dem Masterplan Bildung Pflegeberufe die Abschlusszahlen erhöht und die Bildungsgänge angepasst werden konnten, wird das Soll bei weitem nicht erreicht. Wohl konnten zwischen 2010 und 2014 die Ausbildungsabschlüsse in den Gesundheitsberufen in der Schweiz deutlich gesteigert werden: in den Pflegeberufen um 30 %, in den medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Berufen um fast 50 %. Dennoch decken die Abschlüsse in den Gesundheitsberufen nur knapp 60 % des jährlichen Nachwuchsbedarfes. Zu diesem Schluss kommt der Nationale Versorgungsbericht für die nicht-universitären Gesundheitsberufe, der im September 2016 von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK und von der Nationalen Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit OdASanté herausgegeben worden

109 Senn, Tiaré Ebert & Cohidon, Die Hausarztmedizin in der Schweiz - Perspektiven. Analyse basierend auf den Indikatoren des Programms SPAM (Swiss Primary Care Active Monitoring), 2016, S. 3

110 NZZ 1.4.2016

111 Merçay & Burla, 2016, S.10, vgl. auch Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK und Nationale Dachorganisation Arbeitswelt Gesundheit OdASanté, 2016

112 Bundesrat, Medienmitteilung 25.5.2016, <https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=61858>, abgerufen am 22.7.2016

113 Cosandey & Kienast, 2016, S. 66 und Bundesrat, Medienmitteilung 9.12.2016, <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-64883.html>, abgerufen am 19.12.2016

114 Bundesrat, Medienmitteilung 9.12.2016, <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-64883.html>, abgerufen am 19.12.2016

115 Bundesrat, Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz, 2016, S. 33, 53

116 Lobsiger, Kägi & Burla, 2016, S. 1

ist. GDK und OdASanté appellieren an die Gesundheitsbranche, die Massnahmen in allen Handlungsbereichen fortzuführen und zu verstärken.¹¹⁷

Jährlich erlangen 2500 Studierende an Schweizer Schulen für Pflegeberufe einen Abschluss in Pflege. Dies deckt nur die Hälfte des nationalen Bedarfs.¹¹⁸

In Appenzell Ausserrhoden ist im «Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012» die gesundheitspolitische strategische Position «Förderung der Ausbildung» formuliert: «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».

Im Rahmen des Regierungsprogramms 2016 - 2019 «setzt sich der Regierungsrat dafür ein, die Ausbildungskapazitäten in allen Fachgebieten der Gesundheitsversorgung zu erhalten oder zu erhöhen, insbesondere im Bereich der stationären und ambulanten Pflege und bei den therapeutischen Berufen. Die Institutionen (Spitäler, Heime, Spitex) sollen in den Leistungsverträgen bzw. bei der Erteilung von Bewilligungen entsprechend verpflichtet werden. Der Regierungsrat unterstützt die Berufsverbände und Institutionen bei der Umsetzung ihres Ausbildungsauftrags».¹¹⁹ Zusätzliche und weitergehende Möglichkeiten des Kantons zur Unterstützung oder Finanzierung von Massnahmen zur Behebung des Fachkräftemangels müssen im Rahmen der Teilrevision des Gesundheitsgesetzes geprüft werden.

Bildungsmassnahmen wirken mittelfristig und können für sich alleine den Mangel an Pflegefachpersonen nicht beheben. Faktoren wie die Arbeits- und Anstellungsbedingungen in Branche und Betrieb beeinflussen Personalfuktuation, Rekrutierung, Versorgungssicherung und Versorgungsqualität ebenso.¹²⁰ Entscheidend ist deshalb auch die **Bindung** ausgebildeter Fachkräfte. Hier gibt es Handlungsbedarf, wie 2016 eine Studie zu den Berufsaustritten¹²¹ von Gesundheitspersonal deutlich zeigt. Bei den Ärztinnen und Ärzten liegt der Anteil der Berufsaustritte bei einem Drittel, und dies schon im jungen Alter. Bei den Pflegefachpersonen steigt knapp die Hälfte der ausgebildeten Fachkräfte aus dem Beruf aus. Der Anteil Berufsaustritte steigt mit zunehmendem Alter der Pflegefachpersonen deutlich an: von rund 32 % bei den unter 35-Jährigen auf rund 56 % bei den 50-Jährigen und Älteren. Wenn die Rahmenbedingungen in den Gesundheitsberufen dazu führen, dass Fachpersonen in derart grosser Anzahl den Beruf wechseln, stellt dies ein wichtiges Handlungsfeld für Massnahmen dar. Die Rahmenbedingungen sind so auszugestalten, dass die Fachkräfte möglichst lange in ihrem Beruf bleiben, nach Unterbrüchen wieder einsteigen und möglichst ihren Beruf nicht wechseln.¹²²

Bei der Behebung des Fachkräftemangels steht neben Ausbildung und Bindung auch die **Rekrutierung** des Personals im Vordergrund. 2013 waren bereits 32 % der Angestellten in Spitälern, Kliniken und Pflegeinstitutionen ausländischer Herkunft.¹²³ In den stationären psy-

117 Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK und Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit OdASanté, Medienmitteilung vom 8.9.2016, http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/gesundheitsberufe/nichtun._gesundheitsberufe/versorgungsbericht/mm_versbericht_20160908_d_def.pdf, abgerufen am 15.12.2016, vgl. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK und Nationale Dachorganisation Arbeitswelt Gesundheit OdASanté, 2016

118 Addor, Schwendimann, Gauthier, Wernli, Jäckel & Paignon, 2016, S. 2

119 Regierungsrat Appenzell Ausserrhoden, Regierungsprogramm 2016 - 2019, 2015, S. 10

120 Bundesrat, Medienmitteilung 3.2.2016, <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-60542.html>, abgerufen am 29.7.2016

121 Berufsaustritt: Austritt Erwerbstätigkeit; Berufswechsel; Branchenwechsel. Allen Arten von Berufsaustritt ist gemeinsam, dass die in einem Gesundheitsberuf ausgebildete Person nicht mehr im engen Sinn an Patientinnen und Patienten arbeiten, Lobsiger, Kägi & Burla, 2016, S. 2

122 Lobsiger, Kägi & Burla, 2016, S. 3

123 Cosandey & Kienast, 2016, S. 126

chiatrischen Einrichtungen stammten 2010 rund 22 % der Pflegefachpersonen aus dem Ausland. Zudem arbeiten in der Psychiatrie deutlich mehr Ärztinnen und Ärzte mit Aus- und/oder Weiterbildungsabschlüssen, die sie im Ausland erworben haben, als bei den Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung.¹²⁴ 2014 verfügten fast 30 % aller im Land tätigen Ärztinnen und Ärzte über ein Diplom einer ausländischen medizinischen Fakultät.¹²⁵ Diese Beispiele zeigen, dass die schweizerische Gesundheitsversorgung stark abhängig ist von ausländischen Arbeitskräften. Der Rekrutierung von ausländischem qualifiziertem Personal sind indes Grenzen gesetzt. Die Schweiz hat sich zur Einhaltung des globalen Verhaltenskodex der WHO zur internationalen Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften¹²⁶ verpflichtet.¹²⁷ Bei der Rekrutierung von ausländischen Gesundheitspersonal ist zudem der Tatsache Rechnung zu tragen, dass die Abwanderung von Fachpersonen im Herkunftsland zu Versorgungslücken führen kann. Auch in den Nachbarländern altert die Gesellschaft, und damit steigt der eigene Bedarf an Pflegekräften. Wenn sich die Arbeitsbedingungen für qualifiziertes Personal dort verbessern, sinkt die relative Attraktivität der Schweiz. Auch die Umsetzung der Masseneinwanderungsinitiative wird die Rekrutierung von Fachkräften im Ausland stark limitieren.¹²⁸

Verschiedene Strategien, Massnahmenpakete und Initiativen von Bund und Kantonen gehen die Herausforderungen im Personalbereich an. Hierzu zählen die **Fachkräfteinitiative FKI-plus**, der **Masterplan Bildung Pflegeberufe** und das **Gesundheitsberufegesetz**. Trotz der bereits laufenden Massnahmen und erster Erfolge, die erzielt werden konnten, sind weitere Anstrengungen notwendig, damit in Zukunft genügend und adäquat ausgebildetes Pflegepersonal vorhanden ist.¹²⁹

2.2.6 Informelle Betreuung und Pflege¹³⁰

Unter dem Begriff der **pflegenden Angehörigen** sind alle nahestehenden Bezugspersonen, auch ausserhalb der Verwandtschaft, zusammengefasst, die Betreuungs- und Pflegearbeit erbringen. In der Schweiz übernehmen rund 330 000 Personen im Erwerbsalter regelmässig solche Aufgaben. Insgesamt sind etwa 700 000 Personen auf informelle Hilfe angewiesen. Darunter sind Personen jeder Altersgruppe. So erkranken beispielsweise jährlich rund 1000 Kinder schwer. Die Betreuung und Pflege schwer erkrankter oder sterbender Menschen ist für Angehörige und Bezugspersonen eine grosse Herausforderung und kann zu Erschöpfung führen.¹³¹ Belastende Pflegesituationen haben oft gesundheitliche Auswirkungen. Der Schlaf- und Beruhigungsmittelkonsum pflegender Angehöriger ist durchschnittlich erhöht und die psychische Befindlichkeit ist reduziert.¹³²

Informelle Betreuung und Pflege ist unverzichtbar und stellt eine **tragende Säule der Gesundheitsversorgung** dar. Durch die pflegenden und betreuenden Angehörigen werden

124 Bundesrat, Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz, 2016, S. 40, 42

125 De Pietro, et al., 2015, S. 6

126 Website Bundesamt für Gesundheit, Internationale Migration von Gesundheitspersonal, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/internationale-beziehungen/internationale-gesundheitsthemen/migration-internationale-personnel.html>, abgerufen am 21.12.2016

127 Addor, Schwendimann, Gauthier, Wernli, Jäckel & Paignon, 2016, S. 2

128 Cosandey & Kienast, 2016, S. 126

129 Bundesrat, Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege, 2016, S. 5

130 Gängig ist auch der Begriff der Care-Arbeit. Informelle Betreuung und Pflege bedeutet Betreuung und Pflege durch Angehörige, Freunde oder Nachbarn. Parallel zur informellen Betreuung und Pflege existiert auch die formelle Betreuung und Pflege, die von professionellen Hilfs- und Pflegediensten erbracht wird (z.B. Spitex). Vgl. Bachmann, Burla & Kohler, Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015, 2015, S. 3, Glossar

131 Bundesamt für Gesundheit, Medienmitteilung 5.12.2014, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-55520.html>, abgerufen am 21.12.2016

132 Bachmann, Burla & Kohler, Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015, 2015, S. 181

die Strukturen der Gesundheitsversorgung stark entlastet. Werden die Betreuungs- und Pflegeleistungen von Angehörigen und Bezugspersonen monetär bewertet, ergeben sich für 2013 64 Millionen geleistete Arbeitsstunden (2010: 53 Millionen). Dies entspricht einem Gegenwert von 3.55 Milliarden Franken, aufgeteilt in 2.35 Milliarden Franken für Betreuung und Pflege von Angehörigen im gleichen Haushalt und 1.19 Milliarden Franken für Betreuung und Pflege von Angehörigen, die nicht im gleichen Haushalt leben. Diese Leistung entspricht einem wesentlichen Beitrag an die Versorgung mit Betreuung und Pflege. Im Vergleich dazu beträgt der gesamte¹³³ Aufwand der Spitex-Organisationen für die gesamte Schweiz 1.83 Milliarden Franken (2012).¹³⁴

Informelle Betreuung und Pflege wird unbezahlt erbracht. Dies hat seinen Preis in Form von **Vorsorgelücken**. Die Vorsorgefähigkeit betreuender und pflegender Angehöriger und damit deren soziale Absicherung im Alter werden merklich geschmälert, wenn die Erwerbstätigkeit reduziert, unterbrochen oder gar zugunsten der informellen Betreuung und Pflege ganz aufgegeben wird. Dies zeigt sich dann in einer reduzierten Altersrente, die einen Spiegel der Erwerbsbiografie darstellt. Weil es weiterhin vorwiegend Frauen sind, die sich in der informellen Betreuung und Pflege engagieren, liegen die Renten der Frauen im Durchschnitt 37 % oder fast 20 000 Franken pro Jahr tiefer als die Renten der Männer (Gender Pension Gap GPG), wie eine Studie von 2016 zeigt. In der AHV sind die Unterschiede mit 3 % nur sehr gering, in der beruflichen Vorsorge betragen sie hingegen 63 %. Auch in der dritten Säule ist der Unterschied zwischen Frauen- und Männer-Renten mit 54 % gross.¹³⁵ Hier zeigt sich sozialpolitischer Handlungsbedarf.

In vielen Fällen ist es für Angehörige nicht möglich, Aufgaben der Betreuung und Pflege selbst zu übernehmen. Steigende Anforderungen des Arbeitsmarkts an Flexibilität und Mobilität führen dazu, dass traditionelle Betreuungsarten nicht mehr in jedem Fall greifen.¹³⁶ Dies ist auch dann der Fall, wenn im pflegenden und betreuenden Haushalt aus existenziellen Gründen kein Erwerbsspensum reduziert werden kann, die geografische Distanz zu gross ist oder Unterhalt, Erziehung und Betreuung eigener Kinder die Kapazitäten bereits voll auslasten. Dann sind Angehörige gefordert, eine **Lösung für die Betreuung und Pflege zu Hause** zu finden und zu organisieren, was oftmals eine grosse emotionale und auch finanzielle Belastung bedeutet.

Die Betreuung und Pflege im Privathaushalt wird vermehrt von Migrantinnen aus EU-Staaten übernommen. Im Rahmen der **Pendelmigration** kommen diese Frauen für maximal drei Monate in die Schweiz. In dieser Zeit stehen sie rund um die Uhr zur Verfügung für Pflege, Betreuung und Hausarbeiten. Weil das Arbeitsgesetz auf private Haushalte keine Anwendung findet und von den kantonalen Normalarbeitsverträgen durch schriftliche Vereinbarungen abgewichen werden kann, gibt es für diese Arbeitsverhältnisse insbesondere bezüglich Arbeits- und Ruhezeiten keine rechtlich verbindlichen Vorgaben.¹³⁷ Hier besteht Regelungsbedarf bezüglich Gesundheitsschutz der privat Angestellten wie auch der betreuten und gepflegten Personen. Handlungsbedarf ist auch gegeben, weil eine steigende Nachfrage nach dieser Form von Betreuung und Pflege zu Hause zu verzeichnen ist. So hat die Zuwanderung in der Berufskategorie Hauswirtschaftsberufe um 19 % (2010-2012) gegenüber 5 % gesamthaft zugenommen.¹³⁸ Der Privathaushalt als Arbeitsmarkt gewinnt zunehmend an Bedeutung. Es ist eine wachsende und schnelllebige Landschaft von Vermittlungs-

133 Gesamter Aufwand Spitex-Organisationen: total Personalaufwand und Betriebsaufwand; total öffentlich-rechtliche, erwerbswirtschaftliche Spitex und selbständigerwerbende Pflegefachpersonen, vgl. Rudin & Strub, 2014, S.4

134 vgl. Rudin & Strub, 2014

135 Fluder, Salzgeber, von Gunten, Kessler & Fankhauser, 2016, S.84, 27

136 Bundesrat, Rechtliche Rahmenbedingungen für Pendelmigration zur Alterspflege, 2015, S.7

137 Bundesrat, Medienmitteilung vom 29.4.2015, <https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=57057>, abgerufen am 13.7.2016

138 Bundesrat, Rechtliche Rahmenbedingungen für Pendelmigration zur Alterspflege, 2015, S.8

agenturen zu beobachten, welche gut ausgebildete Frauen in der zweiten Erwerbshälfte vorwiegend aus dem Osten rekrutieren. Diese teilen sich die Stelle mit anderen Care-Migrantinnen und pendeln zwischen Arbeitsort und Herkunftsland hin und her. Mit ihren Einkommen unterstützen sie die eigene Familie und finanzieren ihren Kindern eine gute Ausbildung. Das Angebot an Care-Migrantinnen übersteigt die Nachfrage nach Betreuung im Privathaushalt erheblich. Dadurch spielt der Markt zu Ungunsten der Arbeitnehmerinnen aus dem Osten.¹³⁹ Die Kosten für eine 24-Stunden-Betreuung zu Hause bewegen sich für die Kunden zwischen 4500 und 13500 Franken pro Monat. Der ausbezahlte Lohn für die Pendelmigrantin beträgt nur einen Bruchteil davon.¹⁴⁰

Im April 2015 hat der Bundesrat einen Bericht zum Thema **«Pendelmigration zur Alterspflege»** gut geheissen. Darin werden mögliche Lösungen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Pendelmigrantinnen aufgezeigt. Es ist davon auszugehen, dass die Verbesserung der rechtlichen Rahmenbedingungen für die Pendelmigration mit Folgekosten sowohl für die Auftrag gebenden Privathaushalte wie auch für das Sozial- und Gesundheitswesen verbunden sein werden.¹⁴¹ Im September 2016 wurde eine Abschätzung der Regulierungsfolgekosten und vorgeschlagenen Lösungswege mit den Dachverbänden und nationalen Organisationen diskutiert und in die Vernehmlassung gegeben.¹⁴² Unabhängig davon, wie eine Lösung des arbeitsrechtlichen Handlungsbedarfs aussehen wird, bleiben im Rahmen der Pendelmigration grundsätzliche Fragen offen. Fragen stellen sich zur allgemeinen Gesundheitsversorgung von betreuungs- und pflegebedürftigen Kindern und Erwachsenen sowie zur Qualität der Pflege beziehungsweise zum Schutz vor schlechter Behandlung.¹⁴³ Nicht zu unterschätzen ist der Care Drain aufgrund der Pendelmigration, welcher dazu führen kann, dass im Herkunftsland Betreuungs- und Versorgungslücken entstehen.¹⁴⁴

Auf Bundesebene wurde im Dezember 2014 der **«Aktionsplan zur Unterstützung und Entlastung von betreuenden und pflegenden Angehörigen»** verabschiedet. Ziel ist es, für betreuende und pflegende Angehörige gute Rahmenbedingungen zu schaffen. Mittels passenden Unterstützungs- und Entlastungsangeboten soll den betreuenden und pflegenden Angehörigen ein nachhaltiges Engagement ermöglicht und Überforderungen innerhalb der Familien sollen möglichst vermieden werden. Wenn Erwerbstätige ihr Arbeitspensum vorübergehend reduzieren oder eine Auszeit nehmen wollen, soll dies ermöglicht werden, ohne dass sie dadurch ihre wirtschaftliche Grundlage oder ihre berufliche Laufbahn gefährden. Der Aktionsplan umfasst vier Handlungsfelder:¹⁴⁵

1. Information und Daten: Betreuende und pflegende Angehörige benötigen leicht zugängliche allgemeine Informationen über finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten sowie über die in ihrer Gemeinde oder Wohnregion bestehenden Entlastungsangebote. Zur Bewältigung von schwierigen Alltagssituationen brauchen sie ausserdem praktische Informationen. Zudem benötigen erwerbstätige Angehörige Informationen über Bestimmungen und Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung und -pflege.

*In Appenzell Ausserrhoden wurde 2015 die letzte Ausgabe des seit 2007 herausgegebenen **Gesundheitsmagazins** den betreuenden und pflegenden Angehörigen gewidmet. Auf die-*

139 Thurnherr, 2014, S.16

140 Bundesrat, Rechtliche Rahmenbedingungen für Pendelmigration zur Alterspflege, 2015, S.11

141 Bundesrat, Medienmitteilung 29.4.2015, <https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=57057>, abgerufen am 13.7.2016

142 Website Staatssekretariat für Wirtschaft SECO, Arbeitnehmerschutz, <https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Arbeitnehmerschutz/24-stunden-betagtenbetreuung.html>, abgerufen am 19.12.2016

143 Bundesrat, Rechtliche Rahmenbedingungen für Pendelmigration zur Alterspflege, 2015, S. 5

144 Thurnherr, 2014, S.17

145 Bundesrat, Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege, 2016, S.29

sem Weg wurde die Ausserrhoder Bevölkerung gezielt und umfassend über bereits bestehende Möglichkeiten für Entlastung und Unterstützung sowie über die Vorsorgemöglichkeiten informiert.

2. Entlastungsangebote: Bestehende Entlastungsangebote sind besser an die Bedürfnisse der erkrankten und pflegebedürftigen Personen und deren Angehörige anzupassen. Zeitlich befristete Entlastungsangebote zur Überbrückung von kürzeren oder längeren Abwesenheiten der Angehörigen müssen für alle finanziell erschwinglich sein.
3. Vereinbarkeit: Für Eltern, die wegen der Betreuung von kranken Kindern vom Arbeitsplatz fern bleiben müssen, besteht schweizweit keine klare Regelung bezüglich der Entlohnung für die Zeit der Abwesenheit. Weiter fehlt für Erwerbstätige, die sich kurzfristig um kranke erwachsene Familienmitglieder kümmern, sowohl hinsichtlich der Dauer als auch der Bezahlung eine allgemein gültige Regelung.
4. Betreuungsurlaub: Je nach Krankheitsverlauf sind die Angehörigen darauf angewiesen, über eine längere Zeit stunden-, tage- oder gar wochenweise von der Arbeit fernbleiben zu können. Verschiedene Massnahmen sind vorstellbar und zu prüfen, wie Betreuungsurlaub mit oder ohne Lohnfortzahlung, eine Arbeitszeitreduktion, Formen von Betreuungsgutschriften.¹⁴⁶

Ebenfalls auf Bundesebene wurde im März 2016 das **«Förderprogramm Unterstützungs- und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige 2017 - 2020»** lanciert. Damit soll die Forschung zu Angeboten für Personen mit pflegebedürftigen nahestehenden Personen finanziell unterstützt werden. Die Erkenntnisse sollen dazu führen, dass pflegende Angehörige trotz ihrer Zusatzaufgabe weiterhin erwerbstätig bleiben können.¹⁴⁷

Für Appenzell Ausserrhoden wurde im «Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012» die strategische Position «Anerkennung der Leistungen von pflegenden Angehörigen» formuliert: «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».¹⁴⁸ Das kantonale Projekt zur Unterstützung von betreuenden und pflegenden Angehörigen musste allerdings seit 2012 aus Ressourcengründen mehrmals zurückgestellt werden.

2.2.7 Qualität durch Koordination

Um den gesundheitspolitischen Herausforderungen - demografischer Wandel, Zunahme des Betreuungs- und Pflegebedarfs bei gleichzeitigem Fachkräftemangel und knappen Ressourcen - zu begegnen, sind auch Massnahmen zur Steigerung von Qualität und Effizienz erforderlich. Dazu gehört die Förderung der koordinierten und integrierten Versorgung. Wenn alle an der Behandlung, Pflege und Betreuung beteiligten Fachpersonen ihre Arbeit aufeinander abstimmen, können Leistungen wirkungsvoller erbracht werden.¹⁴⁹ Eine wichtige Aufgabe ist es, für die Patientinnen und Patienten einen niederschweligen Zugang bereitzustellen und zu gewährleisten, dass der kürzeste und effizienteste Pfad durch das Versorgungssystem genommen wird. Die **koordinierte Versorgung** wird definiert als die Gesamtheit der Verfah-

¹⁴⁶ Bundesrat, Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige. Situationsanalyse und Handlungsbedarf für die Schweiz, 2014, S. 6

¹⁴⁷ Bundesrat, Medienmitteilung 4.3.2016, <https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=60859>, abgerufen am 13.7.2016

¹⁴⁸ Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012, 2012, S. 18

¹⁴⁹ Bundesrat, Medienmitteilung 25.5.2016, <https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=61858>, abgerufen am 22.7.2016

ren, die dazu dienen, die Qualität der Behandlung von Patientinnen und Patienten über die gesamte Behandlungskette hinweg zu verbessern. Im Zentrum steht die Patientin bzw. der Patient: Die Koordination und Integration erfolgen entlang der ganzen Behandlung und Betreuung.¹⁵⁰ Der Begriff **integrierte Versorgung** beschreibt eine Behandlungs- und Betreuungsform, bei der mittels Vernetzung von einzelnen Angeboten und Institutionen ein Netzwerk geschaffen wird, in welchem die Leistungserbringer institutionalisiert und ergebnisorientiert zusammen arbeiten.¹⁵¹

Eine konsequente Patientenzentrierung erfordert einen **Paradigmawechsel** für die Gesundheitsversorgung. Dieser Perspektivenwechsel stellt für sich allein eine gesundheitspolitische Herausforderung dar: Während bislang die Behandlung von akuten Krankheiten im Vordergrund steht, muss das Gesundheitssystem künftig vermehrt auf Prävention und Gesundheitsförderung sowie auf eine langfristig angelegte, patientenzentrierte, koordinierte und integrierte Versorgung ausgerichtet werden. Künftig soll der Fokus gezielt auf jene Patientengruppen gelegt werden, die viele und aufwändige Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, also auf jene zehn Prozent der Versicherten, die gemeinsam siebzig bis achtzig Prozent der Leistungen beanspruchen.¹⁵²

Von Seiten der OECD wird darauf hingewiesen, dass das schweizerische Gesundheitssystem noch wenig vorbereitet ist für eine gute Betreuung von betagten chronisch kranken und insbesondere von multimorbiden Personen.¹⁵³ Chronisch kranke Menschen (vgl. S. 44) und insbesondere Personen, die von mehreren Krankheiten gleichzeitig betroffen sind, haben vielfältige Versorgungsbedürfnisse zur gleichen Zeit. Diese sind in unterschiedlichen medizinischen, psychiatrisch-psychologischen bzw. sozialen Disziplinen angesiedelt. Wenn es an einer Koordinierung der Behandlung über die verschiedenen Fachbereiche hinweg mangelt, kann es vorkommen, dass Patientinnen und Patienten an **Unter-, Über- oder Fehlversorgung** leiden. Neue Ansätze für die medizinische Versorgung chronisch kranker und multimorbider Patientinnen und Patienten haben zum Ziel, dieses Defizit zu beheben: Einerseits sollen Versorgungslücken geschlossen und andererseits auch Doppelspurigkeiten und damit unnötige Interventionen vermieden werden. Die gemeinsame Leitidee all dieser zukunftsgerichteten Modelle ist das Konzept der integrierten Versorgung. Obwohl in den letzten Jahren eine Zunahme koordinierter und integrierter Modelle verzeichnet werden kann, ist die Schweiz noch weit entfernt von einem bedarfsgerechten Angebot.¹⁵⁴ Dies gilt insbesondere auch für den Bereich der psychiatrischen Versorgung, wo bislang erst geringe Fortschritte in diese Richtung erzielt wurden.¹⁵⁵

Interprofessionelle Zusammenarbeit ist eine wesentliche Voraussetzung für den Aufbau von koordinierten Versorgungsangeboten. Ältere Personen und Menschen mit chronischen und/oder psychischen Erkrankungen benötigen Leistungen unterschiedlicher Fachkräfte. Dies führt zu Schnittstellen im Behandlungsprozess. Eine lückenhafte Koordination zieht Qualitätseinbussen, unnötige Behandlungen und überflüssige Kosten nach sich. Interprofessionelle Zusammenarbeit zeitigt Wirkungen in verschiedene Richtungen: Nach dem Prinzip «die richtige Person am richtigen Ort» wird in interprofessionellen Teams jede Leistung von derjenigen Fachperson erbracht, die für die Aufgabe am besten geeignet ist. Dies

150 Website Bundesamt für Gesundheit BAG, Koordinierte Versorgung, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html>, abgerufen am 21.12.2016

151 vgl. dazu auch Departement Gesundheit und Soziales Appenzell Ausserrhoden, Konzept für die Palliative Versorgung - Grundlagen, Strategien, Massnahmen, 2017, S. 9

152 Bundesrat, Bestandaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege, 2016, S. 33

153 Bachmann, Burla & Kohler, Gesundheit in der Schweiz - Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015, 2015, S. 168

154 Bachmann, Burla & Kohler, Gesundheit in der Schweiz - Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015, 2015, S. 191, 192, 24 und Djalali & Rosemann, 2015, S. 11

155 De Pietro, et al., 2015, S. 7

verbessert die Koordination und steigert die Effizienz.¹⁵⁶ Vorzugsweise sind Behandlungsteams in der intermediären (vgl. S.60) psychiatrischen Versorgung interprofessionell zusammengesetzt und erreichen gerade auch dadurch eine hohe Wirkung. Nebst Ärztinnen und Ärzten sowie Fachpersonen der Pflege und der Psychologie arbeiten hier auch Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen. Ihnen kommt neben den Pflegenden eine Schlüsselrolle zu, da sie in der Regel die Koordinations- und Vernetzungsaufgaben mit Blick auf die berufliche und soziale Integration wahrnehmen.¹⁵⁷

Der Schweregrad von Erkrankungen wie beispielsweise Demenz- oder psychiatrische Erkrankungen wird unter anderem auch am Grad der Betreuungs- und Begleitungsbedürftigkeit gemessen.¹⁵⁸ Chronisch oder mehrfach erkrankte Menschen brauchen neben fachgerechter medizinischer bzw. psychiatrischer Behandlung und Pflege oft über Jahre hinweg **Begleitung und Unterstützung**. Eine wichtige Quelle zur Bewältigung des Alltags mit einer chronischen Erkrankung und zum Erhalt des Wohlbefindens stellen professionelle Begleitung und Unterstützung sowie soziale Ressourcen (vgl. S. 50) dar, also die Teilhabe an einem Netz sozialer Beziehungen. Die gesundheitsförderliche Wirkung sozialer Integration und sozialer Unterstützung auf gesunde wie kranke Personen ist empirisch gut belegt. Zuwendung, Trost, das Wissen, nicht alleine gelassen zu werden, aber auch praktische Hilfestellungen und Pflege sind wichtige Unterstützungsarten für chronisch Kranke.¹⁵⁹

Im Januar 2015 wurde an der zweiten Nationalen Konferenz Nationale Gesundheit2020 das Projekt **«Koordinierte Versorgung»** lanciert. Dieses Projekt des Bundes hat zum Ziel, die koordinierte Versorgung für diejenigen Patientengruppen zu verbessern, die viele unterschiedliche und aufwändige Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Dazu gehören hochbetagte multimorbide Menschen, chronisch kranke Menschen, psychisch kranke Menschen oder Sozialhilfebeziehende.¹⁶⁰

Im März 2016 hat der Bundesrat im Rahmen der Fachkräfteinitiative-plus FKI-plus das **«Förderprogramm Interprofessionalität im Gesundheitswesen»** gutgeheissen. Weil die gesetzlichen Grundlagen zur finanziellen Unterstützung anwendungsorientierter Projekte zur Förderung der interprofessionellen Berufsausübung und Bildung fehlen, sollen die entsprechenden Anträge im Rahmen der parlamentarischen Beratungen zum Entwurf des Gesundheitsberufegesetzes GesBG eingebracht werden.¹⁶¹

2.2.8 Technologischer Wandel

Das Gesundheitswesen ist in allen Bereichen - Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention, Patientensicherheit, Aufsicht und Vollzug - von einem raschen und weitreichenden technologischen Wandel geprägt, welcher neue gesundheitspolitische Herausforderungen für Gesellschaft und Politik mit sich bringt. Beispielhaft sind im Folgenden

156 Website Bundesamt für Gesundheit BAG, Gesundheitspolitik, Nationale Gesundheitspolitik, Förderprogramme der Fachkräfteinitiative-plus, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus.html>, abgerufen am 21.12.2016

157 Bundesrat, Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz, 2016, S. 37, 54

158 Bachmann, Burla & Kohler, Gesundheit in der Schweiz - Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015, 2015, S.132

159 Bachmann, Burla & Kohler, Gesundheit in der Schweiz - Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015, 2015, S.23

160 Website Bundesamt für Gesundheit BAG, Gesundheitspolitik, Koordinierte Versorgung, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html>, abgerufen am 21.12.2016

161 Website Bundesamt für Gesundheit BAG, Gesundheitspolitik, Nationale Gesundheitspolitik, Förderprogramme der Fachkräfteinitiative-plus, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus.html>, abgerufen am 21.12.2016

ausgewählte aktuelle Entwicklungen in den Bereichen Technik, «Personalisierte Medizin» und «eHealth»¹⁶² dargestellt.

Der technologische Wandel zeigt sich besonders deutlich in Diagnostik und Behandlung, welche zunehmend minimal-invasiv erfolgen. Bildgebende Untersuchungen und die **Entwicklungen der Technik** in Chirurgie und Anästhesie haben Auswirkungen auf Behandlung, Erholung und Mobilisation der Patientinnen und Patienten. Minimal-invasive Techniken, kleinere Risiken und geringere Nebenwirkungen führen dazu, dass deutlich mehr Patientinnen und Patienten, auch in einem früheren Krankheitsstadium, behandelt werden. Dies bringt vor allem eine Mengenausweitung der Eingriffe – sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich¹⁶³ – mit sich, begleitet von einer teilweisen Verlagerung von der stationären zur ambulanten Praxis (vgl. S. 73).¹⁶⁴

Die «Personalisierte Medizin» hat zum Ziel, den Patientinnen und Patienten auf Grund von genetischen oder biochemischen Messgrössen («Biomarker») möglichst gezielt auf ihr jeweiliges Krankheitsbild abgestimmte Therapien anzubieten oder Krankheitsrisiken frühzeitig festzustellen, so dass die Betroffenen durch präventive Massnahmen die Erkrankung verhindern, hinauszögern oder deren Schwere vermindern können. Der Begriff **«Personalisierte Medizin»** bezieht sich sowohl auf konkrete Anwendungen, auf Forschungsvorhaben wie auch auf die Vision einer Medizin, die aufgrund von diagnostischen Tests die für jede Person am besten geeignete Behandlung bestimmen kann. Die «Personalisierte Medizin» birgt Chancen und Risiken: Eines der wichtigsten angekündigten Anwendungsfelder der Personalisierten Medizin ist die Prävention. Hier ist auch der Kreis der Anwenderinnen und Anwender am grössten – denn viele Personen sind Träger von Erbfaktoren, die im Zusammenhang mit erhöhten Krankheitsrisiken stehen. Wo Betroffene durch geeignete Massnahmen den Verlauf einer Krankheit günstig beeinflussen können, ist die Kenntnis der Krankheitsrisiken von Nutzen. Andererseits gibt es gemäss dem Schweizerischen Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung TA Swiss eine Reihe von offenen Fragen, zum Beispiel: Wie aussagekräftig sind die derzeit angebotenen Tests auf Krankheitsrisiken? Wie werden die Ergebnisse den Betroffenen mitgeteilt, so dass diese ihr Verhalten in geeigneter Weise ändern können? Wer hat Zugang zu den Testergebnissen?¹⁶⁵

Auch die Digitalisierung hat grosse Auswirkungen auf die medizinische Praxis, die bio-wissenschaftliche Forschung sowie die Gesundheit der Menschen. Big Data-Technologien¹⁶⁶ eröffnen neue Möglichkeiten, stellen gleichzeitig aber auch eine Gefahr für die individuelle Privatsphäre dar.¹⁶⁷ Mit Instrumenten von «eHealth» können die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit verbessert werden, indem alle Behandelnden jederzeit und überall Zugriff auf relevante Informationen und Unterlagen der Patientinnen und Patienten haben. Damit leistet **«eHealth»** einen Beitrag zu mehr Effizienz, weil Doppelspurigkeiten in der Di-

162 Unter «eHealth» oder «Elektronischen Gesundheitsdiensten» versteht man den integrierten Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien IKT zur Gestaltung, Unterstützung und Vernetzung aller Prozesse und Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Gesundheitswesen, vgl. Brüngger Beat et al., 2014, Bundesamt für Gesundheit BAG, Strategie «eHealth» Schweiz, 2007, S. 2

163 So hat sich beispielsweise die Zahl der ambulanten Katarakt-Operationen zwischen 2007 und 2013 beinahe verdoppelt, ohne dass sich die Zahl der stationären Eingriffe merklich verringert hätte, vgl. Roth & Pellegrini, 2015, S. 31

164 Roth & Pellegrini, 2015, S. 8, 26, 31

165 Website Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung TA-Swiss der Akademien der Wissenschaften Schweiz Studie «Personalisierte Medizin», <https://www.ta-swiss.ch/personalisierte-medizin/>, abgerufen am 16.12.2016

166 Die Datenexplosion im Gesundheitswesen wird durch viele Faktoren vorangetrieben, darunter Technologien wie die DNA-Sequenzierung, 3D-Bildgebungsverfahren, etc. Die Big-Data-Herausforderung besteht jedoch weniger im Umfang der Daten als in der Realisierung der Aggregation und Auswertung von unterschiedlichen Datenquellen. Eine Herausforderung ist beispielsweise das korrekte, fachspezifische Verständnis und die sachgerechte Auswertung bereitgestellter Information, vgl. Schweizerische Akademie der Technischen Wissenschaften SATW, 2015, S. 16, 19

167 Schweizerische Akademie der Technischen Wissenschaften SATW, 2015, S. 3, 8

agnostik vermieden werden. Bei der Umsetzung ist dem Schutz persönlicher Daten grosse Bedeutung beizumessen. Mit «eHealth» kann die Koordination aller Akteure im Behandlungsprozess gestärkt werden. Dies kommt den Patientinnen und Patienten zugute - insbesondere bei aufwendigen chronischen Erkrankungen. Diese Qualitätsverbesserungen werden mittel- und langfristig auch zu einer Kostenreduktion führen. «eHealth» ist wichtig, um die gesundheitspolitischen Reformen im Bereich der Qualität und der Kosten voranzubringen. Die wichtigsten Massnahmen im Bereich eHealth sind die Einführung und aktive Förderung der «eMedikation» mit der Möglichkeit für Ärzte und Ärztinnen, Apotheken und Spitäler, einen elektronischen Zugang auf Medikationsinformationen der Patientinnen und Patienten zu erhalten. Durch die Reduktion von Fehlern wird die Patientensicherheit erhöht. Weiter soll die Einführung und aktive Förderung des elektronischen Patientendossiers die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit erhöhen sowie die Behandlungsprozesse und die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern unterstützen. Behandlungsprozesse sollen digital unterstützt werden - etwa bei Spitalaustrittsprozessen oder bei integrierten Versorgungsprozessen entlang eines Behandlungsplans; Datenbasis ist das elektronische Patientendossier.¹⁶⁸

Im Juni 2016 hat das Parlament das **Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier EPDG** verabschiedet, welches voraussichtlich 2017 in Kraft treten wird. Die Einführung eines schweizweiten elektronischen Patientendossiers (EPD) ist ein komplexes Zusammenspiel von rechtlichen, organisatorischen und technischen Voraussetzungen. Vor diesem Hintergrund haben eHealth Suisse - das Koordinationsorgan Bund-Kantone - und das Bundesamt für Gesundheit BAG einen Einführungsplan erarbeitet, der die notwendigen Vorarbeiten und ihre gegenseitigen Abhängigkeiten abbildet. Gemäss Einführungsplan sind Kantone, die noch keine Umsetzungsprojekte eingeleitet haben, gefordert, eine kantonale Strategie zu erarbeiten, die rechtlichen Grundlagen zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen, damit die Frist für die Einreichung von Finanzhilfegesuchen von drei Jahren ab Inkrafttreten des EPDG genutzt werden kann.¹⁶⁹

168 Bundesrat, Gesundheit2020. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates, 2013, S.11

169 Bundesamt für Gesundheit BAG & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren, Einführungsplan für das elektronische Patientendossier - Fassung vom 22. März 2016, 2016, S.2

2.3 Gesundheitszustand

Die Aktualisierung der Daten zum Gesundheitszustand erfolgt gesamtschweizerisch erst mit der Gesundheitsbefragung 2017 durch das Schweizerische Gesundheitsobservatorium Obsan. Die Auswertungen werden 2019 vorliegen. Im folgenden Kapitel ist eine Auswahl der aktuell verfügbaren Fakten zusammengestellt. In diesem Bericht ist Gesundheit umfassend definiert und meint die körperliche, psychische und seelische Gesundheit unter Berücksichtigung der sozialen Lebenslage sowie biografischer Lebensphasen und Übergänge. Im folgenden Kapitel wird deshalb unter anderem auch dem Aspekt der sozialen Integration als wichtiger Faktor für den Gesundheitszustand eine gesundheitsrelevante Bedeutung zugemessen.

2.3.1 Körperliche Gesundheit

Laut Umfragen des BAG fühlt sich die Mehrheit der Bevölkerung in der Schweiz psychisch und physisch gesund. Gut drei Viertel (77 %) der Befragten geben an, vital und energiegeladen zu sein, 82 % schätzen ihre Gesundheit und 92 % ihre Lebensqualität als gut bis sehr gut ein (2012).¹⁷⁰

In der Schweiz leben über zwei Millionen Personen mit einer **chronischen Krankheit** wie Diabetes, einer Herz-Kreislauf-Erkrankung, Arthrose, Demenz oder Depression. Chronische somatische Krankheiten verlaufen dynamisch, sind dauerhaft und irreversibel. Damit beeinflussen sie langfristig alle Aspekte des Lebens. Chronische Erkrankungen beeinträchtigen nicht nur den Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten und deren Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung, sondern können auch deren berufliche und soziale Aktivitäten beeinflussen. Im Vergleich zur Bevölkerung sind chronisch Kranke an deutlich mehr Tagen im Jahr unfähig, ihre gewohnten Aktivitäten auszuüben (Haushaltführung, Erwerbsarbeit). Die Anzahl dieser Tage nimmt im Lauf der Zeit stark zu (+43 %), während sie bei der übrigen Bevölkerung viel weniger stark steigt. Zudem nimmt der Grad der funktionellen Einschränkungen¹⁷¹ in zehn Jahren um 28 % zu. Chronisch kranke Menschen werden innerhalb eines Jahres häufiger hospitalisiert als der Rest der Bevölkerung (2004: 16.9 % gegenüber 9.5 %). Die Zahl der Arztbesuche nimmt mit der Zeit zu, insbesondere bei chronisch kranken Personen ab 50 Jahren. Chronisch kranke Menschen brauchen deutlich häufiger Medikamente, damit sie mit dem Alltag zurechtkommen als der Rest der Bevölkerung. Der Anteil chronisch Kranker, die auf Medikamente angewiesen sind, ist in zehn Jahren um über 30 % gestiegen. Die Zunahme chronischer Krankheiten erfordert eine effiziente und wirtschaftlich tragfähige Anpassung sowohl des Gesundheitswesens, des Sozialwesens wie auch des Arbeitsmarkts.¹⁷²

Immer häufiger leiden Menschen in der Schweiz aber nicht nur an einer einzigen chronischen Krankheit, sondern an mehreren gleichzeitig. Dies wird als **Multimorbidität** bezeichnet. Multimorbidität hat oft schwerwiegende Folgen für die Betroffenen und stellt Behandelnde und Betreuende vor grosse Herausforderungen. Das gleichzeitige Auftreten von zwei oder noch mehr chronischen Krankheiten körperlicher oder psychischer Art löst - teilweise auch existenzielle - Probleme aus, die über die Summe der Herausforderungen der einzelnen Krankheitsbilder hinausgehen. Zudem kann es sein, dass die Behandlung der einen Krankheit Massnahmen erfordert, welche im Widerspruch zur Behandlung der zweiten

170 Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren & Gesundheitsförderung Schweiz, Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder, 2015, S.12

171 Funktionelle Einschränkungen: Schwierigkeiten, Alltagsaktivitäten auszuführen wie aufstehen, sich waschen, sich ankleiden oder kochen

172 vgl. Weaver, 2016

Krankheit stehen. Vor allem bei älteren Menschen nimmt Multimorbidität zu. Ihr Anteil in der Schweizer Bevölkerung ab dem 50. Lebensjahr liegt bei 22 % und ab dem 80. Lebensjahr ist er doppelt so hoch. In Alters- und Pflegeheimen ist Multimorbidität noch deutlicher ausgeprägter als bei Personen, die in Privathaushalten leben: 85.5 % der Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen haben mindestens zwei Diagnosen, fast ein Viertel (22.8 %) hat fünf oder mehr Diagnosen.¹⁷³ Personen, die mit einer oder mehreren chronischen Krankheiten leben, haben viele Aufgaben zu bewältigen: an die wichtigen Informationen herankommen und sie verstehen; Unterstützung und Begleitung aus dem sozialen Umfeld sowie von Fachpersonen organisieren; Therapien und Behandlungen in den Alltag integrieren.¹⁷⁴

Es gibt eine enge Verflechtung von chronischen körperlichen und psychischen Problemen. Bei einer **psychischen Komorbidität** findet sich am häufigsten eine Kombination von muskuloskelettalen¹⁷⁵ Problemen, damit verbundenen chronischen Schmerzen einerseits und Depressionen andererseits. Psychische Komorbidität ist mit besonders hohen Gesundheits- und Sozialkosten verbunden, da sie die Arbeitsmarktfähigkeit stark beeinträchtigen und zur Erwerbslosigkeit führen kann. Generell haben Personen mit psychischen Erkrankungen verglichen mit Personen ohne psychische Erkrankung ein deutlich erhöhtes Risiko, zusätzlich an einer körperlichen Krankheit zu leiden (z. B. Herz-Kreislauf-Krankheiten oder Diabetes) und weisen in Bezug auf die körperliche Krankheit deutlich erhöhte Sterblichkeitsrisiken und weniger gute Heilungschancen auf. Eine psychische Komorbidität hemmt die Suche nach Hilfe und erschwert die Diagnosestellung wie auch die Therapie.¹⁷⁶

Es ist davon auszugehen, dass chronische Erkrankungen, Multimorbidität und psychische Komorbidität in den nächsten Jahren weiterhin zunehmen.¹⁷⁷ Damit ist Handlungsbedarf gegeben. 2012 ist das Präventionsgesetz trotz zustimmenden Mehrheiten in beiden eidgenössischen Räten an der Ausgabenbremse gescheitert. Der Bedarf nach verstärkter Koordination, Optimierung bestehender Präventionsaktivitäten, Fokussierung und Schaffung von Synergien war zwar politisch anerkannt, diesem musste in der Folge aber ohne Gesetz nachgekommen werden. Deshalb haben der Bund und die Kantone im April 2016 die **«Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten NCD-Strategie»** verabschiedet. Die Strategie hat zum Ziel, den Ausbruch von Krankheiten wie Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes zu verhindern, zu verzögern oder die Folgen zu mildern. Sie baut auf bestehenden Präventionsaktivitäten auf und bündelt die Kräfte aller beteiligten Akteure.¹⁷⁸ Im November 2016 haben der Bund, die Kantone und die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz den Massnahmenplan zur Umsetzung der NCD-Strategie genehmigt. Er umfasst 14 Massnahmen in drei Handlungsfeldern: Prävention und Gesundheitsförderung in der allgemeinen Bevölkerung, Prävention in der Gesundheitsversorgung sowie Prävention in der Wirtschafts- und Arbeitswelt. Der Massnahmenkatalog ist im Januar 2017 in die Umsetzung gegangen.¹⁷⁹ Die Konkretisierung der Massnahmen konzentriert sich auf drei Schwerpunkte: die Verbesserung der Zusammenarbeit in der Prävention, die Verankerung der Prävention in der Gesundheitsversorgung und die Stärkung des Gesundheits-

173 Bachmann, Burla & Kohler, Gesundheit in der Schweiz - Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015, 2015, S.127, 112, 113

174 Stoppe, 2015, S.55

175 Muskuloskelettale Erkrankungen sind Erkrankungen des Bewegungsapparats.

176 Bachmann, Burla & Kohler, Gesundheit in der Schweiz - Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015, 2015, S.142

177 Bundesamt für Gesundheit BAG & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten NCD-Strategie 2017 - 2014, 2016, S. 9

178 Bundesrat, Medienmitteilung 6.4.2016, <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen/bundesrat.msg-id-61241.html>, abgerufen am 31.7.2016

179 Eidgenössisches Departement des Innern EDI, Medienmitteilung 24.11.2016, <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-64667.html>, abgerufen am 15.12.2016

managements in den Betrieben (vgl. S. 64). Die Prävention soll zu einem selbstverständlichen Bestandteil der medizinischen Versorgung in der Arztpraxis, der Apotheke, bei der Spitex und im Pflegeheim werden. Hierdurch soll Pflegebedürftigkeit verhindert bzw. verzögert werden.¹⁸⁰ Die NCD-Strategie wird ergänzt durch die **«Nationale Strategie Sucht»** von 2015 und bereits laufende **Aktivitäten im Bereich psychische Gesundheit**.

Eine besondere Form chronischer Erkrankungen sind **Demenzerkrankungen**. Die häufigste Demenzerkrankung ist mit etwa zwei Dritteln aller Fälle die Alzheimer-Krankheit. Demenz ist ein Oberbegriff für eine Reihe von Erkrankungen, die mit einem Gedächtnisverlust einhergehen, kombiniert mit der Störung von mindestens einer geistigen Funktion wie Sprache, Bewegung, Erkennen oder Planen und Handeln. Demenzkranke Menschen erleben einschneidende Veränderungen in ihrer Lebensgestaltung und ihren sozialen Beziehungen. Im Krankheitsverlauf wird die selbständige Lebensführung zunehmend eingeschränkt und die Betreuungsbedürftigkeit nimmt zu. Die Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken, steigt nach dem 65. Lebensjahr stark an: Während in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen etwa jede fünfzigste Person betroffen ist, ist es in der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen etwa jede achte. Frauen erkranken häufiger an Demenz weil sie häufiger ein hohes Alter erreichen als Männer.¹⁸¹ In der Schweiz leben heute rund 119 000 Menschen mit einer Demenzerkrankung.¹⁸² Es wird davon ausgegangen, dass sich diese Anzahl bis 2030 verdoppeln und bis 2060 gar verdreifachen wird.¹⁸³

Die **«Nationale Demenzstrategie 2014-2017»** - im November 2016 verlängert bis 2019¹⁸⁴ - soll die mit der Erkrankung einhergehenden Belastungen verringern und die Lebensqualität der Betroffenen verbessern. So sollen Menschen mit einer Demenzerkrankung unter anderem Zugang zu qualitativ hochstehenden, niederschweligen Angeboten einer integrierten Versorgung haben.¹⁸⁵ Die Kantone sind entsprechend ihrer Kompetenzen im Gesundheitswesen stark gefordert in der Umsetzung der Strategie. Mehrere Kantone haben in der Folge kantonale Planungen zur Umsetzung dieser Strategie erarbeitet.¹⁸⁶

Die Alterung der Bevölkerung beeinflusst auch das **Lebensende**. Im Jahr 2014 stieg das mittlere Sterbealter weiter an, 60 % der Verstorbenen waren 80-jährig oder älter. Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs und Demenz blieben die drei häufigsten Todesursachen in der Schweiz. Erstmals seit 1995, als die Diagnose Demenz neu gestellt wurde, ist eine leichte Abnahme der demenzbedingten Todesfälle zu verzeichnen.¹⁸⁷

2.3.2 Psychische Gesundheit

Psychische Erkrankungen treten häufig auf. Die Verbreitung psychischer Störungen in der Bevölkerung ist in den letzten Jahrzehnten allerdings entgegen landläufiger Meinung nicht angestiegen, sondern in der Grössenordnung stabil geblieben.¹⁸⁸ Gleichwohl haben psychische Erkrankungen aufgrund ihres oft langfristigen Verlaufs und ihrer Komorbidität mit kör-

180 Bundesrat, Bestandsaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege, 2016, S.35

181 Bachmann, Burla & Kohler, Gesundheit in der Schweiz - Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015, 2015, S. 97, 109, 132

182 Website Bundesamt für Gesundheit BAG, Strategie Demenz, Nationale Demenzstrategie 2014-2019, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationale-demenzstrategie-2014-2017.html>, abgerufen am 21.12.2016

183 econcept, 2016, S.2

184 Eidgenössisches Departement des Innern EDI, Medienmitteilung 24.11.2016, <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-64667.html>, abgerufen am 15.12.2016

185 Bundesamt für Gesundheit BAG & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten NCD-Strategie 2017-2014, 2016, S.11

186 econcept, 2016, S.2

187 Bundesamt für Statistik BFS, Medienmitteilung vom 23.6.2016, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/medienmitteilungen.assetdetail.40496.html>, abgerufen am 21.12.2016

188 Baer, Altwicker-Hamori, Juvalta, Frick & Rüesch, 2015, S.XI

perlichen Erkrankungen eine **zunehmende Bedeutung für das Gesundheits- und Sozialwesen**. Psychische Erkrankungen treten verglichen mit den häufigsten chronischen körperlichen Krankheiten eher früh im Lebensverlauf auf und verursachen somit bei den Betroffenen über viele Jahre oder gar Jahrzehnte Leiden und Einschränkungen in ihrer Leistungsfähigkeit sowie hohe volkswirtschaftliche Kosten für die Gesellschaft. Depression stellt ausserdem eine der zentralen Krankheiten im Bereich der Multimorbidität dar. Sie begleitet in hohem Ausmass körperliche Krankheiten wie Arthrose, Herzkrankheiten oder Diabetes. Insbesondere die starke Verbreitung von psychischen Problemen gerade auch in Kombination mit körperlichen Krankheiten, wie auch deren aussergewöhnlich hohe Krankheitslast machen es notwendig, psychischen Krankheiten und psychischer Gesundheit stärkere Beachtung zu schenken.¹⁸⁹

Psychische Krankheiten können einmalig oder wiederholt auftreten. Sie können plötzlich ausbrechen oder die Krankheit kann sich schleichend entwickeln. Unter guten Bedingungen (z.B. gut eingestellte Medikation, soziale und berufliche Integration) können Personen mit einer chronischen psychischen Krankheit ein selbständiges Leben führen.¹⁹⁰ Gemäss einem Bericht des Bundesrates leidet im Lauf eines Jahres bis zu einem Drittel der Schweizer Bevölkerung an einer psychischen Erkrankung, die behandelt werden sollte. Dabei sind die Auswirkungen im Alltag unterschiedlich, die Spannweite reicht von leichteren Beeinträchtigungen bis zu schwerwiegenden Folgen auch im Hinblick auf die soziale Integration, die Erwerbsarbeit und die Existenzsicherung. Die Bevölkerung ist nach wie vor über Symptome, Krankheitsverläufe und Behandlungsmöglichkeiten von psychischen Erkrankungen nicht gut informiert.¹⁹¹ Die psychischen Erkrankungen werden **nur zur Hälfte behandelt**. Eine späte oder ungenügende Behandlung kann schwerwiegende Folgen haben. So steigt unter anderem die Wahrscheinlichkeit für schwere und chronische Krankheitsverläufe bis hin zu Suizid. Die berufliche und soziale Integration ist gefährdet. Armutsgefährdung und Armut kommen als Risiken hinzu.¹⁹²

Psychische Störungen zeigen sich schon früh im Lebenslauf. 75 % aller psychischen Erkrankungen beginnen vor dem 25. Altersjahr, also sehr viel früher als körperliche Krankheiten. Dies hat zur Folge, dass viele junge Menschen mit psychischen Störungen schon während Schule oder Ausbildung Probleme haben, mit entsprechend grösseren Schwierigkeiten beim Eintritt in den Arbeitsmarkt. **Kinder und Jugendliche** leiden zu 15-22 % an psychischen Krankheiten.¹⁹³ Neben Brüchen in der Bildungsbiografie leiden junge Menschen mit psychischen Erkrankungen oft unter familiären Belastungen. Ein Drittel der jungen IV-Rentenbeziehenden aus Gründen psychischer Erkrankungen haben Eltern, die selbst psychisch erkrankt sind. Bei einem Viertel sind Konflikte, Vernachlässigung und Gewalt in der Familie dokumentiert. Ein Sechstel stammt aus Familien, in denen ebenfalls bereits mindestens ein Elternteil sozialhilfeabhängig oder berentet war.¹⁹⁴

Psychische Erkrankungen können, zumal wenn sie zu spät erkannt und behandelt werden, zu Invalidität und damit zu Armutsgefährdung und Armut führen. Psychische Erkrankungen sind heute die **häufigste Ursache für eine IV-Rente**. Insgesamt konnten die Neurenten in den letzten zehn Jahren deutlich gesenkt werden. Hingegen sind sie bei jungen Menschen angestiegen: So haben die IV-Berentungen aufgrund psychischer Gebrechen bei 18- bis 19-Jährigen in den letzten zwanzig Jahren jedes Jahr um durchschnittlich 6 % zugenommen, bei den 20- bis 24-Jährigen um 2 %. Damit weicht die Entwicklung der Neurenten

189 Bachmann, Burla & Kohler, Gesundheit in der Schweiz - Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015, 2015, S.129, 21

190 Bundesrat, Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz, 2016, S.14

191 Bundesrat, Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz, 2016, S.5

192 Bundesrat, Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz, 2016, S.21

193 Bundesrat, Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz, 2016, S.16

194 Baer, Altwicker-Hamori, Juvalta, Frick & Rüesch, 2015, S. XIII

bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen vom allgemeinen Trend ab. Die Berentung dieser jungen Menschen ist vermutlich oft ein vorläufiger Endpunkt einer längeren ungünstigen Entwicklung. Die Gründe dafür liegen in der Schweiz jedoch nicht darin, dass Angebote fehlen; diese sind im internationalen Vergleich gut ausgebaut. Für die Schweiz sind vielmehr Versorgungs- und Verfahrensmängel, nicht Angebotslücken von Bedeutung. Invalidisierungen junger Erwachsener sind in der Schweiz, wie in anderen Industrieländern auch, ein ernst zu nehmendes Problem. Eine Berentung in jungem Alter ist nicht nur für die rentenbeziehende Person selbst, sondern auch für das System der sozialen Sicherheit mit erheblichen Belastungen verbunden. So erhalten junge Rentenbeziehende fast immer ganze Renten, und den Rentenbeziehenden insgesamt gelingt der Ausstieg aus der Rente nur selten. Pro Jahr verlassen rund 1% der berenteten Personen das IV-Rentensystem aus einem anderen Grund als einem Übertritt in die AHV oder infolge Tod. Wenn psychische Gründe den Ausschlag für die Berentung gaben, ist der Ausstieg aus der IV-Rente bei jungen Berenteten zudem deutlich seltener als bei anderen Gesundheitsproblemen. Umso beunruhigender ist es deshalb, dass gerade die Invalidisierungen bei jungen Menschen zugenommen haben.¹⁹⁵

Wie bei den somatischen Erkrankungen zeigt sich auch im Bereich der psychischen Erkrankungen ein **soziales Gefälle**. Personen in schwierigen Lebenssituationen leiden überdurchschnittlich häufig an einer psychischen Erkrankung, deren Verlauf zudem oft ungünstig ist. Insbesondere betroffen sind Personen, die armutsgefährdet sind, bzw. in Armut leben, Personen mit tiefer Schulbildung und kleinem Gestaltungsspielraum sowie Personen mit traumatisierender Migrationserfahrung wie Krieg oder Folter. In Ergänzung dazu haben erwerbslose Personen und sozial schlecht integrierte Personen ein erhöhtes Suizidrisiko.¹⁹⁶

Die Zahl der **Suizide** hat sich zwischen 1980 und 2010 deutlich reduziert, stagniert aber seither.¹⁹⁷ Pro Jahr suizidieren sich in der Schweiz rund 1000 Personen. Zudem werden jährlich rund 10 000 Personen nach Suizidversuchen medizinisch behandelt. Die Dunkelziffer ist hoch: Viele Suizidversuche werden nicht erkannt oder nicht gemeldet und bleiben somit unbehandelt. Suizidale Handlungen finden in einem psychischen Ausnahmezustand statt. Nur selten sind sie nüchtern überlegte Handlungen. Ein Suizid(versuch) ist meist eine Verzweiflungstat und nicht Ausdruck eines freien Willens. Durch Suizide sterben Menschen jeden Alters: Jugendliche, Erwachsene, ältere und hochaltrige Menschen. Jugendliche und junge Erwachsene (16 bis 29 Jahre) sowie hochbetagte Menschen (85+) haben die höchste Suizidversuchsrate. 2 % der 15- bis 29-Jährigen der ständigen Wohnbevölkerung der Schweiz haben jeden oder jeden zweiten Tag Suizidgedanken. Das sind knapp 30 000 junge Menschen. Von 2009 bis 2013 starben in der Schweiz pro Jahr durchschnittlich 133 junge Menschen durch Suizid, davon 32 noch vor ihrem 20. Geburtstag. Sowohl bei den unter als auch bei den über 20-Jährigen waren 8 von 10 Verstorbenen männlich. Jeder Suizid löst im nahen Umfeld viel Leid aus. Hinterbliebene haben ein erhöhtes Suizidrisiko. Die Betreuung von Hinterbliebenen ist daher auch eine Form von Suizidprävention.¹⁹⁸

Beim **assistierten Suizid**¹⁹⁹ nehmen die Zahlen weiterhin zu, vor allem in der Altersgruppe über 65 Jahren. In dieser Zunahme widerspiegelt sich die Alterung der Bevölkerung.

195 Baer, Altwicker-Hamori, Juvalta, Frick & Rüesch, 2015, S. XI, XII, 1

196 Bundesrat, Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz, 2016, S.14

197 Bundesamt für Statistik BFS, Medienmitteilung vom 23.6.2016, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/medienmitteilungen.assetdetail.40496.html>, abgerufen am 21.12.2016

198 Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK & Gesundheitsförderung Schweiz, Suizidprävention in der Schweiz. Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan, 2016, S. 4, 6, 12, 7

199 Assistierter Suizid: organisierte Beihilfe zum Suizid gemäss Website Bundesamt für Gesundheit BAG, Suizid und Suizidversuche, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/psychische-gesundheit/themenschwerpunkte-im-bereich-psychische-gesundheit/suizide-und-suizidversuche.html>, abgerufen am 21.12.2016

Im Jahr 2014 wurden 742 assistierte Suizide registriert (320 Männer und 422 Frauen) und damit 26 % mehr als im Vorjahr.²⁰⁰

Im Bereich der psychischen Gesundheit wurde bisher keine eigentliche Strategie erarbeitet; die Anstrengungen von Bund und Kantonen konzentrieren sich auf einen kontinuierlichen Dialog zum Thema, eine bessere Vernetzung und Koordination unter den Akteuren durch die Schaffung des **«Netzwerks psychische Gesundheit»** sowie auf konkrete Massnahmen im Bereich Depressionen mit dem Aktionsprogramm zur Früherkennung und Behandlungsoptimierung Bündnis gegen Depression.²⁰¹ Im März 2016 hat der Bundesrat in seinem Bericht zur **«Zukunft Psychiatrie in der Schweiz»** eine Auslegeordnung über die psychiatrische Versorgung vorgenommen und den Entwicklungsbedarf aufgezeigt. Ziel ist es, die Grundlagen für die Planung und Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen zu verbessern sowie die Qualifikation von Fachpersonen zu unterstützen. Daneben soll künftig auch die Prävention psychischer Erkrankungen weiter gefördert werden. Dazu hat der Bundesrat im November 2016 weitere Massnahmen verabschiedet²⁰² (vgl. S. 63).

Im Februar 2016 haben Bund und Kantone die Konsultation zum **«Aktionsplan Suizidprävention»** eröffnet. Suizide und Suizidversuche sollen in allen Altersgruppen reduziert werden. Der Plan formuliert 9 Ziele und 30 Massnahmen in den Bereichen «Informieren und sensibilisieren», «Einfacher Zugang zu Hilfe», «psychische Not frühzeitig erkennen», «wirkungsvoll betreuen und behandeln», «Verfügbarkeit suizidaler Mittel reduzieren», «nach Suizid Hinterbliebene unterstützen».²⁰³ Die Massnahmen dieses Projektes werden ab 2016 gemeinsam mit den Massnahmen der NCD-Strategie erarbeitet,²⁰⁴ die Umsetzung des Aktionsplans folgt ab 2017.²⁰⁵ Bislang haben nur wenige Kantone²⁰⁶ explizit Aktivitäten zur Suizidprävention lanciert.²⁰⁷

*Appenzell Ausserrhoden hat als erster Ostschweizer Kanton ein Bündnis gegen Depression lanciert (2008-2011) sowie die interkantonale Zusammenarbeit mit den Kantonen Appenzell Innerrhoden und St.Gallen gefördert. Aus dieser Initiative wurde das **«Ostschweizer Forum für psychische Gesundheit»** gegründet. Ein Ziel unter anderen ist die Suizidprävention.*

Für Jugendliche mit psychischen und anderen Beeinträchtigungen sind der Übergang von der Schule zur beruflichen Ausbildung sowie der Eintritt in den Arbeitsmarkt mit grossen Schwierigkeiten verbunden. Erwachsene mit psychischen Erkrankungen brauchen Unterstützung, damit sie im Arbeitsmarkt bleiben oder Eingliederungsmassnahmen mit Erfolg ab-

200 Bundesamt für Statistik BFS, Medienmitteilung vom 11.10.2016, <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-64053.html>, abgerufen am 18.10.2016

201 Bachmann, Burla & Kohler, Gesundheit in der Schweiz - Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015, 2015, S.209

202 Bundesrat, Medienmitteilung 11.3.2016, <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen/bundesrat.msg-id-60940.html>, abgerufen am 21.12.2016

203 Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK & Gesundheitsförderung Schweiz, Suizidprävention in der Schweiz. Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan, 2016, S. 4, 45

204 Bundesamt für Gesundheit BAG & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten NCD-Strategie 2017-2014, 2016, S.11

205 Bundesamt für Gesundheit, Medienmitteilung 26.2.2016, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-60783.html>, abgerufen am 29.7.2016 und Website Bundesamt für Gesundheit BAG, Psychische Gesundheit, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/psychische-gesundheit.html>, abgerufen am 21.12.2016

206 VD, VS, ZG, ZH

207 Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK & Gesundheitsförderung Schweiz, Suizidprävention in der Schweiz. Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan, 2016, S.33

schliessen können. Mit der **Weiterentwicklung der IV** soll hier angesetzt werden, um die berufliche und soziale Integration dieser Personengruppen besser fördern zu können.²⁰⁸

2.3.3 Soziale Integration

Die soziale Integration hat erwiesenermassen eine schützende Wirkung für die Gesundheit der Menschen. Menschen die gut vernetzt sind, ausreichend Unterstützung erhalten und sich eingebunden fühlen in ein ausgeglichenes System von Geben und Nehmen leben länger und sowohl körperlich wie psychisch gesünder als Menschen, die sozial isoliert sind. Ebenso nachgewiesen ist die **gesundheitsschädigende Wirkung von Isolation und Einsamkeit**. Das gesundheitliche Risiko einer sozial isolierten Person, frühzeitig zu sterben, ist vergleichbar mit dem Risiko eines Rauchers, an Lungenkrebs zu sterben. Diesen empirisch gut belegten Fakten wird in der Gesundheits- und Sozialpolitik noch zu wenig Beachtung geschenkt.²⁰⁹

Die Schweizer Bevölkerung verfügt nach wie vor über ein hohes Ausmass an sozialen Ressourcen. Dies ergibt auch der internationale Vergleich innerhalb von Europa. Es zeigen sich keine Hinweise darauf, dass sich die gegenseitige soziale Unterstützung verringern würde, wie dies immer wieder postuliert wird.²¹⁰ Die **Bevölkerung der Schweiz fühlt sich im Durchschnitt gut unterstützt**. Nahe stehende Personen sind von besonders grosser Bedeutung für die erhaltene Unterstützung, wobei für Männer die Lebenspartnerin die wichtigste Quelle von praktischer und emotionaler Unterstützung darstellt. Vielleicht ist dies auch eine Erklärung dafür, dass Männer in der Lebensphase zwischen 15 und 24 Jahren, während der ein Grossteil von ihnen noch nicht in einer festen Beziehung lebt, deutlich weniger Unterstützung erhalten als die gleichaltrigen Frauen. Junge Männer haben also ein ausserordentlich grosses soziales Netz, aber erhalten gleichzeitig deutlich weniger praktische und emotionale Unterstützung als die gleichaltrigen Frauen, aber auch als die Männer zwischen 25 und 64 Jahren.²¹¹

Soziale Ressourcen sind in der Schweizer Wohnbevölkerung sehr unterschiedlich verteilt. Es gibt Personengruppen, die gut vernetzt sind, über viele unterstützende Beziehungen verfügen und im Bedarfsfall Hilfe erhalten. Es gibt aber auch Personen, die **sozial isoliert** leben, kaum soziale Kontakte pflegen, die unter Einsamkeit leiden und die beispielsweise niemanden kennen, der ihnen im Fall einer Bettlägerigkeit Hilfe leisten würde. 10 % der Schweizer Wohnbevölkerung sagen, dass sie zu maximal neun Personen eine gute Beziehung haben, 1% sogar zu maximal zwei Personen.²¹² Mit zunehmendem Alter wird das soziale Netz kleiner. Es sind besonders die alten Frauen, welche in der Schweiz sozial isoliert leben: 62 % der über 75-jährigen Frauen haben kein primäres Netz. Das heisst, sie haben keinen Lebenspartner und wohnen alleine. Bei den gleichaltrigen Männern beträgt dieser Anteil lediglich 16 %.²¹³

Fehlende soziale Ressourcen haben einen grossen Einfluss auf Suizidversuche und Suizide. Entgegen der weitverbreiteten Meinung treten Gefühle von **Einsamkeit** häufiger in jungen Jahren auf als im Alter. Junge Männer und Frauen (15–34 Jahre) fühlen sich in der

208 Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, Medienmitteilung 7.12.2015, <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/publikationen-und-service/medieninformationen/nsb-anzeigeseite.msg-id-59736.html>, abgerufen am 21.12.2016

209 Bachmann, Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa, 2014, S.173, 18

210 Bachmann, Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa, 2014, S.9

211 Bachmann, Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa, 2014, S.6

212 Bachmann, Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa, 2014, S.6, 7

213 Bachmann, Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa, 2014, S.6

Schweiz zu einem Drittel beziehungsweise 43 % gelegentlich einsam. Auch verfügen junge Männer und Frauen weniger oft über Vertrauenspersonen als ältere Personen. Jugendliche, die einen Suizidversuch begangen haben, nennen Einsamkeit oft als antreibenden Faktor für den Versuch.²¹⁴

Kritische Lebensereignisse wie beispielsweise eine schwere Erkrankung können das soziale Umfeld mobilisieren und die informelle Unterstützung aktivieren. Kurzfristig steigt die Anzahl der Personen, die bereit sind, den Betroffenen in der Krise beizustehen. Im Fall von körperlichen Erkrankungen und Unfällen stellt sich im Jahr nach der Krise wieder der Normalfall ein, das heisst, das soziale Netz nimmt wieder die Grösse an, die es vor dem kritischen Ereignis hatte. Bei den psychisch Erkrankten hingegen beginnen zu diesem Zeitpunkt ein deutlicher sozialer Rückzug respektive eine zunehmende soziale Isolation.²¹⁵

Soziale Integration ist eine wichtige **salutogenetische Quelle für chronisch kranke Personen**. Mit zunehmender Pflegebedürftigkeit und bei Einschränkungen ihrer Handlungsfähigkeit brauchen sie in den immer wieder auftretenden Krisen Zuwendung, Trost, Aufmunterung und Wertschätzung durch Angehörige und ihr soziales Netz. Aber auch ganz praktische Unterstützung ist für viele chronisch kranke Personen von hoher Relevanz. Im besten Fall engagieren sich Angehörige, Freundinnen und Freunde sowie Bekannte in der Suche nach krankheitsbezogenen Informationen, sind einbezogen in Entscheidungsprozesse, machen Fahrdienste, motivieren für Veränderungen des Lebensstils, erinnern an die Medikamenteneinnahme oder verabreichen Medikamente. Solche alltagspraktischen Unterstützungsleistungen sind für viele Patientinnen und Patienten essenziell, damit sie ihre Unabhängigkeit bewahren und ihren Alltag bewältigen können.²¹⁶

214 Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK & Gesundheitsförderung Schweiz, Suizidprävention in der Schweiz. Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan, 2016, S.13

215 Bachmann, Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa, 2014, S. 53

216 Bachmann, Burla & Kohler, Gesundheit in der Schweiz - Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015, 2015, S.174

2.4 Gesundheitsversorgung

In den letzten Jahren ist immer deutlicher geworden, dass die klassische Unterteilung in «ambulante Gesundheitsversorgung» und «stationäre Gesundheitsversorgung» nicht genügt, um aktuelle Entwicklungen und den künftigen Handlungsbedarf im Bereich der Gesundheitsversorgung abzubilden. Patientinnen und Patienten bewegen sich dynamisch zwischen diesen zwei Strukturen der Gesundheitsversorgung und nutzen - wo vorhanden - zunehmend sogenannte «intermediäre Angebotsstrukturen» im Zwischenbereich zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Solche intermediäre Strukturen, wie z.B. Tages- und Nachtstrukturen sowie Betreutes Wohnen spielen eine immer wichtigere Rolle in der Betreuung und Pflege von unterstützungs-, und betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen somatischer oder psychischer Natur.

2.4.1 Ambulante Versorgung

In der ambulanten Gesundheitsversorgung ist die politische Agenda seit einigen Jahren gesetzt: Hausärztemangel, flexible Arbeitszeiten, Weiterbildung und Steuerung des Angebots sind Themen, die Bund und Kantone beschäftigen. Mit einer Studie von 2016 liegen nun Daten zur **Grundversorgung/Hausarztmedizin** vor, welche erste Antworten auf weitere, gleichfalls dringende Fragen erlauben. Im Fokus steht das Zusammenspiel der verschiedenen Akteure über die gesamte Behandlungskette hinweg - angefangen beim Zugang zur Versorgung, dem Angebot an Leistungen, der Patientenzentrierung bis hin zur Koordination der Versorgung.²¹⁷ In der Schweiz werden alle Leistungen von den Hausärztinnen und Hausärzten, teilweise zusammen mit den medizinischen Praxisassistentinnen, organisiert und erbracht. Dieses ärztezentrierte Modell übt Druck auf die medizinische Demografie aus, wie der Hausärztemangel zeigt (vgl. S. 33). Mit im internationalen Vergleich langen Konsultationen (19.6 Minuten) sind die Arzt-Patienten-Beziehung und die Betreuungskontinuität gut. Was die Zweckmässigkeit der von den Patientinnen und Patienten in Anspruch genommenen Dienstleistungen in der Grundversorgung, die Erfahrungen der Patientinnen und Patienten sowie die Zugangsgerechtigkeit betrifft, sind aufgrund der Datenlage für die Schweiz kaum Aussagen möglich. Neben den zahlreichen Stärken zeigt die Studie für die Hausarztmedizin Mängel und damit Handlungsbedarf in folgenden Bereichen: Das Leistungsangebot ist wenig förderlich für die Präventionsarbeit; die Patientenorientierung stützt sich mehr auf die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten als auf Erfahrungen; elektronische Dossiers sind kaum verbreitet; interprofessionelle Teamarbeit, insbesondere Case Management, ist stark unterentwickelt; das ärztezentrierte Modell weist ein Defizit auf betreffend Kontinuität im Bereich Information und Verwaltung.²¹⁸

Die ambulante Gesundheitsversorgung verlagert sich seit rund zwanzig Jahren von unabhängigen Einzelpraxen hin zu Ärztenetzen. Die Zahl der hausärztlichen Einzelpraxen ist zwischen 2005 und 2015 um einen Drittel zurückgegangen, während sich die Zahl der Gruppenpraxen fast verdreifacht hat.²¹⁹ Als Kunden von Ärztenetzwerken verpflichten sich die Versicherten, das Gesundheitssystem stets durch dasselbe Tor zu betreten. Für fachärztliche oder stationäre Behandlung braucht es eine Überweisung durch die Grundversorger. Im Gegenzug erhalten die Versicherten eine Ermässigung auf ihre Prämien. Inzwischen sind mehr als **zwei Drittel der Hausärzte gesamtschweizerisch in Ärztenetzen** zusammenge-

217 vgl. dazu Senn, Tiaré Ebert & Cohidon, La médecine de famille en Suisse, 2016

218 Senn, Tiaré Ebert & Cohidon, Die Hausarztmedizin in der Schweiz - Perspektiven. Analyse basierend auf den Indikatoren des Programms SPAM (Swiss Primary Care Active Monitoring), 2016, S. 3

219 Zeller, 2016, S.22

geschlossen. Die Ärztenetze spezialisieren sich zunehmend, so dass nur noch ein Fünftel davon dem traditionellen Hausarztnetz entspricht. Es gibt eine grosse Bandbreite von Netzen, darunter solche mit kantonsweiter Abdeckung (Kanton Graubünden) bis zu sich konkurrierenden Netzen mit unterschiedlichen Leistungsangeboten und Betreuungsprogrammen für chronisch Kranke (Zürich und Bern).

Zur Einschätzung der künftigen Entwicklung der ambulanten Gesundheitsversorgung hat das Forum Managed Care drei Szenarien entwickelt: «Land», «Urbane Region», «Grossstadt»: Beim **«Szenario Land - integrierte Grundversorgung»** umfasst das regionale Gesundheitsnetz folgende Angebote: zwei Gesundheitszentren inklusive ambulanter Psychiatrie; ein allgemeinmedizinisches Ärztezentrum auf dem Areal eines Pflegezentrums; Einzel- und Gruppenpraxen mit allgemein- und spezialärztlicher Ausrichtung; mobile Grundversorger-Equipen aus Ärzten und Nurse Practitioners (klinische Pflegeexpert/-innen); Spitex, Alterspflege mit betreutem Wohnen und angeschlossenen Pflegezentren; Betreuungsprogramme für chronisch Kranke unter Einbezug von nichtärztlichen Leistungserbringern; telemedizinische Angebote; Notfallversorgung in Zusammenarbeit mit dem regionalen Spitalzentrum. Das Gesundheitsnetz übernimmt die Koordination der Versorgung in der Region und stimmt die Angebote aufeinander ab. Der Aufbau wird durch Förderbeiträge von Gemeinden, Kanton und Krankenversicherern oder weiteren Partnern unterstützt. Die laufende Tätigkeit finanziert sich durch Leistungsvergütungen. Der Zweckverband der Gemeinden sowie der Kanton beteiligen sich bei Bedarf an gemeinschaftlichen Leistungen, beispielsweise für die Notfallorganisation. Die Zusammenarbeit ist in einer Vereinbarung geregelt. Das Gesundheitsnetz ist eigenständig organisiert und wird von einer Geschäftsleitung geführt. Der Kanton kann Rahmen und Anreize setzen, um die Mobilität von Leistungserbringern oder um bestimmte Behandlungsprogramme zu fördern.²²⁰

Der Bereich der **ambulanten Leistungen in Spitälern** hat weiterhin wachsende Bedeutung für die ambulante Gesundheitsversorgung. 2016 hat das Bundesamt für Statistik BFS erstmals Daten zum ambulanten Spitalbereich veröffentlicht. Ambulante Konsultationen waren im Jahr 2014 13-mal häufiger als Hospitalisationen. Es wurden 16.8 Millionen ambulante ärztliche, diagnostische oder therapeutische Leistungen in Schweizer Spitälern erbracht und es sind 1.3 Millionen Hospitalisationen erfolgt. Gegenüber 2013 ist die Zahl der ambulanten Konsultationen deutlich stärker angestiegen (+6.6%) als jene der Hospitalisierungen (+1.4%). Zwei Drittel der Spitalbetriebe bieten sowohl ambulante als auch stationäre Behandlungen an. 83% aller ambulanten Konsultationen wurden in der Akutpflege durchgeführt, 13% in der Psychiatrie und 4% in der Rehabilitation/Geriatrie.²²¹

Alte, chronisch oder mehrfach erkrankte Menschen erleiden oft wechselnde Krankheitsverläufe. Diese führen dazu, dass die Patientinnen und Patienten zwischen stationärer, halbstationärer und **ambulanter Langzeitpflege** hin- und herwechseln. Die Spitex übernimmt hier als Brückenbauerin eine wichtige Rolle in der ambulanten Gesundheitsversorgung. In Abstimmung mit den Ärztinnen und Ärzten wird die Versorgung der Patientinnen in Zusammenarbeit mit Angehörigen oder anderen Betreuungspersonen gewährleistet. In Zukunft wird auch die Spitex mit einer Zunahme an mehrfach und chronisch kranken Patientinnen und Patienten gefordert. Im Spitexalltag werden Demenz und psychische Krankheitsbilder den Arbeitsalltag mitprägen und dies in einer multikulturellen Gesellschaft mit Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund.²²² Zwischen 2006 und 2013 hat die Spitex ein erweitertes Aufgabenspektrum erhalten. An vielen Orten wurde die Spitex einem Reorganisations- und Professionalisierungsprozess unterzogen. Das Angebot wurde beispielsweise immer mehr auf Dienste erweitert, die an sieben Tagen pro Woche rund um die Uhr erreichbar

220 Berchtold & Kaspar, 2015, S.141-145

221 Bundesamt für Statistik BFS, Der ambulante Spitalbereich im Jahr 2014, 2016, S.4

222 Bundesrat, Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege, 2016, S.50

sind, während es 2006 häufig nur Tagesdienste gegeben hatte. Vielfach wurden die Spitex-Dienste auch zu grösseren Einheiten mit Fachpersonen verschiedener Fachgebiete zusammengeschlossen. Das Personal ist heute auch besser ausgebildet, sodass die Spitex mehr Aufgaben unterschiedlicher Art wahrnehmen kann. Der Anteil an hauswirtschaftlichen Leistungen ist bei den öffentlichen Leistungserbringern gegenüber 2006 gesunken. Dies, obwohl die hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex zu einem wesentlichen Teil gewährleisten, dass eine betreuungsbedürftige Person weiterhin selbständig zu Hause leben kann. Der Bedarf an Betreuung steigt häufig schneller an als der Bedarf an Pflege im engeren Sinn. In der Schweiz ist der Anteil der über 65-Jährigen, die Spitex-Leistungen in Anspruch nehmen, leicht, um einen halben Prozentpunkt, auf 11.7 gestiegen.²²³

In Appenzell Ausserrhoden wird der Begriff der «hauswirtschaftlichen Leistungen» ganzheitlich verstanden und umfasst bei den nicht-pflegerischen Leistungen im ambulanten Bereich alle Leistungen der «Hilfe zu Hause», das heisst die «stellvertretende Haushaltsführung», die «sozial-begleitende Unterstützung» sowie die «Betreuung von Kindern». In Appenzell Ausserrhoden liegt die Inanspruchnahme von Leistungen der Spitex bei den über 65-Jährigen mit weniger als 9% unter dem schweizerischen Durchschnitt (13.7%). Sie hat im Zeitraum zwischen 2007 und 2013 um rund 13% abgenommen, während sie gesamtschweizerisch um 5.4% zugenommen hat.²²⁴ Die in der Schweiz beobachtete Tendenz einer Verschiebung von der Pflege im Pflegeheim hin zur ambulanten Versorgung ist in Appenzell Ausserrhoden (noch) nicht feststellbar.²²⁵

In seinem Bericht zur «Zukunft der Psychiatrie» zeigt der Bundesrat auf, dass die psychiatrische Versorgung in der Schweiz qualitativ hochstehend ist und gleichwohl Entwicklungsbedarf besteht. Die Schwelle, sich rechtzeitig für eine Behandlung zu entscheiden, ist für manche Personen immer noch hoch.²²⁶ In den ambulanten Angebotsstrukturen werden in der Regel Patientinnen und Patienten mit einem weitgehend stabilen psychischen Gesundheitszustand behandelt. Die ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger spielen auch in der **ambulanten psychiatrischen Versorgung** eine Schlüsselrolle. Sie stellen 36% der psychiatrischen Diagnosen und behandeln in erster Linie Abhängigkeitserkrankungen und Depressionen, oft in Kombination mit somatischen Krankheiten. In der aktuellen Weiterbildung zum Facharztstitel «Allgemeine Innere Medizin» werden die zukünftigen Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung allerdings nicht verpflichtet, ihre Kenntnisse und Erfahrungen in der Diagnostik und der Behandlung von psychisch kranken Personen weiter zu vertiefen bzw. einen Teil der Weiterbildung in der Psychiatrie zu absolvieren, obwohl gut dreissig Prozent der Patientinnen und Patienten in Allgemeinpraxen an einer psychischen Erkrankung oder an psychischen Folgen einer körperlichen Erkrankung leiden. Mit dem zunehmenden Anteil an Versicherten, die in einem Hausarztmodell versichert sind, nimmt indessen die Bedeutung der Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung für die frühzeitige Diagnose und Behandlung von psychischen Erkrankungen zu. Für spezialisierte Behandlungen überweisen sie die Patientinnen und Patienten an Ärztinnen und Ärzte mit einem Facharztstitel in Psychiatrie und Psychotherapie. Diese stellen 61.5% der psychiatrischen Diagnosen. In den letzten Jahren hat die Anzahl der Konsultationen bei den Psychiaterinnen und Psychiatern leicht zugenommen. Schätzungen gehen davon aus, dass sich jährlich ca. 340 000 Personen wegen einer psychischen Erkrankung in einer psychiatrischen Praxis ambulant behandeln

223 Füglistler-Dousse, Dutoit & Pellegrini, Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Evolutions 2006-2013, 2015, S. 9, 8

224 Dutoit, Füglistler-Dousse & Pellegrini, 2016, S. 29, 30

225 Ruch, 2015, S. 9

226 Bundesrat, Medienmitteilung 11.3.2016, <https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=60940>, abgerufen am 22.7.2016

lassen. Die Praxen finden sich vor allem in Städten. Dadurch haben psychisch kranke Personen aus ländlichen Gegenden für spezialisierte Behandlungen längere Anfahrtszeiten. Je nach Krankheit und Begleitumständen kann dies eine zu grosse Hürde für eine entsprechender Behandlung darstellen.²²⁷

Für Appenzell Ausserrhoden ist weiterhin das «Grundlagenpapier Psychiatrieversorgung für den Kanton Appenzell Ausserrhoden» massgeblich, von welchem der Regierungsrat 2013 Kenntnis genommen hat. Einzelne Leistungserbringer haben ihre Angebote seither punktuell ausgebaut.

2.4.2 Stationäre Versorgung

Mit dem Übergang zur freien Spitalwahl haben in der **Akutsomatik** die interkantonalen Patientenströme zugenommen. Der Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen ist schweizweit von 13 % (2010) auf fast 15 % (2013) angestiegen. Die Analyse der interkantonalen Patientenströme auf gesundheitspolitischer Ebene zeigt eine zunehmende Bedeutung der interkantonalen Koordination und Kooperation bei den Spitalplanungen für die Bereitstellung der erforderlichen Gesundheitsleistungen zu guter Qualität und tragbaren Kosten am richtigen Ort. Gleichzeitig sollte die Berücksichtigung der ausserkantonalen Fälle nicht zu einem ineffizienten Aufbau von Kapazitäten an Infrastruktur und Personal führen. Vor dem Hintergrund knapper Ressourcen und Fachkräfte gilt es, sowohl Unter- wie auch Überversorgung zu vermeiden.²²⁸ Aufgrund der freien Spitalwahl hat die Kostengutsprache als Instrument zur Steuerung der Patientenströme an Wirkung verloren. Dieses Instrument greift nur noch bei Wahleingriffen ausserhalb des Leistungsauftrages durch den Wohnkanton der Patientin oder des Patienten bei Spitälern mit Standorttarifen, welche über den entsprechenden Referenztarifen liegen. Spielraum zur Steuerung besteht aber bei der Spitalplanung. Dabei verfolgen die Kantone unterschiedliche Strategien: Priorität auf Lenkung der innerkantonalen Patientenströme; zurückhaltende Vergabe von Leistungsaufträgen an ausserkantonale Spitälern; freigiebige Vergabe von Leistungsaufträgen an ausserkantonale Spitälern; kantonsübergreifende Planung; Förderung der Kooperation zwischen Spitälern mit unterschiedlichen Standortkantonen; ein Mix aus diesen Strategietypen.²²⁹

Die Spitalplanung des Kantons Appenzell Ausserrhoden orientiert sich am Konzept des regulierten Wettbewerbs. Sie setzt Rahmenbedingungen für einen fairen Wettbewerb und belässt den Spitälern innerhalb eines definierten Rahmens, welcher insbesondere durch die rechtlichen Vorgaben bestimmt wird, unternehmerische Freiheit. In Appenzell Ausserrhoden zeigt sich ein vergleichsweise hoher Anteil der Bevölkerung, der ausserhalb des eigenen Kantons hospitalisiert wird (Abfluss). Gleichzeitig gehört Appenzell Ausserrhoden zu einer Gruppe von Kantonen²³⁰ mit dem grössten Zuwachs des Anteils an Hospitalisationen von Patientinnen und Patienten, die ausserhalb des Kantons wohnhaft sind (Zustrom). Der höchste Zustrom erfolgte 2013 im Kanton Appenzell Ausserrhoden mit 61.82 %. Dies ist ein Extremwert, der aufgrund der kleinen Fallzahlen relativiert wird. Appenzell Ausserrhoden «bezieht» über 75 % des Zustroms aus dem Kanton St.Gallen (2013: 6075 von 8069 Hospitalisationen). Gesamtschweizerisch hat sich der Abfluss erhöht (CH 2010: 10.29 %, 2013: 11.73 %), einzig in Appenzell Ausserrhoden und drei weiteren Kantonen²³¹ hat der Anteil der Patientinnen und Patienten, die für eine medizinische Leistung der stationären Versorgung

227 Bundesrat, Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz, 2016, S. 29, 5, 25, 30

228 Huber, 2015, S. 8, 10, 20

229 Huber, 2015, S. 64

230 AI, AR, BL, BS, NW

231 BE 2010: 3.67 %, 2013: 3.63 %; BS 2010: 19.71 %, 2013: 7.78 %; VD 2010: 4.68 %, 2013: 4.49 %

ausserhalb des eigenen Kantons gingen, abgenommen (sinkender Abfluss; AR 2010: 29.29 %, 2013: 27.08 %). Damit wurde wiederum ein grösserer Teil des Marktes im Bereich der akutstationären Grundversorgung durch Angebote aus dem eigenen Kanton abgedeckt.²³²

Als Grundlage für die Bedarfsplanung der Spitalplanung 2017 erfolgte eine Evaluation auf Basis der Daten der medizinischen Statistik 2014 des BFS. Dabei wurden die Austritte der Bevölkerung von Appenzell Ausserrhoden im Jahr 2014 im Versorgungsbereich Akutsomatik nach dem Hauptkostenträger der OKP betrachtet.

Die Auswertung zeigt, dass die «Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2015 Akutsomatik» den Versorgungsbedarf gemäss Art. 58a Abs. 1 KVV abgedeckt hat. Die Bevölkerung von Appenzell Ausserrhoden wählte bei 88 % der 7652 Austritte nach dem Hauptkostenträger der OKP ein Listenspital des Kantons. Die zehn Spitäler mit den meisten Austritten von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Appenzell Ausserrhoden sind in der folgenden Tabelle aufgelistet. Zusammen decken sie rund 96.1% aller Austritte mit dem Hauptkostenträger der OKP ab, während 56.2 % allein durch den Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (SVAR) erbracht wurden.

OKP-Fälle Akutsomatik von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Appenzell Ausserrhoden (Auswertung Medizinische Statistik 2014, BFS)

Spitäler nach Anzahl OKP-Austritten 2014 Akutsomatik	
Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden	4304
Kantonsspital St.Gallen	1616
Klinik Stephanshorn AG	504
Hirslanden Klinik am Rosenberg	311
Ostschweizer Kinderspital	241
Kantonales Spital Appenzell	106
Berit Paracelsus-Klinik AG	94
Klinik Hirslanden AG	67
Geriatrische Klinik St.Gallen	62
UniversitätsSpital Zürich	50
Total	7355

■ Auf der Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2015 Akutsomatik gelistet

Im Versorgungsbereich Rehabilitation haben 73 % der 350 Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Appenzell Ausserrhoden bei Behandlungen im Rahmen der OKP ein Listenspital der «Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2015 Rehabilitation» gewählt, was zeigt, dass auch die «Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2015 Rehabilitation» den Versorgungsbedarf gemäss Art. 58a Abs. 1 KVV abgedeckt hat.

Akutspitäler übernehmen für die Langzeitpflege - ohne wirklich als Bestandteil der Langzeitpflegestrukturen betrachtet zu werden - schon seit Langem eine Pufferfunktion, indem sie Betten zur Verfügung stellen, wenn das Angebot in Alters- und Pflegeheimen vorübergehend nicht ausreichend ist.²³³ Der Anteil der über 65-Jährigen mit einem **Langzeitaufent-**

²³² Huber, 2015, S. 37, 50, 55

²³³ Füglistler-Dousse, Dutoit & Pellegrini, Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Evolutions 2006-2013, 2015, S. 7

halt in Spitälern von über drei Monaten in der Akutpflege ist zwischen 2006 und 2013 um nahezu die Hälfte zurückgegangen, in der Rehabilitation, Geriatrie und Psychiatrie um rund einen Drittel. Dabei machen diese Langzeitaufenthalte einen nur sehr kleinen Anteil an allen Aufenthalten in Akutspitälern aus (0.4%).²³⁴

Es ist davon auszugehen, dass in Zukunft ambulante Pflege zu Hause noch vermehrt genutzt wird. Dies führt zu einem steigenden Anteil an stark pflegebedürftigen Personen in den Alters- und Pflegeheimen sowie zu neuen Herausforderungen für die **stationäre Langzeitpflege**. Diese Entwicklung hat in vielen Schweizer Alters- und Pflegeheimen bereits eingesetzt. Zusammen mit der ebenfalls zu erwartenden Zunahme von Demenzkranken macht dies sowohl die ambulante als auch die stationäre Pflege anspruchsvoller und bedingt angepasste Strukturen der Langzeitpflege. Der Bedarf an angemessen ausgebildetem Personal in der ambulanten und in der stationären Langzeitpflege wird stark zunehmen²³⁵ (vgl. S.34). Die Alters- und Pflegeheime entwickeln sich immer mehr zu Institutionen der Betreuung für Menschen in der letzten Lebensphase, mit hohem Pflegebedarf oder mit ausgeprägter Demenzerkrankung. Behandlung, Pflege und Betreuung in der stationären Langzeitpflege werden entsprechend komplexer und erfordern neue Kompetenzen des Pflegepersonals. Zwischen 2006 und 2013 hat sich das Eintrittsalter leicht erhöht von 84.2 auf 84.6 Jahre. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer zeigt einen leichten Rückgang und liegt 2013 erstmals knapp unter drei Jahren. Der Anteil der Personen ohne KVG-Pflegebedarf sinkt zwischen 2006 und 2013 von 7.0% auf 3.9%. Die Versorgungsstrukturen der stationären Langzeitpflege sind kantonal sehr unterschiedlich ausgestaltet.²³⁶

Im Mai 2016 hat der Bundesrat den Bericht über **«Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege»** verabschiedet. Er zeigt darin auf, welches die Herausforderungen der Langzeitpflege sind und mit welchen Massnahmen diesen begegnet werden soll. Vorgesehen sind Massnahmen in folgenden sieben Handlungsfeldern: Prävention von Pflegebedürftigkeit; Entlastung der pflegenden Angehörigen; Sicherstellen der personellen Ressourcen und Qualifikationen; Sicherstellung der Versorgung (zuhause, in intermediären Strukturen, in Pflegeheimen); Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung; Verbesserung der Effizienz der Leistungserbringung; Monitoring der Pflegebedürftigkeit. Die Erkenntnisse aus dem Bericht sollen die öffentliche Diskussion über zukünftige Ziele, Aufgaben und Massnahmen zur nachhaltigen Sicherstellung einer adäquaten Versorgung und Finanzierung der Langzeitpflege lancieren.²³⁷

*Appenzell Ausserrhoden gehört zu jenen Kantonen,²³⁸ in denen die **Alters- und Pflegeheime den Hauptpfeiler der Langzeitpflege** darstellen. In diesen Kantonen liegt die Inanspruchnahme der stationären Langzeitpflege über dem gesamtschweizerischen Durchschnitt; die Menschen treten früher in ein Alters- und Pflegeheim ein und die Aufenthaltsdauer ist zwei Monate länger als in den übrigen Kantonen; der Anteil Bewohnerinnen und Bewohner ohne oder mit leichtem Pflegebedarf ist schweizweit am höchsten.²³⁹ 40.3% aller Heimbewohnerinnen und -bewohner in Appenzell Ausserrhoden sind nicht oder kaum pflegebedürftig; dies sind deutlich mehr als der gesamtschweizerische Durchschnitt von 22.7%.²⁴⁰ In Appenzell Ausserrhoden wie auch gesamtschweizerisch hat die Inanspruchnahme der Alters- und Pflegeheime zwischen 2006 und 2013 leicht abge-*

234 Füglistler-Dousse, Dutoit & Pellegrini, Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Evolutions 2006-2013, 2015, S.7, 8

235 Ruch, 2015, S.56

236 Füglistler-Dousse, Dutoit & Pellegrini, Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Evolutions 2006-2013, 2015, S.8

237 Bundesrat, Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege, 2016, S.7

238 AR, GL, LU, NW, OW, SZ, UR

239 Dutoit, Füglistler-Dousse & Pellegrini, 2016, S.17, 10

240 Ruch, 2015, S.8

nommen. 2013 stellte Appenzell Ausserrhoden mit 123.3 Plätzen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner schweizweit das dichteste Angebot, die Auslastung betrug 90.2%. In Appenzell Ausserrhoden leben 8.9% der über 65-Jährigen in Alters- und Pflegeheimen, in der Gesamtschweiz sind es 5.8%.²⁴¹

Zur Einschätzung des künftigen **Bedarfs an Pflegeplätzen** in Appenzell Ausserrhoden hat das Schweizerische Gesundheitsobservatorium Obsan die Grundlagen erarbeitet. Der Bericht stellt die gegenwärtige Situation der Langzeitpflege im Hinterland, Mittelland und Vorderland dar. Darauf aufbauend wird die Entwicklung der Bevölkerung von 65-Jährigen und Älteren insgesamt, des Anteils an pflegebedürftigen Personen 65+ sowie der Bedarf an Pflegebetten für die Jahre 2015 bis 2035 im Kanton geschätzt. Je nachdem, welche Annahmen getroffen werden, wird Appenzell Ausserrhoden für seine Bevölkerung bis 2035 voraussichtlich zwischen 836 und 1288 Plätze in Pflegeheimen benötigen. Die Pflegeheimliste vom 16. Februar 2016 umfasste ein Platzangebot von 1221 Plätzen. Gleichzeitig mit der Genehmigung der Pflegeheimliste hat der Regierungsrat mit Beschluss vom 16. Februar 2016 die Obergrenze für Pflegeheimplätze auf der Pflegeheimliste des Kantons Appenzell Ausserrhoden bis zum rechtskräftigen Beschluss über die Pflegeheimplanung 2017 auf insgesamt 1223 Plätze festgesetzt.

In Appenzell Ausserrhoden konnten 2015 grosse Fortschritte punkto Qualitätssicherung und Kostentransparenz erreicht werden. Unter Federführung des Amtes für Soziales und in Zusammenarbeit mit den kantonalen Akteuren wurde das Projekt «Basisqualität» zur Umsetzungsreife gebracht. Der Erlass der **«Richtlinien zur Basisqualität»** stellt einen grossen Schritt zur Sicherung und Weiterentwicklung einer qualitativ guten Versorgung sowohl in den Alters- und Pflegeheimen wie auch in den Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung dar.²⁴²

Die Angebote der **stationären psychiatrischen Versorgung** weisen ein breites therapeutisches Angebot auf. Die stationären Behandlungen werden entweder in psychiatrischen Kliniken oder in psychiatrischen Abteilungen von allgemeinen Spitälern durchgeführt. Psychiatrische Kliniken haben in der Regel eine Aufnahme- und Behandlungspflicht und übernehmen auch die Notfallversorgung. Stationäre Angebote richten sich an Patientinnen und Patienten mit einem instabilen psychischen Gesundheitszustand. Die Anzahl der stationären Behandlungen hat in den vergangenen Jahren zugenommen, während die Dauer der stationären Aufenthalte stetig zurückgegangen ist. Nachbehandlungen werden am häufigsten durch niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater durchgeführt. Nach einem stationären Aufenthalt werden die Patientinnen und Patienten am zweithäufigsten an einen ambulanten Dienst eines Spitals überwiesen. Zudem hat die Anzahl Langzeitpatientinnen und -patienten deutlich abgenommen. Zwischen 2003 und 2013 reduzierte sich die Zahl der psychiatrischen Patientinnen und Patienten, die länger als ein Jahr hospitalisiert waren, um mehr als das Vierfache. Die Aufenthaltsdauer dieser Patientengruppe nahm um 64% ab. Im gleichen Zeitraum hat die Anzahl der psychiatrischen Kliniken um fast 20% abgenommen. Die Bettenzahl betrug 2013 durchschnittlich rund 0.8 Betten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner. Trotz hoher Bettenzahl bestehen teilweise Engpässe in der stationären Psychiatrie für Erwachsene, da keine oder zu wenig alternative Akutbehandlungsmöglichkeiten wie mobile Equipen oder Tageskliniken verfügbar sind.²⁴³

241 Dutoit, Füglistler-Dousse & Pellegrini, 2016, S.17, 18, 10

242 Regierungsrat Appenzell Ausserrhoden, Rechenschaftsbericht des Regierungsrates an den Kantonsrat von Appenzell Ausserrhoden 2015, 2016, S. 27

243 Bundesrat, Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz, 2016, S. 6, 38, 43

Als Grundlage für die Bedarfsplanung der Spitalplanung 2016 erfolgte eine Evaluation auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser 2013 des BFS sowie einer Erhebung von Leistungsdaten des Jahres 2014, welche das Departement Gesundheit bei den Listenspitälern durchführte. Dabei wurden die Behandlungen der Bevölkerung von Appenzell Ausserrhoden nach Hauptkostenträger der OKP ausgewertet.

Die Auswertungen zeigen, dass die **«Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2014 Psychiatrie»** den Versorgungsbedarf gemäss Art. 58a Abs. 1 KVV abgedeckt hat. Konkret erfolgten rund neunzig Prozent der Behandlungen im Versorgungsbereich Psychiatrie in den Jahren 2012 und 2013 in Spitälern, welche sich seit 2014 auf der **«Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2014 Psychiatrie»** befinden, wobei rund drei Viertel aller Behandlungen im PZA des SVAR erbracht wurden.

Im Bereich der **Koordination der hochspezialisierten Medizin HSM** ist der Prozess einen Schritt vorangekommen. Im Mai 2016 hat der Bundesrat eine vorsichtig positive Bilanz zum Stand der HSM-Planung gezogen und festgestellt, dass in einer ersten Phase ein sehr moderater Konzentrationsprozess angestossen wurde. Im Rahmen dieser ersten gesamtschweizerischen Planung haben die Kantone bedeutende Anstrengungen unternommen, um ihren legislativen Auftrag zu erfüllen. So wurden insgesamt 39 Teilbereiche zugeordnet, was 9250 Fällen pro Jahr und rund drei Viertel der wichtigsten HSM-Bereiche entspricht. Die Planungsentscheide waren Gegenstand von Beschwerden, und die vom Bundesverwaltungsgericht BVGer in seinen verschiedenen Urteilen angebrachte Kritik trägt zu einer Weiterentwicklung der HSM-Planung bei. So muss der Entscheidungsprozess in zwei Stufen erfolgen, damit die Spitäler ihr Recht auf Anhörung geltend machen können. Zuerst sind die Behandlungen zu bestimmen, die unter die HSM fallen, dann erfolgt die Zuteilung der Behandlungen an die Spitäler. Eine Bedarfsanalyse und eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler müssen ebenfalls vorgenommen werden.²⁴⁴

2.4.3 Intermediäre Angebotsstrukturen²⁴⁵

Neben der ambulanten Langzeitpflege zu Hause und der stationären Langzeitpflege in Institutionen gewinnt die Langzeitpflege in intermediären Strukturen zunehmend an Bedeutung. Die Kantone und Gemeinden stehen vor der Herausforderung, die bestehenden Versorgungsstrukturen an den steigenden und sich wandelnden Betreuungs- und Pflegebedarf (vgl. S. 32) anzupassen. In der Langzeitpflege sind besonders viele Veränderungen im Gange. Die Pflege und Betreuung betagter Personen zuhause durch Angehörige und die Spitex oder im Heim wird vermehrt ergänzt durch intermediäre Angebote. Im Bereich der **intermediären Langzeitpflege** sind dies Zwischenstrukturen wie Tagesbetreuung oder Kurzaufenthalte im Heim. Das Ziel dieser Zwischenstrukturen ist es, den Verbleib der pflegebedürftigen Person in der eigenen Wohnung oder ein Verzögern des Eintritts in ein Pflegeheim zu erreichen.²⁴⁶ Zudem bieten sie für pflegende Angehörige (vgl. S. 36) Entlastung. Deren grösstes Bedürfnis ist denn auch nicht finanzieller Art, sondern es umfasst eine «Auszeit» von der Pflege.²⁴⁷ So erfolgt die Langzeitpflege immer öfter in neuen Strukturen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Das Angebot entwickelt sich rasch und dynamisch, vieles ist

244 Bundesrat, Medienmitteilung 25.5.2016, <https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=61817>, abgerufen am 22.7.2016

245 Intermediäre Strukturen: Alterswohnungen mit Betreuung, Tages- und Nachtstrukturen für betreuungs- und pflegebedürftige Erwachsene, kurze Aufenthalte in stationären Strukturen, vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan, 2016, S. 17

246 Bundesrat, Bestandaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege, 2016, S. 50

247 Bachmann, Burla & Kohler, Gesundheit in der Schweiz - Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015, 2015, S. 183

in Planung, neue und innovative Modelle sind am Entstehen. Trotz der wachsenden Bedeutung der intermediären Strukturen sind kaum Daten und Informationen vorhanden.²⁴⁸

***Tages- und Nachtstrukturen** stellen einen Teil des intermediären Angebots dar. Sie bieten pflegebedürftigen Menschen kurzzeitig Pflege (weniger als 24 Stunden) und dienen insbesondere der Entlastung der pflegenden Angehörigen. Tages- und Nachtstrukturen können Heimeintritte verhindern oder verzögern. Tages- und Nachtstrukturen sind in der Regel in ein Alters- und Pflegeheim integriert, können aber auch als eigenständiges Angebot betrieben werden. Das Angebot und die Inanspruchnahme von Tages- und Nachtstrukturen sind in Appenzell Ausserrhoden noch sehr marginal. In Abgrenzung dazu stehen Angebote der ambulanten Spitalversorgung wie z.B. psychogeriatrische Tagesstätten der Psychiatrie. Als Grundlage für die Qualitätsvorgaben für Tages- und Nachtstrukturen dienen die «Richtlinien zur Basisqualität».²⁴⁹*

*Im Regierungsprogramm 2016-2019 ist die Strategie **«Breit gefächertes Betreuungs-, Pflege- und Unterstützungsangebot»** formuliert: «Der Regierungsrat sorgt für eine vorausschauende Bedarfsermittlung und Planung des pflegerischen Angebots für ältere Menschen. Er setzt sich dafür ein, dass bedürfnisgerechte und vielfältige Pflege- und Betreuungsangebote wohnortnah zur Verfügung stehen. Der Regierungsrat ebnet den Weg für innovative Formen der Gesundheitsvorsorge sowie der Pflege und Betreuung für die ältere Bevölkerung. Ziel ist, die aktive und selbständige Lebensgestaltung der älteren Menschen im vertrauten Umfeld durch eine breite Palette von Unterstützungsangeboten zu erhalten und zu fördern. Pflegeheime gewährleisten eine fachgerechte Pflege und Betreuung bis zum Tod».²⁵⁰*

*Im kantonalen **«Konzept Palliative Care Appenzell Ausserrhoden»**, welches im Jahr 2017 veröffentlicht wird, sind für Appenzell Ausserrhoden die Grundlagen und Strategien für eine palliative Versorgung umschrieben.*

In der Schweiz orientieren sich die Angebotsstrukturen für psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten immer noch stark an den beiden klassischen Polen von ambulanten und stationären Angeboten. Zwischenstrukturen wie Tageskliniken, Ambulatorien oder Mobile Equipen stellen indessen eine zunehmend wichtige Angebotsform für die **intermediäre psychiatrische Versorgung** dar. Anstelle von stationären Behandlungen oder im Nachgang zu einem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik bieten intermediäre Strukturen koordinierte und integrierte Behandlungen meist in Wohnortnähe der Patientinnen und Patienten an.²⁵¹ Intermediäre Angebote schliessen die Lücke zwischen der 24-Stunden-Betreuung im stationären Rahmen und der Sprechstunde bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Sie werden von psychisch erkrankten Menschen in Anspruch genommen, die mehr als eine ambulante Betreuung brauchen (z.B. mehr als alle zwei Wochen ein Gespräch bei ihrer Psychotherapeutin), aber keinen (wiederholten) stationären Aufenthalt wünschen. Mehr intermediäre Angebote wie beispielsweise auch mobile, aufsuchende Dienste sind ein wichtiger Schritt der künftigen psychiatrischen Versorgung.²⁵² Um die Behandlung psychisch kranker Personen bedarfs- und personenorientierter ausrichten zu können, wurden in den letzten Jahren an psychiatrischen Kliniken neue Formen von vor- und nachstationären Angeboten ent-

248 Weder die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen SOMED-Statistik, noch die Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause Spitex-Statistik enthält umfassende Angaben zu den intermediären Angeboten. Werner, Kraft, Mohageghi, Meuli & Egli, 2016, S. 6, 9

249 Departement Gesundheit und Soziales Appenzell Ausserrhoden, Richtlinien zur Basisqualität. Qualitätsvorgaben und deren Überprüfung in Alters- und Pflegeheimen sowie in Tages- und Nachtstrukturen, 2016, S. 3

250 Regierungsrat Appenzell Ausserrhoden, Regierungsprogramm 2016-2019, 2015, S.10

251 Bundesrat, Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz, 2016, S.52, 34

252 Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK & Gesundheitsförderung Schweiz, Suizidprävention in der Schweiz. Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan, 2016, S.34

wickelt. Von 2004 bis 2014 hat die Inanspruchnahme von intermediären psychiatrischen Angeboten um 70 % zugenommen. Schätzungen zufolge werden jährlich rund 120 000 Personen in einer intermediären Angebotsstruktur psychiatrisch behandelt. 2014 wurden rund 1.3 Millionen Konsultationen durchgeführt. Es hat sich gezeigt, dass für 17 % der neuen Patientinnen und Patienten keine stationäre Aufnahme notwendig und eine ambulante oder intermediäre Behandlung zielführender war. Zudem konnten die stationären Aufenthalte um 10 % verkürzt werden, wenn in einem zeitlich befristeten, nachstationären Übergang im häuslichen Umfeld ambulant-aufsuchende Behandlung geleistet wurde. In den vergangenen Jahren sind in vielen Kantonen Modellprojekte entwickelt und umgesetzt worden mit dem Ziel, die Durchlässigkeit zwischen der ambulanten und stationären psychiatrischen Versorgung zu verbessern. Ambulatorien und Tageskliniken sind Bestandteil der kantonalen Spitalplanung im Bereich der Psychiatrie. Die Leistungserbringer in den Ambulatorien und Tageskliniken im Versorgungsbereich Psychiatrie arbeiten in der Regel mit einem Leistungsauftrag. Eine gesamtschweizerische Analyse der Konzepte der kantonalen Psychiatrieplanungen zeigt, dass die ambulanten und intermediären Angebotsstrukturen bei weitem nicht von allen Kantonen bei der Planung der stationären psychiatrischen Versorgung mitberücksichtigt werden. Zu den heute bereits bestehenden Angebotsstrukturen sind keine aktuellen Übersichten verfügbar. Ein Problem ist nach wie vor die Finanzierung (vgl. S.72). Trotz des grossen Bedarfs und der ausgewiesenen Wirksamkeit von psychiatrischen intermediären Angeboten konnten die lokalen Modellprojekte oft nicht nachhaltig in neue Angebotsstrukturen überführt oder in anderen Kantonen umgesetzt werden.²⁵³

253 Bundesrat, Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz, 2016, S.20, 35, 34, 5, 52

2.5 Gesundheitsförderung und Prävention

Dieses Kapitel ist in der Logik von Primärprävention und Sekundärprävention gegliedert. Primärprävention meint gezielte Massnahmen zur Reduzierung des Neuauftretens einer Krankheit oder eines Gesundheitsproblems. Die Massnahmen zielen auf die Verringerung bzw. Schwächung von Risikofaktoren und auf die Stärkung von Schutzfaktoren. Die Primärprävention richtet sich in der Regel an die Gesamtbevölkerung. Mit Sekundärprävention sind gezielte Massnahmen umschrieben zur Früherkennung und Frühintervention bei Personen und Gruppen mit bekannten Risikofaktoren für Krankheiten oder Störungen oder mit bereits erkennbaren Symptomen.²⁵⁴

Um den gesundheitspolitischen Herausforderungen zu begegnen, sind auch Präventionsmassnahmen erforderlich, die Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit vermeiden beziehungsweise so lange wie möglich hinauszögern. Gesundheitsförderung und Prävention haben in der Schweiz eine lange Tradition - allerdings stehen im Vergleich zum kurativen Bereich wenig finanzielle Mittel zur Verfügung (vgl. S.77). Viele Ansätze sind etabliert und haben sich bewährt. Heute fokussiert jedoch ein grosser Teil der Präventionsbemühungen auf einzelne Risikofaktoren und Verhaltensweisen. Dadurch werden **strukturelle Faktoren** wie die soziale und psychische Dimension der Gesundheit oft vernachlässigt. Risikoverhaltensweisen wie Rauchen oder ungesunde Ernährung werden auch von der psychischen Befindlichkeit (Depressivität, Stress, Angst, etc.) wie von sozialen Faktoren (Einkommensschwäche, Erwerbslosigkeit, soziale Isolation) beeinflusst²⁵⁵ (vgl. S.28). Zur Verhinderung von nicht-übertragbaren Erkrankungen und für eine bessere Ausrichtung der Bemühungen am Bedarf der betroffenen Menschen ist es deshalb wichtig, Massnahmen zur Reduktion verschiedener Risikofaktoren zu kombinieren und die jeweiligen sozialen und biografischen Lebenswelten der Betroffenen mit einzubeziehen.²⁵⁶ Es existieren wirksame Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen zur Verringerung der Risiken für chronische Krankheiten. Diese werden heute noch zu wenig umgesetzt, teils aus Güterabwägungen, teils aus Unkenntnis über wichtige Determinanten der Gesundheit. Eine bessere Gesundheit der Bevölkerung kann erreicht werden, wenn vermehrt strukturelle Faktoren der Gesundheit beeinflusst, soziale Ungleichheiten angegangen und Strategien gefunden werden, welche einen «Co-Benefit» von mehreren Politikbereichen erlauben.²⁵⁷

Die meisten nichtübertragbaren Krankheiten entstehen über eine lange Zeit hinweg. Gesundheitsförderung und Prävention sollten deshalb einen **Lebenslaufansatz** verfolgen.²⁵⁸ Je nach Lebensphase sind die Bedürfnisse unterschiedlich. In Kindheit und Jugend steht eine gesunde Entwicklung im Vordergrund. Im Erwachsenenalter ist die Erhaltung von Gesundheit, Arbeitsmarktfähigkeit, sozialer und beruflicher Integration das Ziel. Im Alter stehen die Erhaltung von Unabhängigkeit und Lebensqualität im Fokus ebenso wie die Verhütung von Behinderungen und Pflegebedürftigkeit. Je nach Lebensphase sind unterschiedliche, bedarfsgerechte Formen von Gesundheitsförderung und Prävention erforderlich. Folgende

254 Zu den Definitionen vgl. Bundesamt für Gesundheit BAG, Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz, 2007, S.14

255 Bachmann, Burla & Kohler, Gesundheit in der Schweiz - Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015, 2015, S.21, 22, 141

256 Bundesamt für Gesundheit BAG & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten NCD-Strategie 2017-2014, 2016, S.37

257 Bachmann, Burla & Kohler, Gesundheit in der Schweiz - Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015, 2015, S.125

258 Bachmann, Burla & Kohler, Gesundheit in der Schweiz - Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015, 2015, S.145

Grundsätze gelten für alle Handlungsfelder: Die Bedürfnisse der Menschen stehen im Zentrum. Damit Menschen eigenverantwortlich handeln können, wird ihrer Entwicklung, ihren Lebensbedingungen, ihrem Wissen, ihren Werten und ihrem Verhalten Rechnung getragen. Ansätze der Verhaltens- und Verhältnisprävention werden kombiniert. Um der Bevölkerung eine gesunde Wahl zu ermöglichen, werden gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen verbessert und Kompetenzen und Ressourcen betroffener Menschen gestärkt.²⁵⁹

Viele der nichtübertragbaren Krankheiten weisen gemeinsame Risikofaktoren auf (übermässiger Tabak- und Alkoholkonsum; Bluthochdruck; hohes Blutcholesterin; Übergewicht, niedriger Obst- und Gemüsekonsum; Bewegungsmangel). Eine wichtige Ausnahme stellen die psychischen Erkrankungen dar. Diese weisen je nach Krankheitsbild (z. B. Depressionen, Psychosen, Angststörungen) unterschiedliche krankheitsfördernde Faktoren auf. Die **Prävention von psychischen Erkrankungen** muss deshalb spezifisch geplant und durchgeführt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich psychische Gesundheit und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wie körperliche Aktivität oder Suchtmittelkonsum wechselseitig beeinflussen, respektive voneinander abhängig sein können. Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit. Diese Kernaussage trifft sowohl für mehr oder weniger gesunde Personen zu wie auch für Personen, die an einer chronischen Krankheit leiden. Prävention und Gesundheitsförderung dürfen sich nicht darauf beschränken, verhaltensbezogene Risikofaktoren wie Rauchen zu bekämpfen, ohne die emotionale Ebene (Stress, Emotionsregulierung) zu berücksichtigen. Bei allen Personen, die an einer körperlichen chronischen Krankheit leiden, soll auch die psychische Dimension als integrale Komponente ihrer Gesundheit Beachtung erhalten.²⁶⁰

Im März 2016 hat der Bundesrat in seinem Bericht zur **«Zukunft Psychiatrie in der Schweiz»** eine Auslegeordnung über die psychiatrische Versorgung vorgenommen und den Entwicklungsbedarf aufgezeigt. Ziel ist es, künftig auch die Prävention psychischer Erkrankungen zu fördern. Dazu hat der Bundesrat im November 2016 weitere Massnahmen verabschiedet.²⁶¹ In Ergänzung dazu wurde der **«Aktionsplan Suizidprävention»** erarbeitet. Das von Bund, Kantonen und der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz getragene **«Netzwerk Psychische Gesundheit»** fördert den Wissensaustausch unter den Akteuren. Die **«Nationale Strategie Sucht»** dient der Prävention, Diagnostik und Behandlung von Suchterkrankungen.²⁶²

Bisher noch unterschätzt ist die Bedeutung alltagspraktischer Unterstützung für Gesundheitsförderung und Prävention sowie auch für die Bewältigung psychischer oder chronischer, fortschreitender oder lebensbedrohlicher Erkrankungen. **Soziale Integration** (vgl. S.50) hat eine erhebliche Wirkung auf die Lebenserwartung wie auch auf Krankheitsrisiken, Genesungschancen und Genesungsdauer. Sie senkt die Risiken von Herz-Kreislaufkrankungen, Krebserkrankungen und Infektionskrankheiten. Zudem hilft Unterstützung aus dem sozialen Umfeld bei der Bewältigung von biografischen Übergängen wie zum Beispiel dem Eintritt in den Arbeitsmarkt oder auch bei kritischen Lebensereignissen. Soziale Unterstützung hat daneben auch eine volkswirtschaftliche Bedeutung. Sie bildet die Grundlage der informellen Betreuung und Pflege (vgl. S.36), welche für das Gesundheitswesen unverzichtbar ist und die zu ersetzen durch professionelle Hilfe nicht finanzierbar wäre.²⁶³

259 Bundesamt für Gesundheit BAG & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten NCD-Strategie 2017 - 2014, 2016, S.28, 33

260 Bachmann, Burla & Kohler, Gesundheit in der Schweiz - Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015, 2015, S.137, 125, 143

261 Eidgenössisches Departement des Innern EDI, Medienmitteilung 24.11.2016, <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-64667.html>, abgerufen am 15.12.2016

262 Bundesrat, Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz, 2016, S. 8

263 Bachmann, Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa, 2014, S. 5, 40, 52

*Der Regierungsrat von Appenzell Ausserrhoden hat im Regierungsprogramm 2016-2019 folgendes strategisches Ziel formuliert: «Appenzell Ausserrhoden stellt für die ältere und älter werdende Bevölkerung sowie deren betreuenden Angehörigen bedarfsgerechte und qualitativ gute Angebote zur aktiven Lebensgestaltung wie auch zur Unterstützung im Alltag zur Verfügung». Eine weitere Strategie lautet «**Förderung der Generationensolidarität**»: «Der Regierungsrat fördert Projekte, welche die Solidarität zwischen den Generationen stärken. Im Fokus stehen das ehrenamtliche Engagement und die Unterstützung von Vereinen und Organisationen, die die Freiwilligenarbeit begünstigen».²⁶⁴*

Die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden von Mitarbeitenden sowie der Abbau von Stress am Arbeitsplatz (vgl. S.27) sind Voraussetzungen für die langfristige wirtschaftliche Leistungsfähigkeit von Arbeitnehmenden und Unternehmen. Vermehrt wird in Unternehmen und in der öffentlichen Verwaltung auf **Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz** gesetzt, zum Beispiel in Form des **Betrieblichen Gesundheitsmanagements BGM**. Betriebliches Gesundheitsmanagement ist primär eine Führungsaufgabe und beinhaltet die Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen, Prozesse und Strukturen, um Arbeit und Organisation gesundheitsförderlich zu gestalten. BGM will dabei systematisch auf alle gesundheitsrelevanten Faktoren einwirken. Stressprävention ist ein Teil davon und sollte nicht nur auf das Verhalten, sondern vor allem auf die Verhältnisse im Unternehmen abzielen. Ein erster Schritt ist die Analyse von Ressourcen und Belastungen, um dann betriebsspezifische Instrumente zur Stressprävention einzusetzen. Gesundheitsfördernde Massnahmen sind auch von wirtschaftlicher Bedeutung. Gesundere Mitarbeitende sind leistungsfähiger und fallen seltener aus. Dadurch können die direkten und indirekten Kosten, die durch Erkrankungen entstehen, gesenkt werden. Angebote betrieblicher Gesundheitsförderung können chronisch und/oder psychisch erkrankte Menschen darin unterstützen, im Erwerbsleben zu bleiben oder wieder in den Arbeitsmarkt zurückzukehren. Dabei ist es wichtig, zu berücksichtigen, dass diese Angebote auf die individuellen Bedürfnisse ausgerichtet werden und dass nicht alle betroffenen Personen die gleichen Anpassungen aus eigener Kraft leisten können.²⁶⁵ Nachhaltig in die Gesundheit der Mitarbeitenden zu investieren, lohnt sich, wie verschiedene Studien zeigen. Massnahmen zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz haben das Potenzial, die direkten und indirekten Kosten aufgrund von Erkrankungen der Mitarbeitenden um über 25 % zu verringern. Daraus ergeben sich pro investierten US-Dollar Einsparungen von über 5 US-Dollar.²⁶⁶

In Appenzell Ausserrhoden engagiert sich der Kanton im «Forum Betriebliches Gesundheitsmanagement Ostschweiz».²⁶⁷ Als Arbeitgeber verankert der Kanton das Betriebliche Gesundheitsmanagement BGM ab 2017 im teilrevidierten Personalgesetz und sorgt für die Umsetzung im Verwaltungsalltag.

Gesundheitskompetenz ist gemäss Bundesamt für Gesundheit BAG die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Konkret bedeutet dies Informationen finden, Informationen verstehen, Informationen beurteilen sowie Informationen anwenden in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesund-

264 Regierungsrat Appenzell Ausserrhoden, Regierungsprogramm 2016-2019, 2015, S.9

265 Bachmann, Burla & Kohler, Gesundheit in der Schweiz - Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015, 2015, S.167

266 Bundesamt für Gesundheit BAG & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten NCD-Strategie 2017-2014, 2016, S.21

267 Website der Kampagne Alles im grünen Bereich: <http://www.psychologie-und-arbeit.ch/>, abgerufen am 26.7.2016 und Website des Forum BGM Ostschweiz: <http://bgm-ostschweiz.ch/>, abgerufen am 26.7.2016

heitsförderung.²⁶⁸ Aufgrund der jüngsten Studienergebnisse mit Daten von 2015 zieht das Bundesamt für Gesundheit BAG für die **Gesundheitskompetenz** in der Schweiz eine durchgezogene Bilanz: Jede zehnte Person verfügt über eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz. Bei etwas mehr als einem Drittel der Bevölkerung ist sie ausreichend, bei rund 45% aber problematisch und bei 9% unzureichend. Untersucht wurde die Gesundheitskompetenz in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Die Schweizer Bevölkerung hat vor allem im Bereich der Krankheitsprävention Schwierigkeiten, Informationen zu verstehen und zu beurteilen. Es fällt eher schwer zu beurteilen, welches die Vor- und Nachteile einer Behandlung sind und wann eine zweite Meinung eingeholt werden sollte. Weniger Schwierigkeiten hat die Bevölkerung damit, Anweisungen von Ärztinnen und Apothekern zu folgen oder ihre Anleitungen zur Einnahme von Medikamenten zu verstehen. Es fällt leicht, Warnungen vor gesundheitsschädlichem Verhalten zu verstehen oder Informationen über Verhaltensmassnahmen zu finden, welche die Gesundheit fördern.²⁶⁹ Wie beim Gesundheitszustand, dem Gesundheitsverhalten, dem Zugang zur Gesundheitsversorgung besteht auch bei der Gesundheitskompetenz ein soziales Gefälle. Gut gebildete und finanziell besser gestellte Personen weisen eine grössere Gesundheitskompetenz auf. Je grösser die finanziellen Schwierigkeiten von Menschen, desto geringer ist deren Gesundheitskompetenz. Menschen, die Schwierigkeiten haben, Geld für Rechnungen generell, für Medikamente und Arztbesuche aufzubringen, haben eine geringe Gesundheitskompetenz. Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz treiben weniger Sport, beurteilen ihren Gesundheitszustand schlechter, haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, eine oder mehrere chronische Krankheiten zu erleiden sowie eine höhere Wahrscheinlichkeit für einen Krankenhausaufenthalt, weisen indessen keine höhere Anzahl Arztbesuche auf als Menschen mit guter Gesundheitskompetenz.²⁷⁰ Die Resultate der Studie werden 2016 vom Bundesamt für Gesundheit im Detail ausgewertet, um beurteilen zu können, mit welchen Massnahmen die Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung verbessert werden kann.

Es ist erkannt, wie wichtig es ist, dass die Bevölkerung über genügend Gesundheitskompetenz verfügt und sich eigenständig über Gesundheitsthemen und den Umgang mit Erkrankungen informieren kann. In der Schweiz wird häufig davon ausgegangen, das Vermitteln von Information sei ausreichend. Was die Informationsbedürfnisse von Menschen anbelangt, die mit mehreren Krankheiten leben, gibt es bislang nur vereinzelt **geeignete Informationsangebote** - auch im Internet. Bei den Programmen zur Schulung von Einzelpersonen oder Gruppen in Gesundheitskompetenz fehlen Angebote, die krankheitsübergreifende Herausforderungen aufgreifen wie zum Beispiel den Umgang mit Medikamenten, mit Angst und Unsicherheiten.²⁷¹ Bei psychisch erkrankten Personen fehlt oft die Energie, sich um die eigene Gesundheitsförderung zu kümmern. Kampagnen, die sich auf das Bereitstellen von Information beschränken, können deshalb ins Leere laufen. Erfolgsversprechender sind Ansätze einer aufsuchenden Gesundheitsförderung und Prävention.²⁷²

Chronische Erkrankungen sind nicht heilbar und sie verlaufen - wie psychische Erkrankungen auch - nicht gleichförmig. Die erkrankten Personen sind gefordert mit einem Wechsel von akuten Phasen, Krisen, Phasen der Rekonvaleszenz, Phasen relativer Stabilität. Daneben müssen sie Unsicherheit, Zukunftsangst sowie den Verlust von Kompetenzen bewältigen. Die Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen und Bezugspersonen sind darauf angewiesen, einen persönlichen Umgang für ihr Leben mit chronischer Krank-

268 Bieri, et al., 2016, S. 8

269 Bundesamt für Gesundheit BAG, Medienmitteilung vom 7.6.2016, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-62035.html>, abgerufen am 21.12.2016

270 Bieri, et al., 2016, S. 4

271 Haslbeck J., Chronische Krankheiten und Multimorbidität, 2015

272 Stoppe, 2015, S. 61

heit zu entwickeln - sie lernen im Ausnahmezustand und eignen sich mit der Zeit ihre eigene Expertise an.²⁷³ Wird der chronischen Situation aktiv im Sinne von **Selbstmanagement** begegnet, kann in vielen Fällen die Lebensqualität deutlich gesteigert werden. Mit dem Stichwort «Selbstmanagement» ist die Kompetenz der Patientinnen und Patienten gemeint, den Verlauf ihrer Krankheit bestmöglich zu beeinflussen, Veränderungen des Gesundheitszustands zuverlässig einzuschätzen und eigene Ressourcen wie externe Angebote gezielt zu nutzen, um einer Verschlechterung vorzubeugen. Die Fähigkeit zum Selbstmanagement - zum Umgang mit sich selbst - ist eng verknüpft mit der Erfahrung der Selbstwirksamkeit und erfordert die Aneignung von Fachwissen sowie eine bewusste Auseinandersetzung mit der Krankheit und dem Erleben von Symptomen. Die Patientinnen und Patienten auf diesem Weg zu befähigen und zu unterstützen, ist eine Aufgabe der diversen Akteure der Gesundheitsversorgung.²⁷⁴ Selbstmanagement kann auch gefördert werden, indem der Zugang zu Erfahrungswissen erleichtert wird. «Peer-to-peer-healthcare» kann die Unterstützung durch Fachpersonen des Gesundheits- und Sozialwesens sinnvoll ergänzen. «Peers» sind vermehrt in die Leistungserbringung einzubinden und das Know-How der Selbsthilfe sollte genutzt werden. Das Potenzial der Patienten- und Angehörigenperspektive sollte durch «Peer»-Beteiligung in der Aus- und Weiterbildung gezielt genutzt werden.²⁷⁵

Vielen chronisch, mehrfach und/oder psychisch erkrankten Personen gelingt es weitgehend, die mit der Krankheit verbundenen Herausforderungen zu meistern, den beruflichen Anforderungen gerecht zu werden, ihre sozialen Kontakte zu pflegen und ein nur minimal eingeschränktes Leben zu führen. Je nach Art und Phase der Krankheit leben diese Personen ein erfülltes, weitgehend «normales» Leben, in dem die Krankheit in den Hintergrund rückt. Eine aktive Auseinandersetzung mit der Krankheit und den damit verbundenen Konsequenzen führt unter Umständen auch zur Gründung einer Selbsthilfegruppe, zur Mitarbeit in einer bestehenden Selbsthilfegruppe oder zur gegenseitigen Unterstützung unter Betroffenen. In der Schweiz gibt es 2695 Selbsthilfeorganisationen, davon 41% zu somatischen Themen und 30% zu psychischen Themen (2013). 73% funktionieren eigenständig und ohne Leitung. Das Gesundheitsversorgungssystem nutzt die Kompetenzen und die Arbeit von Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen bisher noch zu wenig oder zu wenig systematisch. Mit einer **gezielten Kooperation mit Selbsthilfeorganisationen oder -gruppen** könnten die Leistungen des Versorgungssystems (z.B. von Spitälern oder spezialisierten Abteilungen) noch patientengerechter ausgestaltet und erbracht werden.²⁷⁶

*In Appenzell Ausserrhoden wurde im «Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012» die strategische Position **«Gesundheitsförderung und Prävention wirken langfristig kostendämpfend, nicht nur im Gesundheitswesen»** aufgenommen: «Der Regierungsrat ist überzeugt, dass Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention langfristig helfen, Gesundheitskosten zu verringern. Prävention wird deshalb auch zur Kostensteuerung eingesetzt».*

*In verschiedenen Studien werden als gute Beispiele der Förderung der psychischen Gesundheit sowie der Prävention psychischer Erkrankungen die Bündnisse gegen Depression genannt. Appenzell Ausserrhoden hat 2008 als erster Kanton der Ostschweiz ein solches Bündnis aufgebaut und engagiert sich weiterhin in der mittlerweile interkantonalen Organisation des **«Ostschweizer Forum für psychische Gesundheit»**.²⁷⁷*

273 Haslbeck, Klein, Bischofberger & Sottas, 2015, S. 21, 23, 26, 32, 33

274 Djalali & Rosemann, 2015, S. 15

275 Haslbeck, Klein, Bischofberger & Sottas, 2015, S. 8

276 Bachmann, Burla & Kohler, Gesundheit in der Schweiz - Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015, 2015, S. 152, 176

277 Website Ostschweizer Forum für psychische Gesundheit: <http://www.forum-psychische-gesundheit.ch/home/>, abgerufen am 26.7.2016

Im Bereich der Suchtprävention ist in Appenzell Ausserrhoden der **«5-Jahres-Aktionsplan 2014-2018 für eine kantonale Präventionspolitik Alkohol/Tabak/Cannabis»** in Umsetzung.

Im Januar 2017 ist die **Teilrevision des Personalgesetzes** in Kraft getreten. Neu ist unter anderem ein **Vaterschaftsurlaub** von fünf Tagen (Art. 54 a), das betriebliche **Gesundheits- und Case-Management** (Art. 64 a) sowie das **Konfliktlösungsverfahren** (Art. 70) im Gesetz verankert.

2.6 Gesundheitspolizeiliche Aufgaben

Gesundheitspolizeiliche Aufgaben sind Massnahmen, welche die öffentliche Gesundheit vor Gefährdungen schützen. Entsprechende Massnahmen umfassen den Vollzug von Bundes- und kantonalem Recht wie z.B. den Vollzug der Vorschriften über den Umgang mit Heilmitteln (z.B. Heilmittelgesetz und entsprechende Verordnungen), Betäubungsmitteln, Lebensmitteln sowie die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten.

Zu diesen Vollzugsaufgaben gehören des Weiteren die Aufsicht über die Gesundheitsfachpersonen und die Institutionen des Gesundheitswesens sowie das weitgehend kommunal organisierte Bestattungswesen.

Für die Ausübung diverser Gesundheitsberufe (z.B. Arzt/Ärztin, Heilpraktiker/Heilpraktikerin) und für den Betrieb von ambulanten oder stationären Einrichtungen (z.B. Gemeinschaftspraxen, Apotheken, Spitäler, Pflegeheime etc.) ist eine kantonale Bewilligung notwendig. Die Bewilligungen werden erteilt, falls die massgeblichen Voraussetzungen erfüllt sind. Danach wird laufend überprüft (z.B. mittels Inspektionen), ob die Bewilligungsvoraussetzungen noch erfüllt sind. Ist dies nicht der Fall, ordnen die zuständigen Behörden den Bewilligungsentzug an oder treffen andere geeignete Massnahmen, um einer Gefahr der öffentlichen Gesundheit zu begegnen. Im Bereich der Gesundheitsberufe kommt den zuständigen kantonalen Behörden zudem eine besondere staatliche Disziplinaraufsicht zu. Werden Berufspflichtigen verletzt, können disziplinarische Sanktionen ausgesprochen werden.

In Appenzell Ausserrhoden nimmt die Abteilung Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung und Prävention die gesundheitspolizeiliche Aufsicht über die gesetzeskonforme Ausübung der Gesundheitsberufe wahr. Bei etwa 700 inspektionspflichtigen Betrieben bzw. Personen können aus Ressourcengründen periodisch jährlich nur ca. 8 % der Betriebe inspiziert werden. Im Weiteren zählen zu den gesundheitspolizeilichen Aufgaben nach kantonalen Grundlagen auch die Organisation und Durchführung der kantonalen Prüfungen für kantonal approbierte Heilpraktiker und Heilpraktikerinnen.

Die gesundheitspolizeiliche Aufsicht über die Spitäler wird von der Abteilung Spitalversorgung wahrgenommen. Demgegenüber beaufsichtigt das Amt für Soziales die Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause, die Pflegeheime sowie die sozialen Einrichtungen wie z.B. die Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen.

Im Bereich der Lebensmittelkontrolle bzw. im Veterinärbereich werden Vollzugsaufgaben durch den zuständigen Betrieb bzw. das zuständige Amt (Interkantonales Labor für die Lebensmittelkontrolle, Veterinäramt) vorgenommen.

2.7 Patientensicherheit

Die Patientinnen und Patienten haben Anrecht auf eine korrekte Behandlung. Deshalb können Patientensicherheit und Qualität in der Gesundheitsversorgung nicht dem Zufall überlassen werden. Mit der «Qualitätsstrategie» des Bundes und einem Bericht zu deren Konkretisierung wurde in den vergangenen Jahren eine wichtige Basis zur Weiterentwicklung von Patientensicherheit und Qualität der medizinischen Leistungen gelegt.

Der Bund will die Sicherheit und Qualität des Gesundheitssystems weiter steigern. Konkret sollen die Qualität der medizinischen Leistungen besser gemessen und der Einsatz anerkannter Standards für die Patientensicherheit verbindlich geregelt werden. Dafür sollen nationale Qualitätsprogramme lanciert und Qualitätsindikatoren entwickelt werden.²⁷⁸

In der Schweiz engagiert sich u.a. die Stiftung Patientensicherheit für diese Anliegen. Ihrem Engagement zugrunde liegen die gesetzlichen Bestimmungen im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG). Die Stiftung für Patientensicherheit wurde Ende 2003 von den Bundesämtern für Gesundheit und Sozialversicherung, zahlreichen Berufsverbänden und der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften gegründet. Seit der Gründung hat sie sich nachhaltig entwickelt und ist heute ein anerkannter Akteur im Gesundheitswesen zum Thema Patientensicherheit.²⁷⁹

Unter anderem sollen Qualitätsindikatoren entwickelt werden, auch für den ambulanzärztlichen Bereich, um die Transparenz zu erhöhen. Es werden Vorschläge zu Händen des Bundesrates für nationale Qualitätsprogramme erarbeitet. Der Einbezug weiterer gesundheitspolitischer Akteure durch den Bund erfolgt über eine ausserparlamentarische Qualitätskommission. Sie berät den Bundesrat bei der Festlegung der Strategie und der Zuweisung finanzieller Mittel.²⁸⁰

Immer wieder kommt es auch in der Schweiz zu Behandlungsfehlern und medizinischen Zwischenfällen, die vermeidbar wären. Zwischenfälle verursachen hohe Kosten und für die betroffenen Patientinnen und Patienten unnötiges Leid. Schon heute sind im Bereich der Qualitätssicherung diverse Akteure auf unterschiedlichen Ebenen aktiv. Was indessen fehlt, ist die Koordination und eine gemeinsame strategische Ausrichtung. Im Rahmen seiner **Qualitätsstrategie** will der Bundesrat mit der Schaffung einer nationalen Struktur und einer nachhaltigen Finanzierung die bestehenden Aktivitäten im Bereich Qualitätssicherung besser koordinieren, mit konkreten Programmen die Zahl der medizinischen Zwischenfälle reduzieren und insgesamt die Qualität in der Gesundheitsversorgung erhöhen. Zudem sollen medizinische Leistungen systematischer auf ihren Nutzen und ihre Wirkung hin überprüft werden.

Im Rahmen von **Health Technology Assessment HTA** werden medizinische Leistungen systematisch überprüft. Nicht wirksame und nicht effiziente Leistungen sollen identifiziert und von der Vergütung durch die OKP ausgeschlossen werden. Sie sind Teil der rund zwanzig Prozent der Gesundheitskosten, die durch mehr Effizienz gespart werden könnten. Ziel ist es, eine teure Fehl- oder Überversorgung zu vermeiden und die Qualität der Behandlung zu erhöhen; denn unnötige Behandlungen und Eingriffe bergen immer auch gesundheitliche Risiken für die Patientinnen und Patienten.²⁸¹

278 Website Bundesamt für Gesundheit BAG, Versicherungen, Krankenversicherung, Qualitätssicherung, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-qualitaetssicherung.html>, abgerufen am 4.2.2017

279 Website Stiftung Patientensicherheit, <http://www.patientensicherheit.ch/de/ueber-uns.html>, abgerufen am 4.2.2017

280 Website Bundesamt für Gesundheit BAG, Versicherungen, Krankenversicherung, Revisionsprojekte, Netzwerk Qualität, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/netzwerk-qualitaet-gesundheitsversorgung.html>, abgerufen am 4.2.2017

281 Bundesrat, Medienmitteilung vom 13.5.2015, <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-57253.html>, abgerufen am 6.8.2016

Mit der Umsetzung der Qualitätsstrategie will der Bund die Qualität im schweizerischen Gesundheitswesen rasch und wirkungsvoll verbessern. Ein wichtiges Element sind die nationalen Programme, mit denen die Leistungserbringer (Spitäler, Ärzte, Spitex, Pflegeheime) bei der Umsetzung von Verbesserungsprozessen unterstützt werden. Ziel ist es, die Anzahl kritischer Zwischenfälle zu reduzieren. Internationale Erfahrungen haben gezeigt, dass mit entsprechenden Programmen eine starke Verbesserung der Patientensicherheit erzielt werden kann. Der Bund hat in zwei Bereichen nationale Pilotprogramme lanciert, die von der Stiftung für Patientensicherheit durchgeführt werden. Im Themenbereich **«Sichere Chirurgie»** soll die Verwendung von Checklisten im Operationssaal umgesetzt und damit eine teambasierte Sicherheitskultur aufgebaut werden, um die Zahl der Zwischenfälle nachhaltig zu senken. Es haben sich 10 Spitäler am Programm beteiligt. Das Programm wurde im Herbst 2015 abgeschlossen.²⁸²

Im Bereich **«Medikationssicherheit bei Übergängen»** soll die Problematik nicht aktueller und nicht verlässlicher Medikationslisten bei Spitalein- und -austritt angegangen werden. Falsche Medikationen stellen einen grossen Teil der unerwünschten Ereignisse im Gesundheitswesen dar; 30-50% aller Fehler sind Medikationsfehler. Dies führt zu einer Belastung für die betroffenen Patientinnen und Patienten, aber auch zu Mehrkosten in Millionenhöhe. Besonders Spitalein- und -austritte sind entscheidende Momente für die Medikationssicherheit.²⁸³

Jahr für Jahr erleiden in Schweizer Spitälern schätzungsweise rund 70 000 Menschen Infektionen, zirka 2000 sterben daran. Ein grosser Teil dieser nosokomialen Infektionen liesse sich mit besserer Hygiene und strikterer Überwachung verhindern. Dies ist das Ziel der nationalen Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von healthcare-assoziierten Infektionen **«Strategie NOSO»**, die der Bund im März 2016 lanciert hat und gemeinsam mit den Kantonen, den Spitälern und den Pflegeeinrichtungen umsetzen will. Zu den zentralen Massnahmen der Strategie gehören schweizweite Standards und Empfehlungen zur Hygiene. Diese sollen künftig in den Spitälern und Pflegeheimen noch konsequenter umgesetzt werden. Handlungsbedarf besteht auch beim Monitoring: Wichtige Infektionsarten, die mit einem Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim in Verbindung stehen, etwa Lungenentzündungen und Blutvergiftungen, sollen konsequent erfasst werden. So können die Massnahmen auf ihre Wirksamkeit hin überprüft und nötigenfalls angepasst werden. Parallel dazu sollen das Gesundheitspersonal, aber auch Patientinnen und Patienten in Spitälern, Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen und Besucherinnen und Besucher besser informiert werden, etwa über die Bedeutung von Hygienemassnahmen wie die Händedesinfektion. Impfungen, etwa die Grippeimpfung, spielen ebenfalls eine wichtige Rolle, um die Übertragung von Krankheiten einzudämmen. Das Thema Infektionsprävention soll in der Aus- und Weiterbildung nicht nur bei Fachspezialistinnen und Fachspezialisten, sondern beim gesamten Gesundheitspersonal verstärkt werden.²⁸⁴

Da Erreger von Infektionen immer häufiger Resistenzen entwickeln, ist die Strategie NOSO eng mit der **«Nationalen Strategie Antibiotikaresistenzen StAR»** koordiniert, die der Bundesrat im November 2015 verabschiedet hat.²⁸⁵ Mit der Strategie soll der Tatsache begegnet werden, dass Antibiotikaresistenzen auch in der Schweiz zunehmen. Beunruhigend sind vor allem die Zunahme von Resistenzen gegenüber wichtigen Antibiotikagruppen und die Zunahme an multiresistenten Keimen. Die Strategie sieht 35 Massnahmen vor, die in acht Handlungsfeldern angesiedelt sind: Überwachung; Prävention; sachgemässer Anti-

282 Bundesamt für Gesundheit BAG, Faktenblatt Nationale Qualitätsprogramme, 2015, S.2

283 Bundesamt für Gesundheit BAG, Faktenblatt Nationale Qualitätsprogramme, 2015, S.2

284 Bundesrat, Medienmitteilung 23.3.2016, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-61044.html>, abgerufen am 21.12.2016

285 Bundesrat, Medienmitteilung 23.3.2016, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-61044.html>, abgerufen am 21.12.2016

biotikaeinsatz; Resistenzbekämpfung; Forschung und Entwicklung; Kooperation; Information und Bildung; Rahmenbedingungen. Die Umsetzung der Strategie wurde Anfang 2016 gestartet, zeitgleich mit dem Inkrafttreten des revidierten Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (Epidemiengesetz).²⁸⁶

Das Thema Patientensicherheit wurde in den letzten Jahren zumeist auf die somatische Medizin bezogen, während die psychiatrische Versorgung weitgehend unberücksichtigt blieb. Um diese Lücke zu schliessen, führt Patientensicherheit Schweiz das Projekt **«Patientensicherheit in der psychiatrischen Versorgung»** durch und erarbeitet einen Aktionsplan. Suizidprävention nimmt darin einen hohen Stellenwert ein. Denn das Suizidrisiko von Patientinnen und Patienten während eines Aufenthalts in einer psychiatrischen Klinik ist gegenüber dem Risiko in der Allgemeinbevölkerung etwa um das 50-Fache erhöht. Die meisten Suizide erfolgen ausserhalb der Klinik am Wochenende, nachdem das Suizidrisiko evaluiert und ausgeschlossen worden ist. Dies verdeutlicht die Schwierigkeit einer zuverlässigen Einschätzung der Suizidalität – auch für Fachpersonen.²⁸⁷

286 Bundesrat. (2015). Strategie Antibiotikaresistenzen Schweiz StAR, S.6

287 Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK & Gesundheitsförderung Schweiz, Suizidprävention in der Schweiz. Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan, 2016, S.34

2.8 Kosten und Finanzierung

Der Bundesrat stellt in seiner gesundheitspolitischen Agenda Gesundheit2020 fest, dass die Kosten im Gesundheitswesen und insbesondere in der OKP weiter ansteigen werden. Zu den heutigen und weiterhin bleibenden Ursachen kommen neue Kostentreiber hinzu.

Auch mit Blick auf Kosten und Finanzierung stehen die nichtübertragbaren Krankheiten im Zentrum der gesundheitspolitischen Herausforderungen: Die materiellen **Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten** sind sehr hoch. 2011 betrug sie 80% der gesamten direkten Gesundheitskosten der Schweiz und damit insgesamt über 51 Milliarden Franken. Die indirekten Kosten können nicht genau beziffert werden. Schätzungen gehen von 30 bis 40 Milliarden Franken pro Jahr aus, die hauptsächlich durch Erwerbsunterbrüche, Frührentierungen und Erwerbsausfälle aufgrund erbrachter informeller Betreuung und Pflege entstehen. Besonders hohe indirekte Kosten entstehen durch psychische Krankheiten, da diese verglichen mit den meisten körperlichen Krankheiten deutlich früher im Lebensverlauf auftreten und sowohl die Ausbildung wie auch die Erwerbsfähigkeit stark einschränken können. Die höchsten direkten Kosten werden durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursacht (10.3 Milliarden Franken), gefolgt von muskuloskelettalen Erkrankungen (8.7 Milliarden Franken) und psychischen Erkrankungen.²⁸⁸ Die Kosten der wichtigsten psychiatrischen Erkrankungen in der Schweiz belaufen sich nach Schätzungen auf rund 7.8 Milliarden Franken pro Jahr. Davon betreffen 38.0% die direkten Gesundheitskosten und 56.3% die indirekten Kosten. Den grössten Teil dieser Kosten verursachen affektive (33.4%) und psychotische Erkrankungen (28.8%).²⁸⁹ Es zeigt sich, dass die Kostenzunahme der durch die OKP finanzierten Leistungen in der Psychiatrie zwischen 2004 und 2014 bei den intermediären und den ambulanten psychiatrischen Behandlungen deutlich höher ausgefallen ist als bei den stationären psychiatrischen Behandlungen. Im Vergleich zur gesamten Kostenentwicklung der OKP sind die Kosten der Psychiatrie insgesamt aber nicht überproportional angestiegen.²⁹⁰

Suizidversuche verursachen primär direkte Kosten, wie z.B. medizinische Heilungs- und Behandlungskosten. Durchschnittlich verursacht ein Suizidversuch medizinische Kosten von 19 000 Franken (2003). Bei einer Hochrechnung auf 10 000 medizinisch versorgte Suizidversuche für die Schweiz ergeben sich somit Kosten von jährlich rund 200 Millionen Franken. Gemäss einer Studie werden 80% der Kosten von 20% der Fälle verursacht. Die Schlussfolgerung daraus lautet, dass die Verhinderung von bereits wenigen Suizidversuchen zu einer grossen finanziellen Entlastung für die Gesellschaft führen kann.²⁹¹

Aus Sicht der Kantone und der Leistungserbringer sind im Bereich der **intermediären psychiatrischen Versorgung** (vgl. S. 60) verschiedene Leistungen in den Tarifen für Tageskliniken und Ambulatorien nicht ausreichend bzw. für andere intermediäre Angebote gar nicht abgebildet.²⁹² Geltende Tarife werden als nicht kostendeckend eingestuft. Der Deckungs-

288 Bachmann, Burla & Kohler, Gesundheit in der Schweiz - Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015, 2015, S. 21, 134

289 Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren & Gesundheitsförderung Schweiz, Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder, 2015, S. 21

290 Bundesrat, Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz, 2016, S. 6

291 Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK & Gesundheitsförderung Schweiz, Suizidprävention in der Schweiz. Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan, 2016, S. 9

292 Vorhalteleistungen; Behandlungsleistungen nach der 4. Stunde; Sozio- oder Milieuthérapie; Koordinationsaufwand; Leistungen der nicht-ärztlichen und nicht-pflegerischen Berufsgruppen (z.B. Fallführung Case Management); Beratung von Angehörigen, Bundesrat, Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz, 2016, S. 36

grad der Vergütung durch die OKP beträgt gemäss Schätzungen nur 60% der effektiv anfallenden Kosten. Dadurch werden Behandlungen in intermediären psychiatrischen Angeboten gegenüber stationären Behandlungen benachteiligt, decken doch die für den stationären Bereich geltenden Pauschalen das gesamte Leistungspaket ab. Die Restfinanzierung der nicht abgegoltenen Leistungen erfolgt durch Beiträge der Kantone und ist abhängig von den jährlichen Budgetentscheiden der Kantonsparlamente. Dies führt zu einer erheblichen Planungsunsicherheit. Die intermediären Angebotsstrukturen sind somit dem aktuellen Spardruck in den Kantonen direkt ausgesetzt. In der Folge schreitet derzeit der Ausbau der intermediären Angebotsstrukturen langsamer voran, als es für eine bedarfsgerechte, kostengünstige und zukunftsfähige psychiatrische Versorgung notwendig wäre.²⁹³

Die **ambulanten Spitalkosten** beliefen sich 2014 auf 6.7 Milliarden Franken. 27.2% der nationalen Spitalkosten wurden ambulant verrechnet. Diese Kosten sind zwischen 2010 und 2014 um 32.4% angestiegen.²⁹⁴ Das Wachstum im ambulanten Spitalbereich wird allgemein als positive Entwicklung wahrgenommen, denn dieser gilt als kostengünstiger sowie als Qualitäts- und Komfortgewinn für die Patientinnen und Patienten. Das vorhandene Sparpotenzial kann indessen nur ausgeschöpft werden, wenn die neuerdings ambulant durchgeführten Eingriffe stationär nicht mehr vorgenommen werden. Eine Studie von 2015 hat untersucht, ob tatsächlich eine Verlagerung der stationären Versorgung auf den ambulanten Bereich stattfindet. In gewissen Bereichen ist eine exponentielle Zunahme der Zahl von Eingriffen²⁹⁵ festzustellen. Denn die technischen Neuerungen, die eine ambulante Versorgung begünstigen, ermöglichen es, viel mehr Eingriffe durchzuführen. Die Frage der Kosteneinsparungen durch die Verlagerung zur ambulanten Versorgung bleibt somit offen.²⁹⁶

Die durch Hospitalisierungen entstandenen Spitalkosten in der Akutsomatik beliefen sich 2014 auf 17.9 Milliarden Franken. Die Kosten sind im stationären Spitalbereich zwischen 2010 und 2014 um 18.9% angestiegen.²⁹⁷ Das Bundesamt für Gesundheit BAG führt eine umfassende Evaluation der Revision des KVG durch, um die **Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung auf die Qualität der stationären Spitalleistungen** zu untersuchen. Bei den untersuchten Indikatoren zeigen sich auch mit den neusten Daten von 2013 keine Einbussen der Qualität in der stationären Akutsomatik. Bezüglich Aufenthaltsdauer ist in der Akutsomatik seit 2008 ein Rückgang von 5.9 auf 5.4 Tage festzustellen. Ein Effekt aufgrund der Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 auf die Aufenthaltsdauer kann indessen nicht nachgewiesen werden. Der Anteil der Rehospitalisierungen ist seit 2010 leicht ansteigend - ob ein Zusammenhang mit der Einführung der Fallpauschalen besteht, ist noch zu klären. Die Nachversorgung von Patientinnen und Patienten aus akutsomatischen Spitälern in Pflegeheimen nahm wenig ausgeprägt zu. Die Nachversorgung durch die Spitex verzeichnet dagegen bereits seit 2009 ein starkes Wachstum.²⁹⁸

Ob mit der Revision der Spitalfinanzierung das **Kostenwachstum im stationären Spitalbereich** eingedämmt werden kann, lässt sich erst mittelfristig feststellen. Nach einem Jahr mit einem kräftigen Anstieg fanden die Spitalkosten 2013 zu ihrem gewohnten Wachstum zurück. Der Anstieg setzte sich jedoch auf einem höheren Ausgabenniveau fort. Die Kantone tragen einen immer grösseren Anteil der stationären Spitalleistungen. Bis 2017 wird dieser auf mindestens 55% ansteigen. Die Erträge aus Spitalleistungen machen neu 90% der Finanzierung im stationären Bereich aus. Parallel dazu sind die Subventionen seit 2010 von 21% auf 8% gesunken, die Defizitdeckung ging von 8% auf 1% zurück. Die

293 Bundesrat, Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz, 2016, S.36

294 Bundesamt für Statistik BFS, Der ambulante Spitalbereich im Jahr 2014, 2016, S.4

295 zum Beispiel Stents und Herzschrittmacher

296 Roth & Pellegrini, 2015, S.7, 9, 10

297 Bundesamt für Statistik BFS, Der ambulante Spitalbereich im Jahr 2014, 2016, S.4

298 Widmer & Kohler, Der Einfluss der neuen Spitalfinanzierung auf die Qualität der Versorgung - Aktualisierung 2013, 2016, S.2, 4

Zahl der Spitäler, die Beiträge und Subventionen erhalten, ist indessen von 106 auf 112 angestiegen, weil die neue Spitalfinanzierung die Vergütung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen (Lehre, Forschung, Notfalldienste) vorsieht. Die Einführung der leistungsbezogenen Fallpauschale betrifft nur die Akutsomatik. Entgegen dieser Annahme verzeichneten die Psychiatrie und die Akutsomatik aber eine ähnliche Entwicklung. In der Rehabilitation stiegen die OKP-Ausgaben stärker an als in den anderen Bereichen, obwohl die Zahl der Fälle, die von der Akutsomatik in die Rehabilitation verlegt wurden, nicht signifikant zugenommen hat.²⁹⁹

In Appenzell Ausserrhoden führte die Revision der Spitalfinanzierung zur Aufhebung des Globalkredits an den SVAR (2012 im Versorgungsbereich Akutsomatik und 2014 ebenfalls im Versorgungsbereich Psychiatrie). Dies führte zu einer Reduktion der Ausgaben des Kantons für die stationäre Versorgung der Bevölkerung (vgl. Tabelle). Die Kantone tragen einen immer grösseren Anteil der stationären Spitalleistungen. Ab 2017 beträgt dieser 55 % . Der Anstieg des vom Kanton zu tragenden Anteils an den stationären Spitalleistungen macht seit 2012 einen wesentlichen Anteil der steigenden Ausgaben des Kantons für die stationäre Versorgung aus.

*In Appenzell Ausserrhoden und schweizweit bewirkt der Wechsel von Tagespauschalen zur Vergütung von Leistungen der Spitäler im stationären Bereich über leistungsbezogene Pauschalen (Tarifstruktur Swiss DRG) erhebliche **Verschiebungen in der Finanzierung der stationären Gesundheitsversorgung zulasten der Kantone**. Der Erlass von Spitallisten in den Versorgungsbereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie und die Kompetenz der Tarifgenehmigung erweisen sich aus Sicht des Kantons als ungenügend, um der Mengenausweitung und Kostenentwicklung wirksam entgegenzuwirken.*

Gemäss Hochrechnungen werden sich die Ausgaben für die **Langzeitpflege** von rund 6 Milliarden Franken (2011) bis 2045 auf 18 Milliarden verdreifachen. Die Hauptbetroffenen dieses Anstiegs werden die Kantone, die Gemeinden und die privaten Haushalte sein.³⁰⁰ Neben der Personalrekrutierung wird deshalb die Finanzierung der Alterspflege zunehmend zur Herausforderung. Betragen 2014 die Gesamtkosten für Spitex sowie Alters- und Pflegeheime 11.1 Milliarden Franken, werden sie 2030 gemäss einer Schätzung des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan 17.8 Milliarden Franken oder 2.8 % des BIP betragen. Die Ausgabendynamik in der Langzeitpflege wird zu einem deutlichen Anstieg der öffentlichen Gesamtausgaben für Gesundheit führen. Die Hauptbetroffenen dieses Anstiegs sind die Kantone, die Gemeinden und die privaten Haushalte. Bei Beibehaltung der heutigen Finanzierungsregeln für die Langzeitpflege würde die Belastung der Kantone bis im Jahr 2045 schätzungsweise rund 8 % ihrer Fiskaleinnahmen entsprechen. Beim Bund und den Gemeinden würde die entsprechende Finanzierungslücke 0.6 bzw. 3.6 % ihrer Fiskaleinnahmen betragen. Der Prozentsatz des Einkommens, den die privaten Haushalte allein für denjenigen Anteil an der OKP-Prämie aufwenden müssen, welcher zur Deckung der Pflegeausgaben nötig ist, würde sich verdoppeln. Diese Finanzierungsproblematik wird für alle Betroffenen dadurch verschärft, dass die sonstigen Gesundheitsausgaben (ohne Pflege) noch wesentlich stärker als die Pflegekosten wachsen werden.³⁰¹ Zur Finanzierung der prognostizierten Mehrkosten für die Langzeitpflege skizziert der Bundesrat verschiedene Varianten. Diese reichen von einer Pflegeversicherung zur Abdeckung der Betreuungskosten

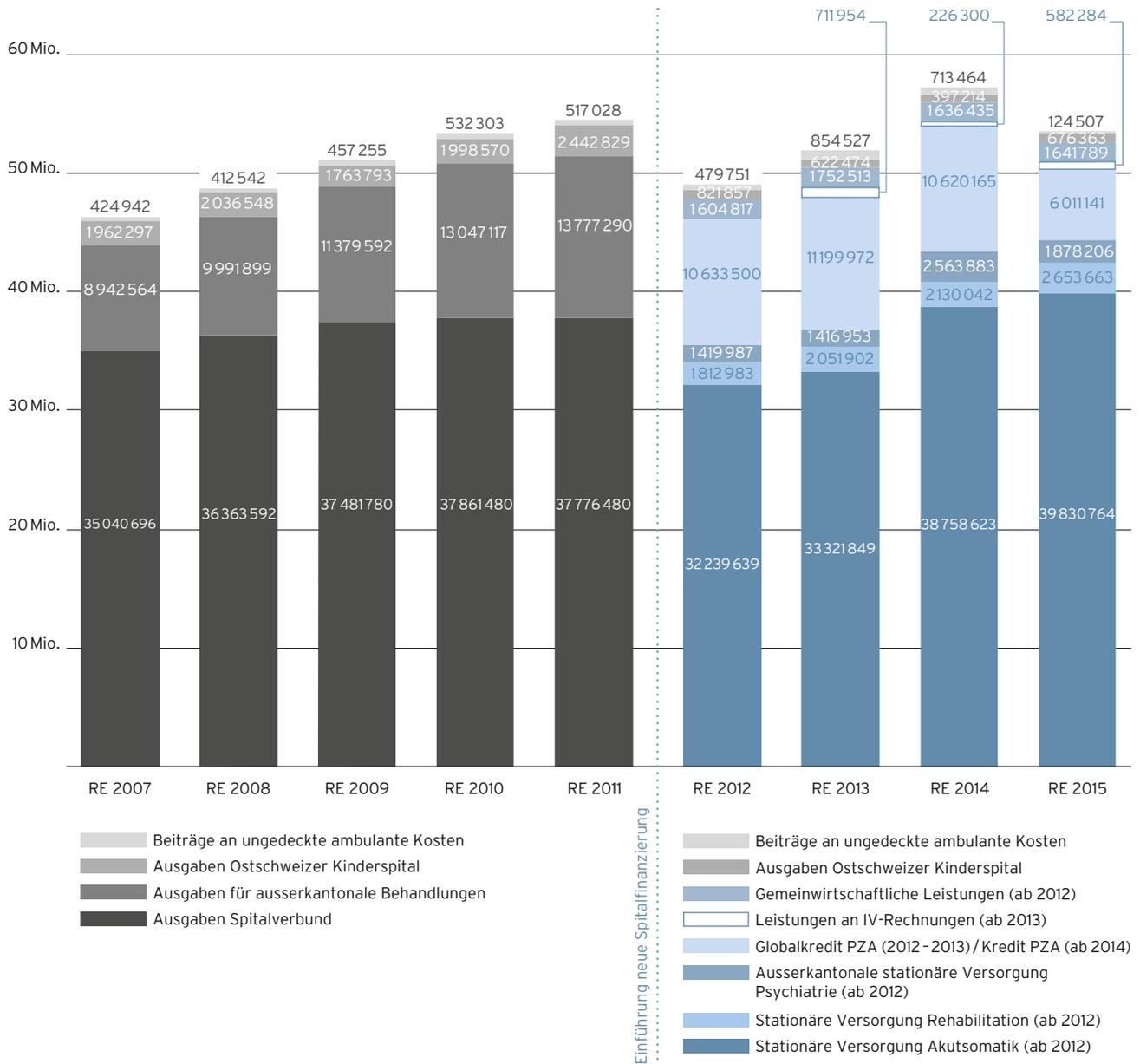
299 Pellegrini & Roth, 2016, S.1, 4, 6

300 Bundesrat, Medienmitteilung 25.5.2016, <https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=61858>, abgerufen am 22.7.2016

301 Bundesrat, Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege, 2016, S. 4

über eine Versicherung, bei der nur die Pflegeleistungen der OKP abgedeckt werden, bis zu einer umfassenden Versicherungslösung.³⁰²

Kosten des Kantons für die Spitalfinanzierung 2007 - 2015 (in CHF)



Quelle: Staatsrechnungen Appenzell Ausserrhoden 2007 - 2015; Auswertung Departement Gesundheit und Soziales Appenzell Ausserrhoden, 2016

302 Bundesrat, Medienmitteilung 25.5.2016, <https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=61858>, abgerufen am 22.7.2016

Kostenentwicklung 2011-2015 für die Pflege im Pflegeheim

Die Gemeinden in Appenzell Ausserrhoden leisteten in den Rechnungsjahren 2011-2015 folgende Beiträge an die Pflegerestkosten für Ausserrhoder und Ausserrhoderinnen in inner- und ausserkantonalen Alters- und Pflegeheimen:

Gemeinde	2011 CHF	2012 CHF	2013 CHF	2014 CHF	2015 CHF
Bühler	110055	83886	86986	74064	78116
Gais	396935	327635	339421	353042	293348
Grub	63041	91916	137968	135054	196798
Heiden	488576	533566	537968	502474	499544
Herisau	1415963	1524597	2016479	1558902	1540444
Hundwil	34639	52613	75290	100455	95052
Lutzenberg	53377	62790	99604	99569	133807
Rehetobel	208164	232848	331040	217924	244965
Reute	21934	19635	38102	39803	51976
Schönengrund	21978	9394	31769	33059	9665
Schwellbrunn	162503	169147	213693	180465	134884
Speicher	284317	355269	427618	305851	284555
Stein	76956	97999	106334	144161	116204
Teufen	593615	696377	950769	1059001	981067
Trogen	289200	308700	363000	317375	261632
Urnäsch	265639	246246	297327	263631	242201
Wald	38478	37488	41901	41314	47415
Waldstatt	128704	142007	179609	218367	262129
Walzenhausen	239520	232892	227181	189796	195602
Wolfhalden	201003	220979	246785	192655	160053
Total	5094597	5445984	6748844	6026961	5829457
Einwohner am 31.12.	53313	53438	53691	54064	54543
Kosten je Einwohner/Jahr	95.56	101.91	125.70	111.48	106.88

Quelle: Angaben 2011-2013: durch die Gemeinden

2014 und 2015: Erfolgsrechnung der Gemeinden; Departement Finanzen; Konto 4125 Pflegefinanzierung

Kostenentwicklung 2011-2015 in der ambulanten Pflege

Die Beiträge an die Pflegerestkosten für Ausserrhoder und Ausserrhoderinnen werden nicht spezifisch erfasst. Der Kanton (bis 2014) und die Gemeinden leisten an Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause mit einem Versorgungsauftrag neben den Pflegerestkosten auch Beiträge an die Kosten der Hilfe zu Hause (d.h. die stellvertretende Haushaltsführung, die sozial-begleitende Unterstützung und die Betreuung von Kindern) sowie Beiträge an die Stützpunkt-Leitungen.

Kanton und Gemeinden richteten für die Jahre 2011-2015 folgende Beiträge an die Leistungen der Hilfe und Pflege zu Hause aus:

	2011 CHF	2012 CHF	2013 CHF	2014 CHF	2015 CHF
Beitrag Kanton	495 474	689 909	998 809	1 058 160	0
Beitrag Gemeinden	997 627	1 385 187	1 998 005	2 116 320	2 998 031
Total Kanton und Gemeinden	1 493 101	2 075 096	2 996 814	3 174 480	2 998 031

Einwohner am 31.12.	53 313	53 438	53 691	54 064	54 543
Kosten je Einwohner/Jahr	28.01	38.83	55.82	58.72	54.97

Quelle: Jahresrechnungen der Spitex-Organisationen mit Leistungsauftrag

Die Ausgaben für das Gesundheitswesen insgesamt betragen 2014 insgesamt 71.2 Milliarden Franken. Das Wachstum betrug 2.8% und lag damit unter dem Trend der letzten fünf Jahre (+3.3%). Das Verhältnis der **Gesundheitsausgaben** zum Bruttoinlandprodukt BIP stieg auf 11.1%³⁰³, was einem der höchsten Anteile in Europa entspricht.³⁰⁴ Die Gesundheitsausgaben für Krankenhäuser (+2.2%) und Heime (+2.3%) verzeichneten 2014 ein unterdurchschnittliches Wachstum im Vergleich mit dem Trend der letzten fünf Jahre (+3.6% respektive +3.4%). Die Ausgaben für ambulante Versorgung stiegen weiter im Trend der letzten Jahre um 4.7%. Wie in den vergangenen Jahren wurden vier Fünftel der nun 71.2 Milliarden Franken Gesundheitsausgaben durch die Grundversicherung nach KVG (36.6%), die privaten Haushalte (24.3%) und den Staat getragen (20.1%). Die Finanzierungsanteile der genannten Träger sind dabei seit 2010 nahezu unverändert. In der Schweiz wurden im Gesundheitswesen monatlich 724 Franken pro Einwohner ausgegeben, 11 Franken mehr als im Vorjahr. 265 Franken pro Person (+3) konnten mit Leistungen der OKP gedeckt werden, 46 Franken (+/- 0) durch Versicherungen wie die AHV, IV und die Unfallversicherungen, 32 Franken (+/- 0) durch andere Träger der sozialen Sicherheit und bedarfsabhängige Sozialleistungen sowie 52 Franken (+/- 0) mit Zusatzversicherungen. 146 Franken (+2) trug der Staat bei und 8 Franken (+1) wurden von privatrechtlichen Stiftungen finanziert. So mussten die Haushalte, zusätzlich zu den Versicherungsprämien, einen Restbetrag von 176 Franken (+6) direkt bezahlen, vor allem für Leistungen für Pflegeheime, Zahnarztleistungen sowie Kostenbeteiligungen ambulant und stationär an der Krankenversicherung.³⁰⁵ Für die kommenden Jahre sagt die Konjunkturforschungsstelle KOF der ETH Zürich nach moderater Entwicklung mit weiter steigenden Gesundheitsausgaben eine zunehmende Dynamik voraus. Für 2016 rechnet die KOF mit einer Zunahme der gesamten Gesundheitsausgaben von 3.6%. 2017 wird das Ausgabenwachstum dann mit 3.9% etwas stärker sein. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandprodukt steigt auf 12.1% im Jahr 2017. Die Bedeutung des Gesundheitssektors für die Schweizer Volkswirtschaft nimmt weiter zu. 2015 arbeiteten über 266 000 Personen (gerechnet in Vollzeitäquivalenten) im Gesundheitswesen, das sind fast 7% aller Beschäftigten in der Schweiz.³⁰⁶

Die für **Prävention und Gesundheitsförderung** eingesetzten Mittel sind in der Schweiz im internationalen Vergleich tief. Im Jahr 2013 wurden von den gesamten Ausgaben für das

303 Provisorische Zahlen 2014, Bundesamt für Statistik BFS, Medienmitteilung vom 21.4.2016, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/medienmitteilungen.assetdetail.40487.html>, abgerufen am 21.12.2016

304 De Pietro, et al., 2015, S. 4

305 Provisorische Zahlen 2014, Bundesamt für Statistik BFS, Medienmitteilung vom 21.4.2016, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/medienmitteilungen.assetdetail.40487.html>, abgerufen am 21.12.2016

306 Konjunkturforschungsstelle KOF, Medienmitteilung vom 17.6.2016, <https://www.kof.ethz.ch/news-und-veranstaltungen/medien/medienmitteilungen/2016/06/kof-prognose-der-gesundheitsausgaben-fruehjahr-nach-moderater-entwicklung-zunehmende-dynamik.html>, abgerufen am 26.7.2016

Gesundheitswesen rund 2.2% für die Prävention aufgewendet. Der Durchschnitt in der OECD liegt bei 3.1%.³⁰⁷

Im Mai 2016 hat der Bundesrat die Botschaft zum **Stabilisierungsprogramm 2017 - 2019** verabschiedet. Das Programm sieht jährliche Entlastungen des Bundeshaushaltes bis zu einer Milliarde Franken vor. Viele der Massnahmen würden zu Lastenabwälzungen auf die Kantone führen. Darunter befinden sich auch Massnahmen, die relevant sind für die Gesundheitspolitik. So schlägt der Bundesrat etwa vor, den Beitrag des Bundes an die Prämienverbilligung von 7.5 auf 7.3% der Bruttokosten der OKP zu reduzieren. Damit würde den Kantonen ein Beitrag des Bundes in Höhe von rund 75 Millionen Franken entfallen. Die Konferenz der Kantonsregierungen KdK hat sich im Juni 2016 klar dagegen ausgesprochen. Wenn die Kantone das aktuelle Leistungsniveau aufrechterhalten wollen, müssen sie diese Einsparung des Bundes vollumfänglich durch eigene Mittel ausgleichen. Die Massnahme widerspricht auch dem Nationalen Finanzausgleich NFA. Damals wurde der Bundesbeitrag an die Prämienverbilligung im Rahmen der NFA-Globalbilanz fixiert und der Kantonsanteil an die Prämienverbilligung stieg bereits deutlich an. Angesichts der erheblichen finanziellen Mehrbelastungen, welche die Kantone im Zuge verschiedener Gesetzesrevisionen der letzten Jahre im Gesundheitswesen zu tragen haben, ist diese weitere sich abzeichnende Lastenabwälzung vom Bund zu den Kantonen nicht akzeptierbar. Alleine die neue Spital- und der Pflegefinanzierung hat bei den Kantonen und Gemeinden seit 2011 zu einer Mehrbelastung von rund 2.5 Milliarden Franken geführt.³⁰⁸

Als Korrektiv für die Einheitsprämie hat die **Wirksamkeit des Prämienverbilligungssysteme** abgenommen. Die bestehenden kantonalen Mechanismen der Prämienverbilligung führen nicht zu einer ausreichenden Entlastung der Haushalte mit tieferem Einkommen und tragen zu einer unterschiedlichen finanziellen Belastung je nach Wohnort bei.³⁰⁹ Die Ausgaben für Prämienverbilligung nahmen bis im Jahr 2010 kontinuierlich zu, stagnieren aber seither mehr oder weniger. Die Beiträge pro Bezüger - bei abnehmender Bezügerquote - stiegen zwar an, allerdings weniger stark als die Prämien pro versicherte Person. Als Folge davon erhöhte sich die Belastung für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen. Im Jahr 2014 bezogen rund 2.2 Millionen Personen eine Prämienverbilligung. Dies entspricht 27% aller versicherten Personen, wobei 19% eine individuelle Prämienverbilligung bezogen, knapp 5% gleichzeitig Ergänzungsleistungen in Anspruch nahmen und 3% Sozialhilfe erhielten. Für die beiden letztgenannten Gruppen werden die Prämien übernommen. Im interkantonalen Vergleich variiert die Bezügerquote zwischen 20 und 38%. Die Ausgaben für die Prämienverbilligung lagen 2014 bei rund vier Milliarden Franken, wovon die Kantone 44% finanzierten. Pro Einwohner/-in betragen die Ausgaben je nach Kanton zwischen 317 und 866 Franken pro Jahr, gesamtschweizerisch 492 Franken. Pro Kanton lag der Prämienverbilligungsbeitrag im Jahr 2014 bei 1828 Franken pro Bezüger/in. Es bestehen beträchtliche kantonale Unterschiede sowohl in der Wirkung wie in den Systemen der Prämienverbilligung. Die Ausgaben für die Prämienverbilligung nehmen kontinuierlich zu. In den letzten Jahren stiegen sie allerdings weniger stark als die Prämien selbst. In der Folge sank die Bezügerquote und die Belastung für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen erhöhte sich. Dass dies voraussichtlich auch künftig gilt, zeigt die Tatsache, dass verschiedene Kantone eine Reduktion der Prämienverbilligung vorsehen.³¹⁰

307 Bundesamt für Gesundheit BAG & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten NCD-Strategie 2017 - 2014, 2016, S.30, 32

308 Konferenz der Kantonsregierungen KdK, Newsletter 24.6.2016, http://web.inxmail.com/chstiftung/archiv_newsletter_kdk_de.jsp?mail=1547&c=display, abgerufen am 26.7.2016

309 De Pietro, et al., 2015, S.10

310 Bundesamt für Gesundheit BAG, Wirksamkeit der Prämienverbilligung. Monitoring 2014, 2015, S. VIII, XVI

In Appenzell Ausserrhoden lag die verbleibende Prämienbelastung im gesamtschweizerischen Vergleich 2014 mit rund 8 % des verfügbaren Einkommens eher tief (CH: 12 %). Die Bezügerquote lag bei 25 %: 13 465 Versicherte im Kanton bezogen Prämienverbilligung. Verglichen mit den anderen Kantonen befindet sich Appenzell Ausserrhoden in dieser Hinsicht im unteren Drittel. Zwischen 2007 und 2014 hat die Bezügerquote um knapp 4 % abgenommen (CH: minus 3 %). 2015 ist die Bezügerquote zudem um weitere zwei Prozentpunkte gesunken (23 %). Die Ausgaben pro Einwohner/-in haben zwischen 2007 und 2014 in Appenzell Ausserrhoden um 14 %, in der Gesamtschweiz um 9 % zugenommen.³¹¹ Die Ausgaben für den Kanton lagen 2014 bei 14.3 Millionen Franken; der Kantonsbeitrag an die Gesamtkosten lag mit 49 % höher als der durchschnittliche Kantonsbeitrag in der Deutschschweiz (36 %) und der Gesamtschweiz (44 %). Im Rahmen des kantonalen Entlastungspakets wurde ab 2015 die Verbilligung von Prämien für Kinder und junge Erwachsene in Ausbildung von bisher 100 % auf 75 % reduziert. Damit verringerten sich die Ausgaben für den Kanton 2015 auf 12.8 Millionen Franken, was einem Kantonsbeitrag von 46 % entspricht.

Angesichts der stetig sinkenden Bezügerquote und zunehmender Probleme bei der Einhaltung der Budgetvorgaben nahm der Regierungsrat Anfang 2015 die Revision des Einführungsgesetzes EG zum KVG an die Hand. Dieses Gesetz regelt die Prämienverbilligung in Appenzell Ausserrhoden. Eine Analyse zeigte, dass sich die Prämienverbilligungsgelder in zunehmendem Ausmass zuungunsten von Alleinstehenden, insbesondere von Rentnerinnen und Rentnern, verteilen. Haben letztere keinen Anspruch auf Ergänzungsleistungen, fallen sie bei der IPV «zwischen Stuhl und Bank». Kinderreiche Familien profitierten dagegen übermässig stark von der staatlichen Unterstützung. Die Analyse zeigte weiter, dass der Anteil der Prämienverbilligungsbeziehenden, welche Ergänzungsleistungen oder Sozialhilfe beziehen, kontinuierlich angestiegen ist. Diese Personen haben Anspruch auf eine vollständige Prämienverbilligung. Ebenso muss der Kanton zunehmend mehr Mittel für die Vergütung von Verlustscheinen aufwenden (gemäss gesetzlicher Vorschrift 85 % der Verlustscheinforderung). Für die restliche Bevölkerung stehen als Folge immer weniger Prämienverbilligungsgelder zur Verfügung. Vor dem genannten Hintergrund hat die Revision des EG zum KVG zum Ziel, dem Regierungsrat mehr Steuerungsmöglichkeiten zu geben, um die Prämienverbilligung gleichmässiger verteilen und den Voranschlag besser einhalten zu können. Es sollen wieder mehr Personen in den Genuss einer finanziellen Entlastung kommen. Als weiteren Eckpfeiler schlug der Regierungsrat dem Kantonsrat vor, die zu hohe Richtprämie zu senken. Weiterhin verzichtet werden soll auf die Einführung einer «schwarzen Liste» für säumige Prämienzahler. Der Kantonsrat folgte den Vorschlägen des Regierungsrates grossmehrheitlich und stimmte dem geänderten EG zum KVG schliesslich am 22. Februar 2016 in erster und am 13. Juni 2016 in zweiter Lesung zu. Die Referendumsfrist ist unbenutzt abgelaufen. Die Änderungen gelangen seit 1. Januar 2017 zur Anwendung.

311 Bundesamt für Gesundheit BAG, Wirksamkeit der Prämienverbilligung. Monitoring 2014, 2015, S. 5, 11, 14, 16

3 Literaturverzeichnis

- Addor, V., Schwendimann, R., Gauthier, J.-A., Wernli, B., Jäckel, D. & Paignon, A. (2016). «nurses at work» - Studie zu den Laufbahnen im Pflegeberuf über die letzten 40 Jahre in der Schweiz. Hg. vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan: Obsan Bulletin 8/2016.
- Appenzell Ausserrhodens Regierungsrat. (2015). *Regierungsprogramm 2016-2019*.
- Bachmann, N. (2014). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa*. Hg. vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan: Dossier 27/2014.
- Bachmann, N., Burla, L. & Kohler, D. (2015). *Gesundheit in der Schweiz - Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015*. Hg. vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan.
- Baer, N., Altwicker-Hamori, S., Juvalta, S., Frick, U. & Rüesch, P. (2015). *Profile von jungen IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Krankheiten*. Hg. vom Bundesamt für Sozialversicherungen BSV. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 19/2015.
- Becker, H., Scheermesser, M., Früh, M., Treusch, Y., Auerbach, H., Hüppi, R. A., et al. (2013). *Robotik in Betreuung und Gesundheitsversorgung*.
- Berchtold, P. & Kaspar, K. (2015). Integrierte Versorgung. In W. Oggier, *Gesundheitswesen 2015-2017. Eine aktuelle Übersicht* (S.137-149).
- Bieri, U., Kocher, J. P., Gauch, C., Tschöpe, S., Venetz, A., Hagemann, M., et al. (2016). *Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015»*. Schlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG.
- Boes, S., Kaufmann, C. & Marti, J. (2016). *Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung*. Hg. vom Schweizer Gesundheitsobservatorium Obsan: Obsan Dossier 51/2016.
- Brüngger Beat et al. (2014). *Koordinationsbedarf leistungsintensiver Patienten*. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.
- Brüngger, B., Fischer, B., Früh, M., Rapold, R., Reich, O., Telser, H., et al. (2014). *Koordinationsbedarf leistungsintensiver Patienten. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG*.
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2015). *Faktenblatt «Umsetzung der Qualitätsstrategie»*.
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2007). *Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz*.
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2007). *Strategie «eHealth» Schweiz*.
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2013). *Nationales Programm Migration und Gesundheit*. Bilanz 2008-2013 und Schwerpunkte 2014-2017.
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2015). *Faktenblatt «Nationale Qualitätsprogramme»*.
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2015). *Nationale Demenzstrategie 2014-2017*.
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2015). *Wirksamkeit der Prämienverbilligung. Monitoring 2014*.
- Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren & Gesundheitsförderung Schweiz. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder*.
- Bundesamt für Gesundheit BAG & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK. (2016). *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten NCD-Strategie 2017-2024*.
- Bundesamt für Gesundheit BAG & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren. (2016). *Einführungsplan für das elektronische Patientendossier - Fassung vom 22. März 2016*.
- Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK & Gesundheitsförderung Schweiz. (2016). *Suizidprävention in der Schweiz. Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan*. Version für die Konsultation im Frühjahr 2016.
- Bundesamt für Statistik BFS. (2013). *Gesundheitszustand, Armut und Verzicht auf Pflegeleistungen*.
- Bundesamt für Statistik BFS. (2015). *Statistischer Sozialbericht Schweiz 2015*.
- Bundesamt für Statistik BFS. (2016). *Der ambulante Spitalbereich im Jahr 2014*.
- Bundesrat. (2010). *Gesamtschweizerische Strategie zur Armutsbekämpfung*.

- Bundesrat. (2013). *Gesundheit2020. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates*.
- Bundesrat. (2014). *Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige. Situationsanalyse und Handlungsbedarf für die Schweiz*.
- Bundesrat. (2015). *Rechtliche Rahmenbedingungen für Pendelmigration zur Alterspflege*. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats Schmid-Federer (12.3266).
- Bundesrat. (2015). *Strategie Antibiotikaresistenzen Schweiz StAR*.
- Bundesrat. (2015). *Strategie Sucht 2017-2024*.
- Bundesrat. (2016). *Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege*.
- Bundesrat. (2016). *Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz*. Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255).
- Cosandey, J. & Kienast, K. (2016). *Neue Massstäbe für die Alterspflege. Organisation und Finanzierung einer gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe*. Hg. von Avenir Suisse: Kantonsmonitoring 7.
- CURAVIVA. (2013). *Fachzeitschrift 3/13*.
- De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., et al. (2015). *Health Systems in Transition*. Hg. vom European Observatory on Health Systems and Policies: Die Schweiz - Zusammenfassung.
- Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden. (2010). *Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007*.
- Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden. (2012). *Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012*.
- Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden. (2014). *Zwischenbericht zum Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012*.
- Departement Gesundheit und Soziales Appenzell Ausserrhoden. (2016). *Richtlinien zur Basisqualität. Qualitätsvorgaben und deren Überprüfung in Alters- und Pflegeheimen sowie in Tages- und Nachtstrukturen*.
- Departement Gesundheit und Soziales Appenzell Ausserrhoden. (2017). *Konzept Palliative Care Appenzell Ausserrhoden*.
- Djalali, S. & Rosemann, T. (2015). *Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke*. Hg. vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan: Dossier 45/2015.
- Dutoit, L., Füglistler-Dousse, S. & Pellegrini, S. (2016). *Soins de longue durée dans les cantons: un même défi, différentes solutions. Evolutions 2006-2013*. Hg. vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan: Rapport 69/2016.
- econcept. (2016). *Ausbau der demenzspezifischen Aus-, Weiter- und Fortbildung*. Hg. vom Bundesamt für Gesundheit BAG.
- Fluder, R., Salzgeber, R., von Gunten, L., Kessler, D. & Fankhauser, R. (2016). *Gender Pension Gap in der Schweiz. Geschlechtsspezifische Unterschiede bei den Altersrenten. Schlussbericht*. Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, Forschungsbericht Nr. 12/16.
- Füglistler-Dousse, S. & Widmer, M. (2016) *Inanspruchnahme stationärer Spitalversorgung. Neuere Entwicklung und zukünftiger Bedarf*. Hg. vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan: Bulletin 10/2016.
- Füglistler-Dousse, S., Dutoit, L. & Pellegrini, S. (2015). *Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Evolutions 2006-2013*. Hg. vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan: Rapport 67/2015.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. (2010). *Die Gesundheitschancen sind ungleich verteilt. Vierter Gesundheitsbericht des Kantons Bern*.
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2016). *Job-Stress-Index 2016. Kennzahlen zum Stress bei Erwerbstätigen in der Schweiz*.
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2016). *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht*.
- Haslbeck, J. (2015). Chronische Krankheiten und Multimorbidität. In Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, *Gesundheitskompetenz in der Schweiz - Stand und Perspektiven* (S. 55 - 58).
- Haslbeck, J., Klein, M., Bischofberger, I. & Sottas, B. (2015). *Leben mit chronischer Krankheit. Die Perspektive von Patientinnen, Patienten und Angehörigen*. Hg. vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan: Dossier 46/2015.

- Hasbeck, J., Mohylova, M., Zanoni, S., Stutz Steiger, T. & Amstad, H. (2016). *Patienten und Angehörige beteiligen*. Hg. von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften.
- Huber, K. (2015). *Entwicklung der interkantonalen Patientenströme im Übergang zur freien Spitalwahl*. Hg. vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan: Dossier 48/2015.
- Kickbusch, I. (2006). *Die Gesundheitsgesellschaft*.
- Knöpfel, C. (2016). *Who cares? Zukunft von Betreuung und Pflege in einer Gesellschaft des langen Lebens*. Referat anlässlich der Tagung care@home vom 24. Mai 2016, <http://www.prosenectute.ch/de/angebote/fuer-fachpersonen/nationale-fachtagung.html>, abgerufen am 16.7.2016.
- Läubli, T. (2014). *Gesundheitskosten hoher Arbeitsbelastungen*. Hg. vom Staatssekretariat für Wirtschaft SECO.
- Lobsiger, M., Kägi, W. & Burla, L. (2016). *Berufsaustritte von Gesundheitspersonal*. Hg. vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan: Obsan Bulletin 7/2016.
- Merçay, C. (2015). *Médecins de premier recours - Situation en Suisse, tendances récentes et comparaison internationale*. Hg. vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan: Dossier 50/2015.
- Merçay, C. & Burla, L. & (2016). *Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Prognosen bis 2030*. Hg. vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan: Bericht 71.
- Pellegrini, S. & Roth, S. (2016). *Entwicklung der Kosten und der Finanzierung des Versorgungssystems seit der Revision der Spitalfinanzierung. Aktualisierung 2013*. Hg. vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan: Bulletin 1/2016.
- Regierungsrat Appenzell Ausserrhoden. (2015). *Regierungsprogramm 2016 - 2019*.
- Regierungsrat Appenzell Ausserrhoden. (2016). *Rechenschaftsbericht des Regierungsrates an den Kantonsrat von Appenzell Ausserrhoden 2015*.
- Roth, S. & Pellegrini, S. (2015). *Virage ambulatoire. Transfert ou expansion de l'offre?* Hg. vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan: Rapport 68/2015.
- Ruch, N. (2015). *Statistische Grundlagen zur Pflegeheimplanung 2013 bis 2035 Kanton Appenzell Ausserrhoden*. Hg. vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan.
- Rudin, M. & Strub, S. (2014). *Zeitlicher Umfang und monetäre Bewertung der Pflege und Betreuung durch Angehörige im Auftrag des Spitex Verbands Schweiz*.
- Salzgeber, R. & Schmocker, B. (2015). *Kennzahlenvergleich zur Sozialhilfe in Schweizer Städten. Berichtsjahr 2014. 13 Städte im Vergleich*.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. (2014). *Charta Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen*. Hg. von Akademien der Wissenschaften Schweiz.
- Schweizerische Akademie der Technischen Wissenschaften SATW. (2015). *Big Data im Gesundheitswesen. White Paper*. Hg. von Akademien der Wissenschaften Schweiz.
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK und Nationale Dachorganisation Arbeitswelt Gesundheit OdASanté. (2016). *Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2016*.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan. (2016). *Jahresbericht 2015*.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium und Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden. (2010). *Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden*. Hg. vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan.
- Senn, N., Tiaré Ebert, S. & Cohidon, C. (2016). *Die Hausarztmedizin in der Schweiz - Perspektiven. Analyse basierend auf den Indikatoren des Programms SPAM (Swiss Primary Care Active Monitoring)*. Hg. vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan: Bulletin 11/2016.
- Senn, N., Tiaré Ebert, S. & Cohidon, C. (2016). *La médecine de famille en Suisse. Analyse et perspectives sur la base des indicateurs du programme SPAM (Swiss Primary Care Active Monitoring)*.
- Sörensen, K. (2016). *Health literacy in Europe - a neglected public health challenge?* Referat anlässlich der 2. Nationalen Tagung Gesundheit & Armut vom 24.6.2016 in Bern, https://www.wgs.bfh.ch/fileadmin/wgs_upload/wgs/bfh-zentrum/tagung_gesundheit-armut_2016/presentationen/Sorensen_en.pdf, abgerufen am 15.7.2016.
- Stoppe, G. (2015). Psychische Krankheiten. In Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaft, *Gesundheitskompetenz in der Schweiz - Stand und Perspektiven* (S. 60 - 62).
- Thurnherr, I. (2014). *«In der Not wachen illegale Engel»*. Eine Diskursanalyse medialer Texte zum Thema Care-Migration in der Schweiz.

Weaver, F. (2016). *Längsschnittanalyse chronisch Kranker. Verlauf ihres Gesundheitszustandes, ihrer Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung und ihrer Arbeitsmarktbeteiligung*. Hg. vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan: Bulletin 10/2016.

Werner, S., Kraft, E., Mohagheghi, R., Meuli, N. & Egli, F. (2016). *Angebot und Inanspruchnahme von intermediären Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz*. Hg. vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan: Dossier 52/2016.

Widmer, M. & Kohler, D. (2015). *Behandlungsketten und ihre Schnittstellen*. Hg. vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan: Bulletin 2/2015.

Widmer, M. & Kohler, D. (2016). *Der Einfluss der neuen Spitalfinanzierung auf die Qualität der Versorgung - Aktualisierung 2013*. Hg. vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan: Bulletin 4/2016.

Wigger, A., Baghdadi, N. & Brüscheiler, B. (2013). «Care»-Trends in Privathaushalten: Umverteilen oder auslagern? In *Who cares? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft* (S.82-103). Hg. vom Schweizerischen Roten Kreuz.

Zeller, A. (2016). *Work Force Studie 2015*.

Appenzell Ausserrhoden
Departement Gesundheit und Soziales
Kasernenstrasse 17
9102 Herisau

gesundheit.soziales@ar.ch
www.ar.ch/dgs