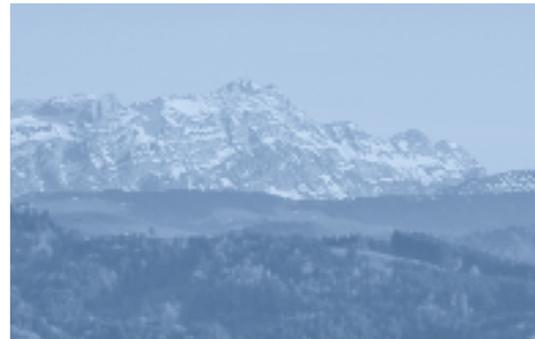
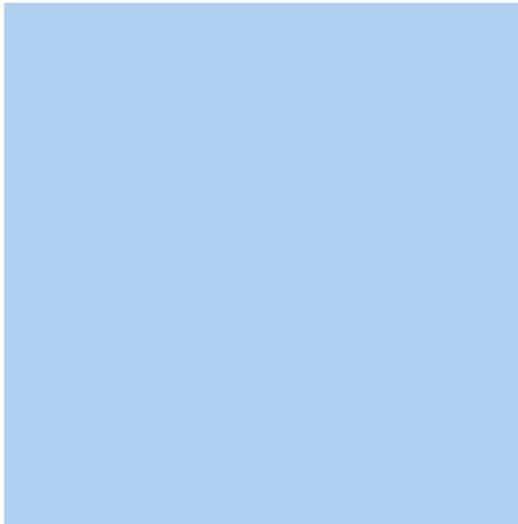




Versorgungsbericht 2020

Kanton Appenzel Ausserrhoden



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Obsan analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind unter www.obsan.ch zu finden.

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Auftraggeber

Appenzell Ausserrhoden
Departement Gesundheit und Soziales
Kasernenstrasse 17, 9102 Herisau
gesundheit.soziales@ar.ch, www.ar.ch/dgs

Autorinnen/Autoren

Reto Jörg, Obsan; Damian Hedinger, Obsan; Sylvie Füglistler-Dousse, Obsan;
Marcel Widmer, Obsan

Mitarbeit von

Unter Mitarbeit des Departements Gesundheit und Soziales des Kantons
Appenzell Ausserrhoden

Projektleitung Obsan

Reto Jörg

Reihe und Nummer

Obsan Bericht 14/2019

Zitierweise

Jörg, R., Hedinger, D., Füglistler-Dousse, S. & Widmer, M. (2019). *Versorgungsbericht 2020 Kanton Appenzell Ausserrhoden* (Obsan Bericht 14/2019).
Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/ Informationen

www.obsan.ch
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel,
obsan@bfs.admin.ch, Tel. 058 463 60 45

Layout

Obsan

Grafiken

Obsan

Titelseite

Kanton Appenzell Ausserrhoden

Online

www.obsan.ch → Publikationen

Copyright

Obsan, Neuchâtel 2019
Wiedergabe unter Angabe der Quelle
für nichtkommerzielle Nutzung gestattet

BFS-Nummer

873-1909

ISBN

978-2-940502-93-6

© Obsan 2019



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Versorgungsbericht 2020

Kanton Appenzell Ausserrhoden

Autoren Reto Jörg, Obsan
Damian Hedinger, Obsan
Sylvie Füglistler-Dousse, Obsan
Marcel Widmer, Obsan

Herausgeber Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Neuchâtel 2018

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3	5	Rehabilitation	58
1.1	Grundlagen	3	5.1	Bedarfsanalyse	59
1.1.1	Rahmenbedingungen infolge der KVG-Revision Spitalfinanzierung	4	5.1.1	Inanspruchnahme	60
1.1.2	Die stationäre Spitalversorgung als Gegenstand der Planung	4	5.1.2	Versorgungsangebot	63
1.2	Prozess der kantonalen Spitalplanung	5	5.1.3	Patientenströme	66
1.2.1	Bedarfsermittlung	6	5.2	Bedarfsprognose	71
1.2.2	Angebotsbestimmung	6	5.2.1	Prognostizierter Versorgungsbedarf	72
1.2.3	Sicherung des Angebots (Spitalliste)	7	5.2.2	Prognostizierte Patientenströme	74
1.2.4	Überprüfung der Planung	7	5.3	Fazit Rehabilitation	74
1.2.5	Interkantonale Koordination	8	6	Anhang	76
2	Daten und Methoden	9	6.1	Änderungen in der Abgrenzung zwischen Psychiatrie und Rehabilitation in der Klinik Gais	76
2.1	Datenquellen	9	6.2	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	78
2.2	Prognosemodell	10	6.2.1	Tabellenverzeichnis	78
2.2.1	Demografische Entwicklung	11	6.2.2	Abbildungsverzeichnis	79
2.2.2	Weitere Einflussfaktoren	14	6.3	Glossar und Abkürzungen	80
3	Akutsomatik	17	6.4	Referenzen	83
3.1	Bedarfsanalyse	17			
3.1.1	Inanspruchnahme	18			
3.1.2	Versorgungsangebot	22			
3.1.3	Patientenströme	30			
3.2	Bedarfsprognose	37			
3.2.1	Prognostizierter Versorgungsbedarf	39			
3.2.2	Prognostizierte Patientenströme	41			
3.3	Fazit Akutsomatik	42			
4	Psychiatrie	43			
4.1	Bedarfsanalyse	43			
4.1.1	Inanspruchnahme	44			
4.1.2	Versorgungsangebot	47			
4.1.3	Patientenströme	50			
4.2	Bedarfsprognose	53			
4.2.1	Prognostizierter Versorgungsbedarf	54			
4.2.2	Prognostizierte Patientenströme	56			
4.3	Fazit Psychiatrie	57			

1 Einleitung

Seit Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes (KVG, SR 832.10) am 1. Januar 1996 werden die Kantone gemäss Art. 39 KVG dazu verpflichtet, eine bedarfsgerechte Spitalplanung durchzuführen und, darauf abgestützt, eine nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederte Spitalliste zu erlassen. Am 21. Dezember 2007 haben die Eidgenössischen Räte eine Teilrevision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung und -planung verabschiedet mit dem Ziel, die Kostenentwicklung zu bremsen. Das zentrale Element dieser Teilrevision ist die Umstellung von der bisherigen Objektfinanzierung auf eine leistungsorientierte Subjektfinanzierung, beziehungsweise ein Wechsel vom Prinzip der Kostenerstattung zu einem Preissystem. Als Folge dieser Revision mussten die kantonalen Spitalplanungen und die Spitallisten an die neuen Rahmenbedingungen und Anforderungen angepasst werden. Der Kanton Appenzell Ausserrhoden erfüllte diesen gesetzlichen Auftrag mit der Spitalplanung 2012 für die stationäre Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation.

Der Versorgungsbericht 2012 des Kantons Appenzell Ausserrhoden deckte den Planungshorizont bis 2020 ab. Der vorliegende Versorgungsbericht legt nun den Grundstein für die Planungsperiode 2020-2030 bzw. für die Spitalplanung Appenzell Ausserrhoden ab 2020 in den Versorgungsbereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie (nachfolgend wird der Einfachheit halber von der „Spitalplanung ab 2020“ gesprochen). Im Auftrag des Departements Gesundheit und Soziales sind im vorliegenden Bericht die statistischen Grundlagen enthalten, dazu gehört eine umfassende Analyse von Angebot und Nachfrage der stationären Versorgung im Zeitraum zwischen 2012 bis 2016 sowie eine Aktualisierung der Bedarfsprognosen. Zentrale Grundlage für die vorliegenden Analysen bilden die Daten 2012 bis 2016 der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) des Bundesamtes für Statistik (BFS).

K 1 Daten 2017 ff.

Die Daten 2017 ff. liegen zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht vor. Neue Erkenntnisse, die sich aus den Daten ab 2017 für die Spitalplanung ab 2020 und der Erstellung oder Aktualisierung von Spitallisten ergeben, werden im Rahmen des jeweiligen Prozesses dargelegt.

1.1 Grundlagen

Gestützt auf das KVG sind die Rahmenbedingungen für die kantonalen Spitalplanungen in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) konkretisiert. Die Bestimmungen im KVG und in der KVV werden ergänzt durch die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM, bGS 812.13, vgl. auch K 3). Auf kantonaler Ebene sind die Regelungen des KVG und der KVV insbesondere im Gesundheitsgesetz (bGS 811.1) und in der Verordnung zum Gesundheitsgesetz (bGS 811.11) verankert.

K 2 Rechtliche Grundlagen auf Ebene Bund und Kanton

Rechtliche Grundlagen Bund:

- Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG);
- Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV).

Interkantonale Vereinbarungen:

- Interkantonale Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin vom 14. März 2008 (IVHSM);
- Ostschweizer Spitalvereinbarung vom 17. August 2011.

Rechtliche Grundlagen Kanton Appenzell Ausserrhoden:

- Gesundheitsgesetz vom 25.11.2007;
- Verordnung zum Gesundheitsgesetz vom 11.12.2007;
- Gesetz über den Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden vom 19.09.2011 (bGS 812.11).

Nebst den erwähnten gesetzlichen Grundlagen stützt sich der vorliegende Bericht insbesondere auf die Empfehlungen der GDK. Zwecks Konkretisierung der Bestimmungen aus KVG und KVV formulierte die GDK Empfehlungen zur leistungsorientierten Spitalplanung (GDK 2018a), zur Anwendung des Leistungsgruppenkonzepts (GDK 2018b) sowie zur Wirtschaftlichkeitsprüfung (GDK 2018c). Eine wesentliche Grundlage bildeten dabei die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) bzw. des Bundesgerichts (BGer).¹

¹ Eine Übersicht der Entscheide des Bundesgerichts und des Bundesverwaltungsgerichts im Kontext kantonomer Spitalplanungen

und Spitallisten kann der Webseite der GDK entnommen werden (<http://www.gdk-cds.ch>).

1.1.1 Rahmenbedingungen infolge der KVG-Revision Spitalfinanzierung

Mit der Teilrevision des KVG vom 21. Dezember 2007 erfolgte ein massgeblicher Paradigmenwechsel. Zu nennen ist insbesondere die Umstellung von der bisherigen Objektfinanzierung auf eine leistungsorientierte Subjektfinanzierung bzw. ein Wechsel vom Prinzip der Kostenerstattung zu einem Preissystem. Seit 2012 werden alle auf der Spitalliste aufgeführten somatischen Akutspitäler mit leistungsbezogenen Fallpauschalen nach dem SwissDRG-System entschädigt. Für die Erwachsenenpsychiatrie wurde per 1.1.2018 die Tarifstruktur TARPSY eingeführt, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgt die Einführung per 1.1.2019.² Die Implementierung einer neuen Tarifstruktur für die stationäre Rehabilitation ist frühestens per 1.1.2022 vorgesehen.

K 3 Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) als Sonderregelung

Gemäss Art. 39 Abs. 2bis KVG ist im Bereich der hochspezialisierten Medizin explizit eine gesamtschweizerische Planung durch die Kantone vorgesehen, mit subsidiärer Regelungskompetenz des Bundesrats. Für die Umsetzung dieses Gesetzesauftrages haben die Kantone per 1. Januar 2009 die IVHSM unterzeichnet und sich damit zur gemeinsamen Planung und Zuteilung von hochspezialisierten Leistungen verpflichtet. Die IVHSM bildet die gesetzliche Grundlage für die Leistungszuteilung, legt die Entscheidungsprozesse der IVHSM-Organen fest und definiert die Kriterien, welche ein Leistungsbereich erfüllen muss, um als hochspezialisierte Medizin im Sinne der IVHSM zu gelten. Die gemeinsame Planung der hochspezialisierten Medizin erfolgt im Hinblick auf eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und wirtschaftlich erbrachte medizinische Versorgung. Im Rahmen der Umsetzung der IVHSM haben die Kantone bisher Leistungszuteilungen in verschiedenen Teilbereichen der hochspezialisierten Medizin verabschiedet. Die IVHSM-Entscheidungen und die vom HSM Beschlussorgan verabschiedete interkantonale Spitalliste der hochspezialisierten Medizin sind auf der Webseite der GDK publiziert.³

Wie bisher verpflichtet auch das revidierte KVG die Kantone, für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung zu sorgen und mittels Spitalplanung die Qualität zu fördern und die Kosten zu dämpfen. Es gilt dabei festzuhalten, dass die kantonalen Spitalplanungen per se kein neues Instrument darstellen, sondern diese bereits seit 1996 erarbeitet werden. Die Änderungen für die Spitalplanung infolge der KVG-Revision liegen hauptsächlich in der Änderung von Art. 39 KVG begründet. Darin ist festgehalten, dass die Kantone ihre Planungen koordinieren

müssen (Abs. 2) und der Bundesrat, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und Qualität, einheitliche Kriterien für die Spitalplanung festlegt (Abs. 2ter). In Art. 58 KVV sind die erwähnten Kriterien für die Spitalplanung konkretisiert:

- Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, insbesondere: Effizienz der Leistungserbringung, Nachweis der notwendigen Qualität, Mindestfallzahlen und Nutzung von Synergien;
- Zugang der Versicherten zur Behandlung innert nützlicher Frist;
- Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags.

Mit der Revision wurde auch die inner- und ausserkantonale freie Spitalwahl gefördert und die Listenspitäler verpflichtet, im Rahmen ihrer Leistungsaufträge alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton aufzunehmen. Darüber hinaus haben sich die Rahmenbedingungen für die kantonalen Spitalplanungen aufgrund von weiteren Neuerungen im Zuge der KVG-Revision geändert. Neu erfolgt die Unterscheidung der Spitäler nicht mehr entlang der Linie privat-öffentlich, sondern es wird zwischen Listen- und Vertragsspitalern unterschieden. Damit verbunden ist die Gleichstellung öffentlicher und privater Trägerschaften in Bezug auf die Finanzierung. Die Leistungen der Listenspitäler werden nach einem dual-fixen Modus finanziert, wobei die Kantone mindestens 55% und die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) maximal 45% vergüten. Ausgenommen sind hierbei die Vertragsspitäler, bei welchen der kantonale Anteil der Finanzierung wegfällt. Mit den im Rahmen der Revision neu eingeführten Instrumenten soll mitunter der Wettbewerb verstärkt, jedoch gleichzeitig die Versorgungssicherheit gewährleistet und die hohe Qualität der Leistungserbringung aufrechterhalten werden. In diesem Spannungsverhältnis kommt der öffentlichen Hand weiterhin eine wesentliche Steuerungsfunktion zu, welche massgeblich anhand der kantonalen Spitalplanungen wahrgenommen wird.

1.1.2 Die stationäre Spitalversorgung als Gegenstand der Planung

Der Gegenstand der Planung, namentlich die bedarfsgerechte Spitalversorgung gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG, ist in Art. 58a Abs. 1 KVV konkretisiert. Die Planung umfasst die Sicherstellung der stationären Behandlung im Spital oder in einem Geburtshaus sowie der Behandlung in einem Pflegeheim für die Einwohnerinnen und Einwohner der Kantone, welche die Planung erstellen. Um für die Leistungserbringung zulasten der OKP zugelassen zu werden, müssen Spitäler und Pflegeheime gemäss Art. 39 Abs. 1 KVG der kantonalen Planung für

² Im Gegensatz zu SwissDRG in der Akutsomatik handelt es sich bei TARPSY nicht um Fallpauschalen, sondern um leistungsbezogene Tagespauschalen.

³ Vgl. dazu <http://www.gdk-cds.ch>.

eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen und demgemäss auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sein. In Art. 39 verpflichtet das KVG die Kantone somit indirekt, eine Spitalplanung vorzunehmen.

Die Anforderungen zur Art der Planung sind mit Bezug auf Art. 58c KVV je nach Versorgungsbereich unterschiedlich. Für die Akutsomatik einschliesslich die Geburtshäuser bedarf es einer leistungsorientierten Planung. In der Rehabilitation und Psychiatrie kann die Planung leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen erfolgen. Für Pflegeheime sehen die gesetzlichen Grundlagen eine kapazitätsbezogene Planung vor. In Art. 58b KVV werden die Eckpunkte der kantonalen Planung unter dem Begriff „Versorgungsplanung“ konkretisiert, mitunter auch weil die Bestimmungen nicht nur die Spitalversorgung, sondern – wie oben erwähnt – auch die Behandlung in einem Pflegeheim betreffen. Da sich der vorliegende Bericht aber ausschliesslich auf die stationäre Spitalversorgung beschränkt, wird nachfolgend der Begriff „(kantonale) Spitalplanung“ verwendet.

K 4 Art. 39 KVG – Spitäler und andere Einrichtungen

¹ Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), sind zugelassen, wenn sie:

- a. ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten;
- b. über das erforderliche Fachpersonal verfügen;
- c. über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten;
- d. der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind;
- e. auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind;
- f. sich einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft nach Artikel 11 Buchstabe a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier anschliessen.

² Die Kantone koordinieren ihre Planung.

^{2bis} Im Bereich der hochspezialisierten Medizin beschliessen die Kantone gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung. Kommen sie dieser Aufgabe nicht zeitgerecht nach, so legt der Bundesrat fest, welche Spitäler für welche Leistungen auf den kantonalen Spitallisten aufzuführen sind.

^{2ter} Der Bundesrat erlässt einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Er hört zuvor die Kantone, die Leistungserbringer und die Versicherer an.

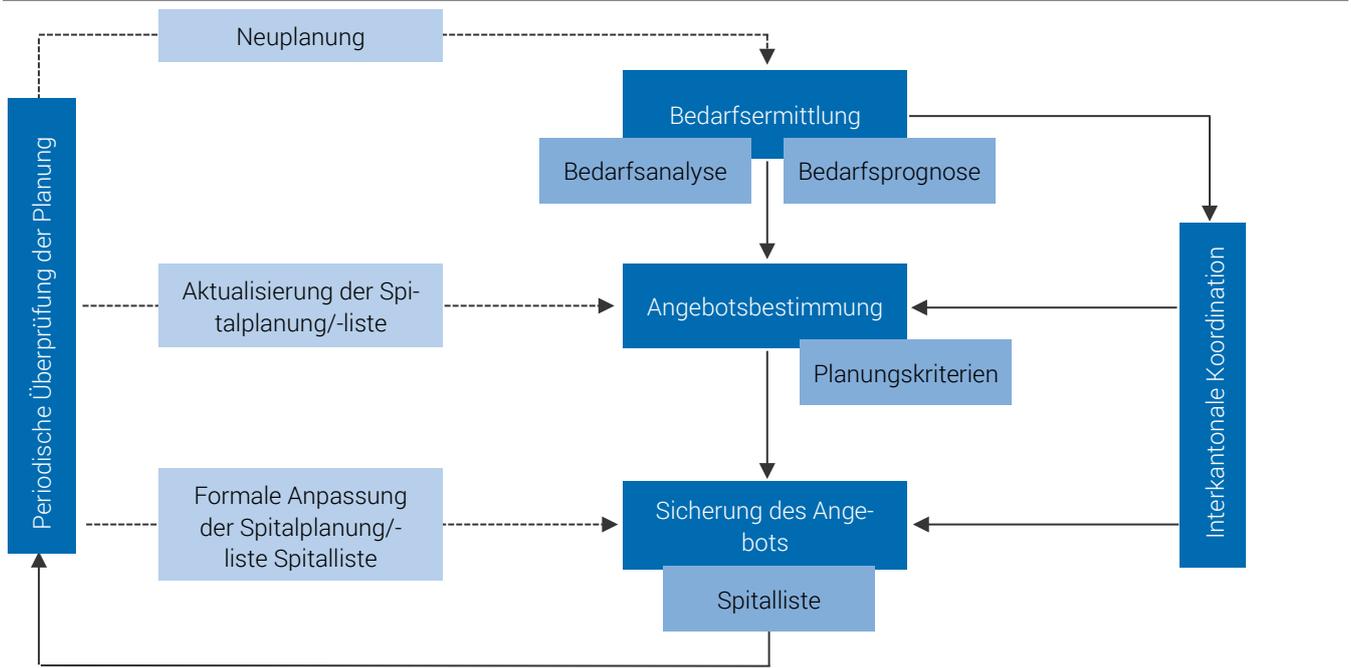
³ Die Voraussetzungen nach Absatz 1 gelten sinngemäss für Geburtshäuser sowie für Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatienten und -patientinnen dienen (Pflegeheim).

1.2 Prozess der kantonalen Spitalplanung

Gestützt auf die Bestimmungen gemäss KVG und KVV kann der Prozess der kantonalen Spitalplanung idealtypisch – wie in Abbildung G 1.1 dargestellt – zusammengefasst werden. Mit der Spitalplanung 2012 des Kantons Appenzell Ausserrhoden wurde der gesamte Prozess bereits einmal durchlaufen. Darüber hinaus wurden die kantonalen Spitallisten periodisch überprüft und jeweils neue Spitallisten erarbeitet. Jeder Aktualisierung der Spitallisten des Kantons Appenzell Ausserrhoden ging eine umfassende Bedarfsanalyse voraus, wobei etwaige Veränderungen in der Spitallandschaft und hinsichtlich der Patientenströme sowie die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung anhand der jeweils aktuell verfügbaren Daten der MS analysiert wurden.

Der vorliegende Versorgungsbericht bildet den Ausgangspunkt für die Planungsperiode 2020-2030 und bildet gemäss Abbildung G 1.1 die statistische Grundlage für eine Neuplanung ab 2020. Bei einer umfassenden Neuplanung werden grundsätzlich alle Prozessschritte gemäss Abbildung G 1.1 erneut durchlaufen. Dies beinhaltet namentlich die Bedarfsermittlung, die Angebotsbestimmung einschliesslich Beurteilung und Auswahl des Angebots sowie den Erlass einer neuen Spitalliste.

G 1.1 Idealtypischer Spitalplanungsprozess



Quelle: Eigene Darstellung basierend auf KVG, KVV & GDK (2018)

© Obsan 2018

1.2.1 Bedarfsermittlung

Die Kantone ermitteln den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten. Gemäss Art. 58b Abs. 1 KVV haben sie sich dabei auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche zu stützen. Im Rahmen der Bedarfsermittlung sind gemäss Art. 58b Abs. 2 KVV auch jene Leistungen zu identifizieren, die in Einrichtungen beansprucht werden, die nicht auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sind.

Umsetzung im Kanton Appenzell Ausserrhoden

Die Grundlage für die aktuell geltenden kantonalen Spitallisten bilden die Bedarfsermittlungen für die stationäre akutsomatische und rehabilitative Versorgung im Rahmen der Spitalplanung 2012 des Kantons Appenzell Ausserrhoden (DGS AR, 2010). Im Rahmen der Aktualisierung der Spitalplanungen Appenzell Ausserrhoden 2017 Akutsomatik und Rehabilitation (Departement Gesundheit und Soziales AR, 2017) sowie der Spitalplanung Appenzell Ausserrhoden 2018 Psychiatrie (Departement Gesundheit und Soziales AR, 2018) wurden die Bedarfsanalysen und -prognosen ausserdem überprüft und partiell aktualisiert.

Der vorliegende Versorgungsbericht bildet die Grundlage für die Planungsperiode 2020-2030. Dazu wird eine umfassende Aktualisierung dieser Bedarfsanalysen und -prognosen vorgenommen, um einen möglichen Handlungsbedarf zur Sicherstellung der stationären Versorgung zu identifizieren.

1.2.2 Angebotsbestimmung

Basierend auf dem ermittelten Versorgungsbedarf bestimmen die Kantone das Angebot gemäss Art. 58b Abs. 3 KVV, das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen (Listenspitäler) zu sichern ist, damit die Versorgung gewährleistet ist. Bei der Beurteilung und Auswahl des Angebots bzw. der konkreten Leistungserbringer berücksichtigen die Kantone insbesondere die Planungskriterien gemäss Art. 58b Abs. 4 KVV, namentlich die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung sowie den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist. Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität haben die Kantone gemäss Art. 58b Abs. 5 KVV insbesondere (a) die Effizienz der Leistungserbringung, (b) den Nachweis der notwendigen Qualität und (c) im Spitalbereich die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien zu beachten. Ausserdem sind gemäss Art. 39 Abs. 1. lit. d KVG private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen.

Umsetzung im Kanton Appenzell Ausserrhoden

Infolge des Evaluationsverfahrens im Rahmen der Spitalplanung 2012 resultierten die ersten Spitallisten Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie der Planungsperiode 2012-2020. Bei der Evaluation der Leistungserbringer wendete das Departement Gesundheit (heute: Departement Gesundheit und Soziales) die von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich aufbereiteten Kriterien gemäss SPLG-Systematik an. Im Sinne der Transparenz und der Förderung des Wettbewerbs wurden die Kriterien für alle Bewerber gleich angewendet. Bei den Evaluationskriterien wurden primär die Qualität, die Wirtschaftlichkeit, die Aufnahmebereitschaft, die Erreichbarkeit sowie die Versorgungsrelevanz berücksichtigt. Das damals angewendete Bewerbungs- und Evaluationsverfahren ist im Strukturbericht des Departements Gesundheit ausführlich dokumentiert (Departement Gesundheit AR, 2010),

Für die anstehende Planungsperiode 2020-2030 ist ein analoges Auswahlverfahren vorgesehen. Dieses wird sich auf die zu diesem Zeitpunkt gültigen Anforderungen gemäss SPLG-Konzept der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich stützen.

1.2.3 Sicherung des Angebots (Spitalliste)

Zur Sicherung des Angebots gemäss Art. 58b Abs. 3 KVV erstellen die Kantone eine Spitalliste gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG. Gemäss ebendiesem Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG sowie ausgehend von Art. 58e Abs. 2 KVV ist auf der kantonalen Spitalliste für alle inner- und ausserkantonalen Leistungserbringer das Leistungsspektrum – im Form von in Kategorien gegliederten Leistungsaufträgen – zu definieren.

Umsetzung im Kanton Appenzell Ausserrhoden

In Anlehnung an die Empfehlungen der GDK (2018c) stützt sich die Spitalliste des Kantons Appenzell Ausserrhoden im Versorgungsbereich Akutsomatik auf die Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GDZH), wonach die spitalspezifischen Leistungsaufträge anhand von rund 130 verschiedenen Leistungsgruppen erteilt werden. Abweichungen vom Leistungsgruppenkonzept der GDZH sind auf den jeweiligen Spitallisten vermerkt.

1.2.4 Überprüfung der Planung

Art. 58a Abs. 2 KVV verpflichtet die Kantone zur periodischen Überprüfung ihrer Planung. Allfällige Anpassungen der kantonalen Spitalplanung werden in Anlehnung an die Empfehlungen der GDK (2018, S.5-7) in unterschiedliche Ebenen von Planungseingriffen unterschieden:

Formelle Anpassung der Spitalliste: Als Änderungen der Spitallisten formeller Natur gelten insbesondere

- Nachvollzug von IVHSM-Entscheiden;
- Nachvollzug von Anpassungen der SPLG sowie des CHOP- und des ICD-Katalogs;
- Korrektur von Fehlern;
- Nachvollzug weiterer formeller Änderungen wie zum Beispiel bei Namenswechseln von Leistungserbringern.

Aktualisierung der Spitalliste ohne Neuplanung: Solange sich die in der vorherigen Spitalplanung ermittelte Bedarfsprognose als nach wie vor korrekt erweist und auch die übrigen Planungsgrundlagen noch gültig sind, ist innerhalb der vom Kanton vorgesehenen Spitalplanungs-Periodizität keine umfassende neue Spitalplanung notwendig. Es gibt jedoch verschiedene Gründe, dass eine bestehende Spitalliste zwischenzeitlich ohne neue Spitalplanung überprüft und aktualisiert wird, insbesondere bei:

- Entzug eines Leistungsauftrags (gesamthaft oder für eine oder mehrere Leistungsgruppen);
- Überprüfung von befristeten Leistungsaufträgen bei Ablauf der Befristung: Umwandlung in unbefristete Leistungsaufträge oder keine Erneuerung des Leistungsauftrages;
- Kündigung eines Leistungsauftrages durch ein Listenspital;
- Erteilung eines Leistungsauftrags in einer zusätzlichen Leistungsgruppe innerhalb eines bestehenden Leistungsbereichs für ein bereits auf der Spitalliste figurierendes Spital zur sinnvollen Abrundung seines Leistungsportfolios;
- Aufnahme eines neuen Listenspitals zur Behebung oder Entschärfung einer Unterversorgung;
- kleinere Anpassungen an die Anforderungen.

Wird eine Spitalliste innerhalb der Spitalplanungs-Periodizität aktualisiert, sollen die Kriterien Bedarf, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zugang innert nützlicher Frist mit Bezug auf die von der Aktualisierung direkt betroffenen Leistungserbringer beurteilt werden. Im Unterschied zu einer neuen Spitalplanung werden aber die bisherigen Listenspitäler nicht erneut auf diese Kriterien überprüft. Auch werden die Leistungsaufträge der bisherigen Listenspitäler durch den Antrag eines neuen Bewerbers innerhalb der Spitalplanungs-Periodizität nicht in Frage gestellt.

Neuplanung: Bei einer umfassenden Neuplanung werden grundsätzlich alle Prozessschritte gemäss Abbildung G 1.1 durchlaufen. Dies beinhaltet namentlich die Bedarfsermittlung, die Angebotsbestimmung einschliesslich Beurteilung und Auswahl des Angebots sowie den Erlass einer neuen Spitalliste. Das Verfahren einer Spitalplanung muss den Vorgaben der KVV folgen. Ein Bewerbungsverfahren, welches alle interessierten Leistungserbringer einbezieht, ist integraler Bestandteil der Angebotsauswahl (C-6266/2013). Unter Berücksichtigung der Bedeutung längerfristiger Leistungsaufträge in

Bezug auf Planungs- und Investitionssicherheit der Leistungserbringer erscheint eine Neuauflage der Planung mit umfassender Bedarfsanalyse und Ausschreibung aller Leistungsaufträge nur in längeren zeitlichen Abständen sinnvoll oder wenn grössere Abweichungen zwischen der Bedarfsprognose und den tatsächlichen Entwicklungen festgestellt werden. Die Festlegung der Periodizität solcher umfassenden Planungen mit Neuausschreibungen liegt im Ermessen der Kantone.

Umsetzung im Kanton Appenzell Ausserrhoden

Die aktuelle Planungsperiode des Kantons Appenzell Ausserrhoden umfasst den Zeitraum von 2012 bis 2020. Ausgehend von den Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser wurden der Versorgungsbedarf sowie die Bedarfsprognosen periodisch überprüft. Den Leistungserbringern bot sich im Rahmen dieser Überprüfungen jeweils auch die Möglichkeit, sich für neue Leistungsgruppen zu bewerben. Aus den Überprüfungen der kantonalen Spitallisten resultierten jeweils neue Spitallisten (in den Jahren 2013, 2015, 2017 in der Akutsomatik und Rehabilitation sowie in den Jahren 2014, 2016 und 2018 in der Psychiatrie), welche die ursprünglichen Spitallisten Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie aus dem Jahr 1997 ersetzen.

1.2.5 Interkantonale Koordination

Im Rahmen der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination der Planungen nach Art. 39 Abs. 2 KVG müssen die Kantone insbesondere: (a) die nötigen Informationen über die Patientenströme auswerten und diese mit den betroffenen Kantonen austauschen; (b) die Planungsmassnahmen mit den davon in ihrer Versorgungssituation betroffenen Kantonen koordinieren (Art. 58d lit. a-b KVV).

Die Bedeutung der interkantonalen Koordination ergibt sich mitunter aus der potentiellen Relevanz ausserkantonaler Leistungserbringer für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung. Die Kantone müssen mittels Spitalliste die Versorgung bzw. das Leistungsangebot sichern, und dabei die inner- und ausserkantonalen Einrichtungen berücksichtigen, soweit es für die Bedarfssicherung notwendig ist (Art. 58b KVV). Im Rahmen der Analyse des Bedarfs für die Versorgung der Wohnbevölkerung im eigenen Kanton (Art. 58a KVV), die der Erstellung der kantonalen Spitalliste vorausgeht, müssen die Kantone wissen, welcher Anteil der eigenen Bevölkerung Spitalbehandlungen ausserhalb des Kantons in Anspruch nimmt. Am wichtigsten ist es also, den Abfluss an Patientinnen und Patienten zu kennen. Was den Zustrom von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten betrifft, muss der Kanton diese zwar nicht in seine Bedarfsanalyse einbeziehen, für die Auslastung der Kapazitäten der Spitäler auf seinem Gebiet sind die Zuströme aber relevant und sollten daher berücksichtigt werden (vgl. auch Huber 2015).

Ausserdem wurde mit dem Inkrafttreten der KVG-Revision zur neuen Spitalfinanzierung per 1.1.2012 – nebst anderen Reformen – auch die freie Spitalwahl eingeführt. Dies mit dem Ziel, den Wettbewerb zwischen den Spitälern durch den Abbau von Mobilitätsbeschränkungen zu stärken. Seit der Einführung der freien Spitalwahl können die Patientinnen und Patienten in der Schweiz grundsätzlich frei wählen, in welchem Spital sie sich behandeln lassen möchten, unabhängig davon, ob dieses Spital den Standort in ihrem Wohnkanton hat oder nicht. Die obligatorische Krankenversicherung und die Kantone übernehmen die Kosten für Behandlungen in jedem Spital, das von mindestens einem Kanton einen Leistungsauftrag für die benötigte Behandlung hat, allerdings höchstens zum Referenztarif des Wohnkantons. Eine allfällige Differenz zum fakturierten Tarif des behandelnden Spitals muss weiterhin von den Patientinnen und Patienten bzw. ihrer Zusatzversicherung übernommen werden.

Umsetzung im Kanton Appenzell Ausserrhoden

In Anlehnung an die Empfehlungen der GDK (2018a) berücksichtigt der Kanton Appenzell Ausserrhoden mindestens (a) die benachbarten Kantone, (b) die Standortkantone ausserkantonomer Listenspitäler sowie (c) Kantone, aus denen eine gewichtige Zuwanderung von Patienten feststellbar ist. Konkret sind dies die Kantone der GDK-Ost (Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden, St. Gallen, Schaffhausen, Thurgau und Zürich) sowie die Standortkantone der Listenspitäler, die zusätzlich auf den Spitallisten des Kantons Appenzell Ausserrhoden figurieren.

Die Auswertungen betreffend die Patientenströme erfolgten im Versorgungsbericht (Departement Gesundheit AR 2010) sowie bei den aktuellen Spitallisten in den Berichten zur Spitalplanung Appenzell Ausserrhoden 2017 Akutsomatik und Rehabilitation (Departement Gesundheit und Soziales AR, 2016) bzw. Psychiatrie (Departement Gesundheit und Soziales AR, 2017). Die Koordination der Versorgungsmassnahmen mit den betroffenen Kantonen erfolgte massgeblich innerhalb der GDK-Ost anhand der provisorischen Spitallisten, welche jeweils zur Stellungnahme unterbreitet wurden.

2 Daten und Methoden

2.1 Datenquellen

Zentrale Datengrundlage für die Berechnungen und Prognosen im vorliegenden Versorgungsbericht bilden die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) und der Krankenhausstatistik (KS) des Bundesamtes für Statistik (BFS). Die MS erfasst jedes Jahr die anfallenden Daten aller Hospitalisierungen in den Schweizerischen Krankenhäusern. Diese Erhebung wird von jedem Krankenhaus bzw. von jeder Klinik und jedem Geburtshaus durchgeführt. Das BFS erhebt sowohl soziodemographische Informationen der Patientinnen und Patienten wie Alter, Geschlecht, Wohnregion als auch

administrative Daten wie Versicherungsart oder Aufenthaltsort vor der Hospitalisierung und medizinische Informationen wie Diagnosen und Behandlungen.

Die Abgrenzung der Versorgungsbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation erfolgte gemäss Kasten 5. Grundsätzlich werden für die Analysen jeweils alle Austritte innerhalb eines Datenjahres als Fall gezählt (A-Fälle). In der Psychiatrie werden zusätzlich die C-Fälle berücksichtigt. Es handelt sich dabei um Patientinnen und Patienten, die während dem gesamten Kalenderjahr hospitalisiert waren und somit bis zum 31.12. noch nicht ausgetreten sind. Aufgrund der Ressourcen, welche diese Fälle beanspruchen, ist es insbesondere für die Prognose der Pflegetage wesentlich, diese Fälle

Kasten 5: Abgrenzung der Versorgungsbereiche in der MS

Die von den Spitälern angebotenen Versorgungsbereiche werden gemäss den Hauptkostenstellen und der Krankenhaustypologie des BFS abgegrenzt. Die Fälle werden den verschiedenen Bereichen zunächst auf Basis der Hauptkostenstelle und, falls nötig, anschliessend auch aufgrund der Typologie zugeordnet. Dabei gelten die folgenden Definitionen:

	Akutsomatik ^d	Psychiatrie	Rehabilitation
Definition des Falls ^a	A	A, C	A
Hauptkostenstelle (HKST) ^b	Alle ausser: M500, M900 ^e , M950	M500	M900 ^e , M950
Krankenhaustypologie ^c	Alle ausser: K21, K221, K234 ^e	K21	K221, K234 ^e

Um die Versorgungslandschaft für den Kanton Appenzell Ausserrhoden möglichst adäquat abzubilden, werden in einem abschliessenden Schritt einige Abgrenzungen mit Bezug auf konkrete Leistungserbringer vorgenommen:

Klinik Gais	- Ab 2016 werden die Fälle der HKST M500 der Psychiatrie zugeordnet: alle Fälle vor 2016 und die restlichen Fälle im Jahr 2016 werden gemäss Spitaltypologie der Rehabilitation zugewiesen.
Schweizer Paraplegiker-Zentrum	- Ungeachtet des Spitaltyps und der kodierten Hauptkostenstellen werden alle Fälle mit DRG-Status=1 der Akutsomatik und alle Fälle mit DRG-Status=0 der Rehabilitation zugeordnet.

- a A: Austritt zwischen dem 1.1. und dem 31.12.; C: Eintritt vor dem 1.1. und Behandlung, die sich nach dem 31.12. fortsetzt.
 b M500=Psychiatrie und Psychotherapie; M900=Geriatric; M950=Physikalische Medizin und Rehabilitation. HKST in der MS sind technisch identisch zu den Leistungsstellen in der Krankenhausstatistik.
 c K21=Psychiatrische Kliniken; K221=Rehabilitationskliniken; K234=Geriatric Kliniken
 d Die gesunden Neugeborenen sind eingeschlossen (SwissDRG: P66D, P67D, P60A), d.h. diese Ereignisse werden separat gezählt, einmal bei der Mutter und einmal beim Kind.
 e Fälle der HKST M900 oder Spitaltyp = K234 werden der Akutsomatik zugeordnet, wenn die Variable DRG-Status=1 ist und die Fälle demgemäss über SwissDRG abgerechnet wurden. Wenn die Variable DRG-Status=0 kodiert ist, werden die Fälle der Rehabilitation zugeordnet.

Quelle: Obsan

© Obsan 2018

zu berücksichtigen. Mit Bezug auf die Fallzahl machen die C-Fälle lediglich einen Bruchteil der Gesamtfallzahl aus.

Auf eine Eingrenzung auf die OKP-Fälle (Obligatorische Krankenpflegeversicherung) wurde für die Auswertungen im vorliegenden Bericht grundsätzlich verzichtet. Zwar bezieht sich die Planungspflicht der Kantone gemäss KVG lediglich auf die Leistungen der OKP, allerdings ist die Berücksichtigung der Gesamtzahl der Fälle für einige Analysen von wesentlicher Bedeutung. Beispielhaft seien hierzu die Analysen zu den Mindestfallzahlen genannt. Wenn die Fallzahl als Indikator für die spezifische Expertise eines Leistungserbringers analysiert wird, macht es keinen Sinn die Fälle anhand des Kostenträgers einzuschränken.

Nebst der MS und der KS werden für die Berechnungen des vorliegenden Versorgungsberichts ebenfalls Daten der Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)⁴ und die Bevölkerungsszenarien⁵ des BFS verwendet. Die STATPOP ist Teil des eidgenössischen Volkszählungssystems. Sie liefert Informationen zum Bestand und zur Struktur der Wohnbevölkerung am Jahresende sowie zu den Bevölkerungsbebewegungen während des Kalenderjahres. Die Bevölkerungszahlen der STATPOP dienen insbesondere zur Berechnung der alters- und diagnosespezifischen Hospitalisierungsraten. Bei den Bevölkerungsszenarien handelt es sich um eine Reihe von Bevölkerungsvorausschätzungen, welche die zukünftig mögliche Entwicklung der Bevölkerung auf nationaler bzw. kantonaler Ebene beschreiben. Bevölkerungsszenarien sind das in Zahlen ausgedrückte und nach Alter und Geschlecht unterteilte Ergebnis von bestimmten Annahmen über die zukünftige Entwicklung der Fruchtbarkeit, der Sterblichkeit und der Wanderungen unter bestimmten sozioökonomischen und politischen Rahmenbedingungen.

2.2 Prognosemodell

Das Modell zur Prognose des Versorgungsbedarfs des Obsan ist im Obsan-Dossier Nr. 32 (Weaver et al., 2009) dokumentiert. Das aktuell eingesetzte Modell ist eine überarbeitete Version des ursprünglichen Modells, welches in der oben genannten Publikation beschrieben ist. Die Überarbeitung des Modells diente insbesondere dazu, nebst der demografischen Entwicklung zusätzliche Einflussfaktoren im Modell einzubeziehen. Dazu wurde eine Schnittstelle geschaffen, um kantonale Prognosen zur ökonomischen, epidemiologischen und medizintechnischen Entwicklung zu integrieren und die Zahl der wählbaren Szenarien wurde erweitert. Die Prognosen im vorliegenden Versorgungsbericht basieren auf der im Referenzjahr 2016 beobachteten Inanspruchnahme durch die kantonale Wohnbevölkerung. Als Prognosehorizont wurde das Jahr 2030 definiert.

In Abbildung G 2.1 ist das Modell zur Prognose des Versorgungsbedarfs schematisch dargestellt. Das Vorgehen für die Schätzung des Versorgungsbedarfs lässt sich anhand der folgenden Schritte zusammenfassen:

- [1] Berechnung der Hospitalisierungsraten pro Wohnkanton, Altersgruppe sowie DRG/SPLG (Akutsomatik) bzw. Diagnosegruppe (Psychiatrie und Rehabilitation);
- [2] Berechnung der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD) pro DRG bzw. Diagnosegruppe für das Referenzjahr;⁶
- [3] Schätzung der Fallzahlen (Hospitalisierungen) einschliesslich der interkantonalen Patientenströme für den Prognosehorizont basierend auf den berechneten Hospitalisierungsraten des Referenzjahrs und den Bevölkerungsszenarien;
- [4] Ausgehend von den geschätzten Fallzahlen Schätzung der Pflage tage unter Berücksichtigung der Szenarien zur Entwicklung der Aufenthaltsdauer.

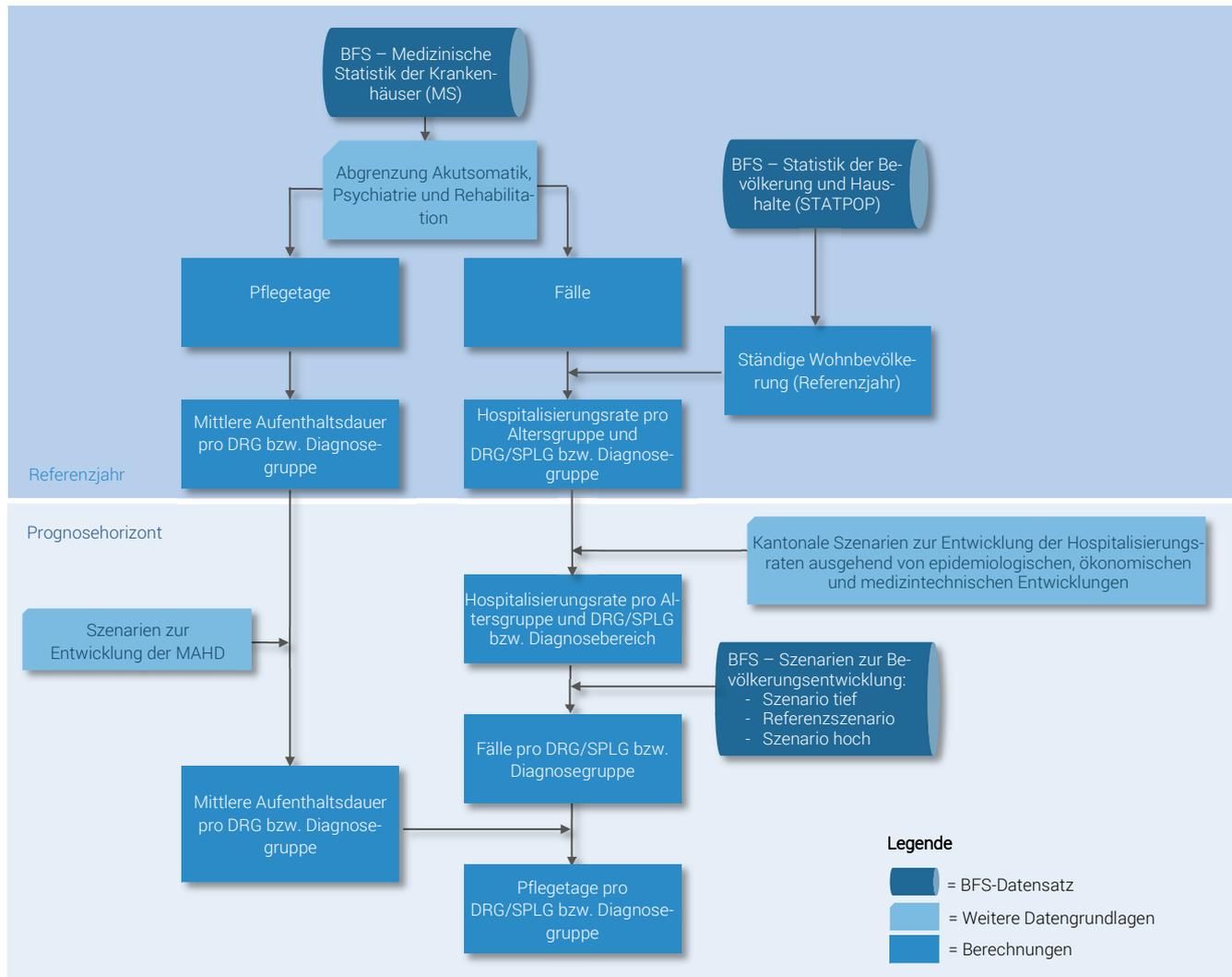
⁴ Vgl. www.bfs.admin.ch.

⁵ Vgl. www.bfs.admin.ch.

⁶ Voraussetzung für die Ermittlung einer robusten MAHD pro DRG sind Anpassungen, mit denen die Ausreisser in Sachen Aufent-

haltsdauer ausgeschlossen werden. Die Berechnungen des Prognosemodells stützen sich hierzu auf die Berechnungsart gemäss Swiss-DRG, welches ebenfalls bei der Ermittlung der Kostengewichte verwendet wird.

G 2.1 Obsan-Modell zur Prognose des Versorgungsbedarfs



Quelle: Eigene Darstellung

© Obsan 2018

2.2.1 Demografische Entwicklung

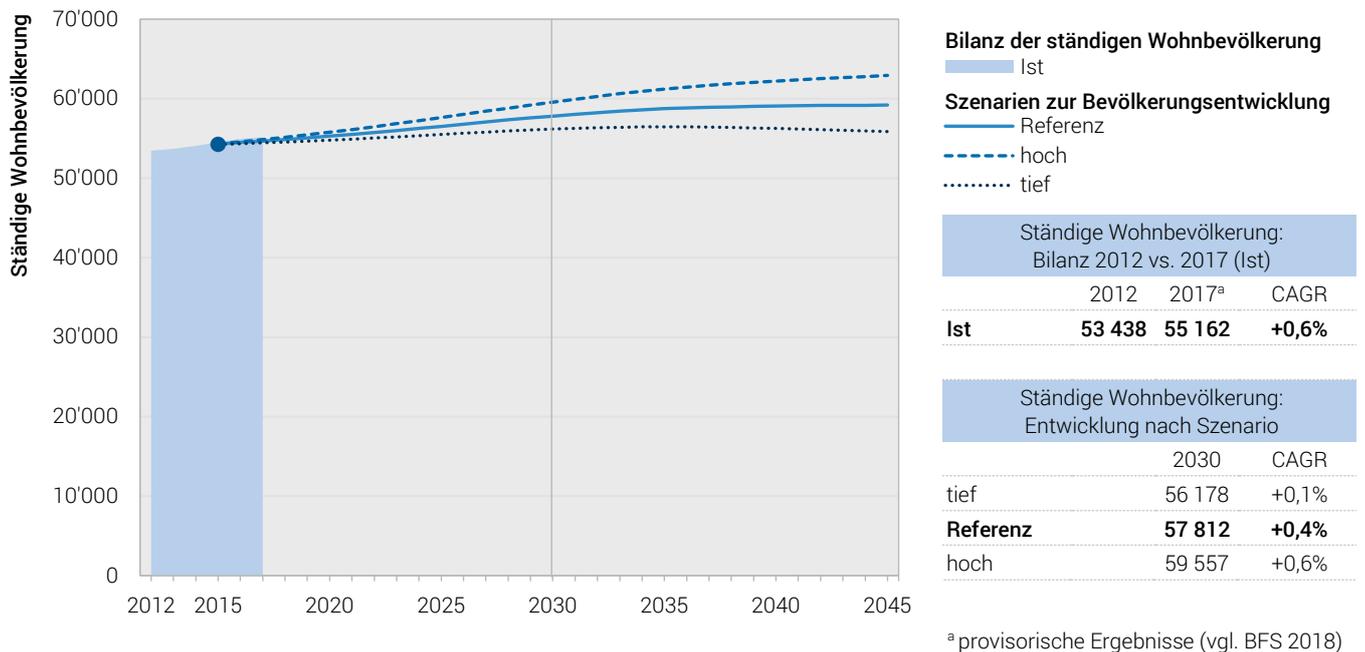
Die Bevölkerungsstruktur stellt eine zentrale Rahmenbedingung für Politik, Wirtschaft und Gesellschaft – und damit für die Schaffung, Verteilung und den Erhalt von Wohlfahrt – dar. Der Altersaufbau und seine Veränderungen wirken sich auf die Rahmenbedingungen einer Gesellschaft (System der sozialen Sicherheit, insbesondere Altersvorsorge, und Gesundheitssystem), das Humankapital und die Bereitstellungsaktivitäten (Zahl der Erwerbstätigen und unbezahlte Arbeit) aus. Prognosen der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung bilden demnach auch für die Gesundheitsversorgung eine wichtige Pla-

nungsgrundlage. Dem Modell zur Prognose des Versorgungsbedarfs des Obsan liegen die Bevölkerungsszenarien des BFS zugrunde.⁷

Prognosen sind zwangsläufig mit Unsicherheit behaftet. Daher werden durch das BFS drei unterschiedliche Bevölkerungsszenarien berechnet. Auf der Basis bestimmter Hypothesen über die zukünftige Entwicklung der Fruchtbarkeit, der Sterblichkeit, der Ein- und Auswanderung, der Binnenwanderung und des Erwerbs des Schweizer Bürgerrechts wird die Zahl der Geburten, Todesfälle, Einbürgerungen sowie der Wanderungssaldo für jedes zukünftige Jahr vorausgeschätzt und mit Hilfe der Fortschreibungsmethode (Bevölkerungsbilanz) der jährliche Bevölkerungsstand ermittelt. Das Referenzszenario schreibt die Entwicklungen der letzten Jahre fort.

⁷ Vgl. www.bfs.admin.ch.

G 2.2 Bevölkerungsstand und Bevölkerungsentwicklung, 2012-2045



Quelle: BFS – STATPOP 2016; Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone 2015-2045

© Obsan 2018

Das «hohe» Szenario beruht auf einer Kombination von Hypothesen, die das Bevölkerungswachstum begünstigen, während das «tiefe» Szenario Hypothesen kombiniert, die dem Bevölkerungswachstum weniger förderlich sind. Anhand der drei Szenarien wird der plausible Bereich der möglichen zukünftigen Bevölkerungsentwicklung abgedeckt. Trotzdem ist nicht auszuschliessen, dass sich die Bevölkerung aufgrund derzeit nicht absehbarer Einflüsse anders entwickeln wird. Dies ist bei der Verwendung von Prognosezahlen unbedingt zu berücksichtigen.

Gemäss dem Referenzszenario des BFS wächst die ständige Wohnbevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden zwischen 2015 und 2030 um durchschnittlich +0,4% pro Jahr, was einer Zunahme von rund 54 300 auf rund 57 800 Personen entspricht (vgl. Abbildung G 2.2). Beim «tiefen» Szenario bzw. beim «hohen» Szenario liegt sie im Jahr 2030 zwischen 56 200 und 59 600 Personen (vgl. auch BFS 2016a). Aus dem Vergleich der drei Prognoseszenarien und dem effektiven Stand der Wohnbevölkerung per 31.12.2017 wird ersichtlich, dass die Bevölkerungsszenarien die Bevölkerungsentwicklung im Kanton Appenzell Ausserrhoden – wie auch gesamtschweizerisch – im Zeitraum zwischen 2015 und 2017 unterschätzten. In den Jahren 2015 (+0,9%) und 2016 (+0,8%) verzeichnete der Kanton Appenzell Ausserrhoden ein deutlich höheres

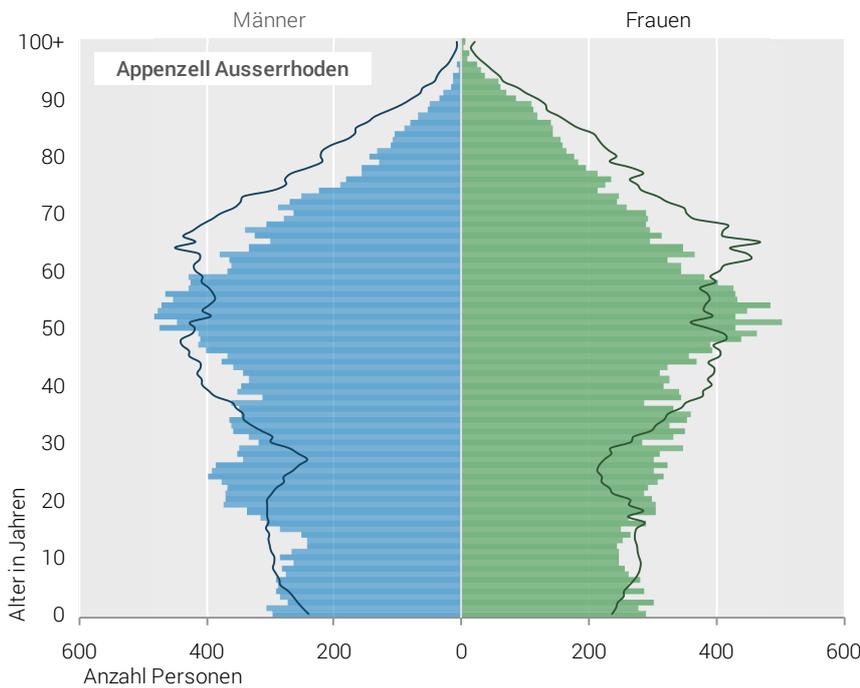
Bevölkerungswachstum als es in den Prognosen geschätzt wurde. Im Jahr 2017 relativierte sich diese Entwicklung bereits wieder: mit einem Wachstum von +0,4% verzeichnete der Kanton Appenzell Ausserrhoden eine Bevölkerungszunahme, die im Bereich zwischen dem mittleren und dem hohen Szenario liegt (vgl. auch BFS 2016b, 2017, 2018). Infolgedessen erscheint es plausibel an den Bevölkerungsszenarien als Grundlage für die Prognose festzuhalten.

Für den Prognosezeitraum zwischen 2016 bis 2030 ist für den Kanton Appenzell Ausserrhoden im Referenzszenario von einem Bevölkerungswachstum um +5,2% auszugehen (vgl. Abbildung G 2.3). Die Bevölkerungszunahme ist im Kanton Appenzell Ausserrhoden in diesem Zeitraum somit deutlich geringer als für die Schweiz (+13,3%) insgesamt. Grund dafür sind das negative natürliche Bevölkerungswachstum⁸ sowie die vergleichsweise niedrige Bevölkerungszunahme durch internationale Zuwanderung (vgl. auch BFS, 2016a). Zur demografischen Entwicklung gehört nebst dem Bevölkerungswachstum auch die demografische Alterung. Aus der Bevölkerungspyramide in Abbildung G 2.3 wird die Bevölkerungsstruktur der Wohnbevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden ersichtlich. Als Referenz ist ausserdem die Bevölkerungsstruktur der Schweiz abgebildet. Ebenso ist in Abbildung G 2.3 die Bevölkerungsentwicklung bis 2030 ausgehend vom Referenzszenario des BFS dargestellt.

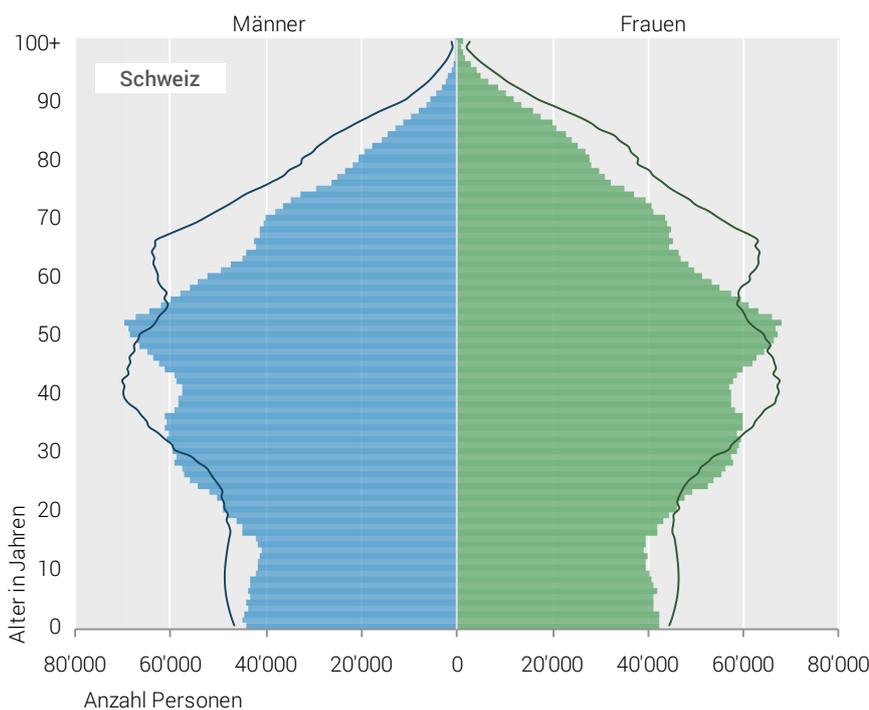
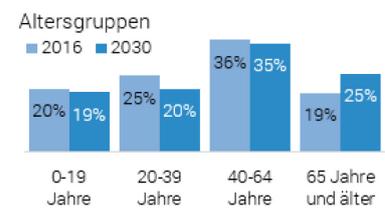
⁸ Das natürliche Bevölkerungswachstum wird aus dem Verhältnis der Lebendgeburtens und der Todesfälle ermittelt und beschreibt

die Bevölkerungsentwicklung ohne Berücksichtigung der interkantonalen und internationalen Migration.

G 2.3 Bevölkerungsstand und Bevölkerungsentwicklung, 2016 vs. 2030



Kennzahlen	Appenzell Ausserrhoden		
	2016	2030	Δ
ständige Wohnbevölkerung	54'954	57'812	+5.2%
Anteil Frauen	49.5%	49.0%	-0.4 pp.
Durchschnittsalter	42.8	46.0	+7.5%
Jugendquotient	33.3%	34.7%	+1.4 pp.
Altersquotient	31.0%	45.7%	+14.6 pp.



Kennzahlen	Schweiz		
	2016	2030	Δ
ständige Wohnbevölkerung	8'419'550	9'541'471	+13.3%
Anteil Frauen	50.4%	50.0%	-0.4 pp.
Durchschnittsalter	42.1	44.3	+5.2%
Jugendquotient	32.5%	34.3%	+1.8 pp.
Altersquotient	29.3%	39.6%	+10.4 pp.



Quelle: BFS – Statistik der Bevölkerung und der Haushalte; Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone 2015-2045 © Obsan 2018

In Bezug auf die Struktur der Wohnbevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden ist der – insgesamt für die Schweiz typische – Altersaufbau erkennbar, bei welchem die Babyboom-Generation hervorsticht. Als Babyboom bezeichnet wird der starke Anstieg der Geburtenraten in vielen Industrieländern zwischen dem Ende des Zweiten Weltkrieges und

dem sogenannten Pillenknick Mitte der 1960er-Jahre. Ihr steht eine schwächer besetzte Jugendgeneration gegenüber (vgl. Bucher 2008). Aus dem Vergleich von Ist und Prognose wird der Prozess der demografischen Alterung offensichtlich, von welchem die Schweiz – wie die meisten modernen Indust-

rie- und Dienstleistungsstaaten – betroffen ist. Die demografische Alterung wird als die Zunahme des Anteils älterer Menschen in einer Bevölkerung definiert. Sie ist Ausdruck von Veränderungen an der Spitze und an der Basis der Alterspyramide. Damit ist gemeint, dass die demografische Alterung sowohl eine Folge der niedrigeren Geburtenraten als auch der steigenden Lebenserwartung ist. Dadurch verändert sich das Verhältnis alte zu junge Bevölkerung gewissermassen zweimal, zum einen an der Basis der Alterspyramide, zum anderen auch an deren Spitze. Aktuell ist für den Kanton Appenzell Ausserrhoden – wie auch für die Schweiz insgesamt – vor allem der Alterungseffekt an der Spitze der Alterspyramide massgebend. So ist für den Kanton Appenzell Ausserrhoden, mit Bezug auf das Referenzszenario des BFS, mit einem Anstieg des Anteils in der Altersgruppe 65 Jahre und älter von 19% im Jahr 2016 auf 25% im Jahr 2030 auszugehen. Entsprechend steigen im selben Zeitraum auch das Durchschnittsalter der kantonalen Wohnbevölkerung von 42.8 auf 46.0 Jahre und der Altersquotient von 31.0% auf 45.7%. Anhand dieser Indikatoren lässt sich erkennen, dass die prognostizierte Alterung für den Kanton Appenzell Ausserrhoden deutlich markanter ist als für die Schweiz insgesamt. Alles in allem resultieren aus der demografischen Alterung weitreichende gesellschaftliche Folgen, insbesondere im Arbeitsmarkt, für den Sozialversicherungsbereich und nicht zuletzt auch für die Gesundheitsversorgung.

2.2.2 Weitere Einflussfaktoren

Nebst der demografischen Entwicklung gibt es weitere mögliche Faktoren, welche den künftigen Versorgungsbedarf beeinflussen. Dazu gehören insbesondere die ökonomischen Rahmenbedingungen sowie epidemiologische und medizintechnische Entwicklungen. Diese Entwicklungen können sich auf die Aufenthaltsdauer bei Hospitalisierungen sowie die Häufigkeit von Hospitalisierungen auswirken. Infolgedessen werden diese weiteren Einflussfaktoren im Prognosemodell in Form von Szenarien zur Entwicklung der Aufenthaltsdauer und Szenarien zur Entwicklung der Hospitalisierungsraten integriert.

Ökonomische Entwicklungen

Ökonomische Anreize können die Entwicklungen in der Erbringung und Inanspruchnahme bestimmter Versorgungsleistungen massgeblich beeinflussen. Im Kontext der stationären Versorgung sind vor allem die potentielle Substitution stationärer Behandlungen durch den ambulanten Bereich sowie die Verkürzung der Aufenthaltsdauer infolge der Einführung von Fallpauschalen von wesentlicher Bedeutung. Je unattraktiver die Vergütung nach stationärem Tarif gegenüber der Vergütung der korrespondierenden ambulanten Leistungen sein wird, desto mehr Leistungen werden vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert. Die Verlagerung stationärer Behandlungen in den ambulanten Bereich führt demgemäss zu

einer Reduktion der Fallzahlen im stationären Bereich. Denkbar sind allerdings auch Teilverlagerungen von Komponenten stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich, d.h. die Hauptbehandlung erfolgt zwar nach wie vor stationär im Spital, ein Teil der Untersuchungen und Abklärungen werden jedoch in den ambulanten Bereich verlagert (Felder et al. 2014, Widmer et al. 2017). Während sich Gesamtverlagerungen stationärer Leistungen insbesondere auf die Fallzahlen bzw. auf die Hospitalisierungsraten auswirken, beeinflussen Teilverlagerungen in erster Linie die Aufenthaltsdauern stationärer Leistungen.

Nebst der potentiellen Substitution stationärer durch ambulante Leistungen resultiert aufgrund der Einführung der Vergütung über Fallpauschalen ein ökonomischer Druck auf die Aufenthaltsdauern. Im Gegensatz zu zeitraumbezogenen Vergütungsformen (wie Tagespauschalen) oder einer Vergütung einzelner Leistungen (Einzelleistungsvergütung) erfolgt bei Fallpauschalen die Vergütung von medizinischen Leistungen pauschal pro Behandlungsfall, wodurch aus Sicht der Leistungserbringer der Ertrag weitgehend unabhängig von der Dauer des Aufenthalts ist, gleichzeitig die (Opportunitäts-)Kosten aber mit jedem Aufenthaltstag massgeblich steigen.

Medizintechnische und epidemiologische Entwicklungen

Als medizintechnische Entwicklungen können die Einführung und Verbreitung neuer Technologien zur Diagnostik (zum Beispiel bildgebende Verfahren), zur Therapie (zum Beispiel minimal-invasive Operationsmethoden) oder zur Prävention (zum Beispiel Sekundärprophylaxe) verstanden werden. Die Epidemiologie beschäftigt sich mit der Verbreitung und Ursachen von gesundheitsbezogenen Zuständen und Ereignissen in Populationen. Untersucht werden die vielfältigen Faktoren, die zu Gesundheit und Krankheit von Individuen und Populationen beitragen. Als epidemiologische Entwicklungen zählen demgemäss zeitliche Trends, welche dazu führen, dass sich der Bedarf gewisser im Spital durchgeführter Behandlungen oder Interventionen künftig verändern wird. Ein Beispiel dazu: Geht man von einem rückläufigen Anteil Raucher unter den erwachsenen Männern aus, so kann von einem abnehmenden Trend in Bezug auf Behandlungen von Lungenkrebs in dieser Population geschlossen werden. Die Auswirkungen von medizintechnischen und epidemiologischen Entwicklungen (Zunahme vs. Reduktion der Fallzahlen und Aufenthaltsdauern) können unterschiedlicher Art sein. Dementsprechend müssen im Hinblick auf die Bedarfsprognose für jede medizintechnische bzw. epidemiologische Entwicklung separate Annahmen hergeleitet werden.

Szenarien für die Entwicklung der Hospitalisierungsraten

Das Referenzszenario zur Schätzung der künftigen Hospitalisierungsraten geht davon aus, dass die kantonalen Hospitali-

K 6 Szenarien zur Entwicklung der Hospitalisierungsraten				
Szenario	Akutsomatik	Rehabilitation	Psychiatrie	Beschrieb
	Referenz	A	R	
CH	A	R	P	Das Szenario „CH“ geht von einer Angleichung der Hospitalisierungsrate pro DRG an den gesamtschweizerischen Durchschnitt aus. Die Angleichung erfolgt kontinuierlich im Zeitraum zwischen dem Referenzjahr und dem Zieljahr. Das „Zieljahr“ bezeichnet den Zeitpunkt, für welchen die Angleichung der kantonalen Hospitalisierungsrate an den gesamtschweizerischen Durchschnitt angenommen wird. Das Zieljahr wird separat definiert und kann inner- oder ausserhalb des Prognosehorizonts liegen.
Best	A	R	P	Das Szenario Best ist eine Kombination aus den Szenarien Referenz und CH. Dabei wird jeweils pro DRG/Diagnosegruppe entweder die gesamtschweizerische oder die kantonale Rate angenommen, je nachdem welche niedriger ist, wobei die Differenz zwischen der kantonalen und der gesamtschweizerischen Rate einen bestimmten Grenzwert nicht überschreiten darf.
Leistungsgruppen-spezifische Szenarien	A	R	P	Integration von Schätzungen und Annahmen zur ökonomischen, medizintechnischen und epidemiologischen Entwicklung auf Ebene von Leistungsgruppen (SPLG), DRG sowie ICD- und/oder CHOP-Codes.

Quelle: Obsan

© Obsan 2018

sierungsraten pro Altersgruppe und DRG bzw. Diagnosegruppen konstant bleiben. Da die Auswirkungen von ökonomischen, medizintechnischen und epidemiologischen Entwicklungen unterschiedlichster Art sein können, müssen für die Bedarfsprognosen spezifische Schätzungen vorgenommen werden. Die Annahmen können beispielsweise auf Expertengutachten oder Literaturstudien basieren. Das Prognosemodell des Obsan ermöglicht es, solche Schätzungen und Annahmen zur medizintechnischen und/oder epidemiologischen Entwicklung auf Ebene DRG, SPLG, ICD- und/oder CHOP-Code zu integrieren. Zusätzlich besteht ein Szenario, welches die Angleichung der kantonalen Hospitalisierungsrate an den gesamtschweizerischen Mittelwert schätzt. Die Bedarfsprognosen für den Kanton Appenzell Ausserrhoden im vorliegenden Versorgungsbericht basieren auf dem Referenzszenario und stützen sich somit auf die Hospitalisierungsraten der kantonalen Wohnbevölkerung.

Szenarien zur Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer

Wie in den vorangehenden Szenarien dargestellt, existieren unterschiedliche Einflussfaktoren, welche die Hospitalisierungsraten und die Aufenthaltsdauern bei stationären Leistungen massgeblich beeinflussen können. Es ist jedoch schwierig vorherzusagen, wie stark der Einfluss auf die Aufenthaltsdauern ist und inwiefern diese Entwicklungen in allen

Leistungsbereichen gleich vonstattengehen wird. Um potentielle Effekte auf die Aufenthaltsdauer dennoch in der Prognose berücksichtigen zu können, wird das Prognosemodell des Obsan um weitere Szenarien zur Berechnung der Pflagetage erweitert (vgl. auch Kasten K 7). Für die Prognose des Versorgungsbedarfs in der Akutsomatik wurden im vorliegenden Versorgungsbericht die Szenarien *Shortest*, *Referenz* und *CH* verwendet. Für die Prognosen in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation kamen die Szenarien *CH* und *Referenz* zur Anwendung.

Monitoring und Aktualisierung der Bedarfsprognosen

Trotz der diversen Szenarien zur Entwicklung der Hospitalisierungsraten und der MAHD können die künftigen Entwicklungen der Einflussfaktoren mit der Bedarfsprognose nur bedingt antizipiert werden. Aus diesem Grund sieht das Prognosemodell des Obsan Aktualisierungen der Bedarfsprognosen innerhalb einer Planungsperiode vor. So können zum Beispiel medizintechnische Entwicklungen, die sich in den Daten abzubilden beginnen, in die aktualisierten Prognosen einbezogen werden. Ein weiterer Vorteil eines laufenden Monitorings inkl. Aktualisierung der Bedarfsprognosen liegt darin, dass dadurch Anpassungen im CHOP- und ICD-Katalog sowie Aktualisierungen der SPLG-Systematik laufend in den Prognosen integriert werden können.

K 7 Szenarien zur Entwicklung der Aufenthaltsdauer				
Szenario	Akutsomatik	Rehabilitation	Psychiatrie	Beschrieb
Referenz	A	R	P	Es wird von keiner Verkürzung der Aufenthaltsdauer ausgegangen. Die Pflerstage werden ausgehend von den kantonalen Aufenthaltsdauern pro DRG bzw. Diagnosegruppe geschätzt.
Shortest	A			Das Spital verkürzt die MAHD pro DRG auf die Dauer, welche heute dasjenige Spital in der Schweiz erreicht, das die kürzeste Aufenthaltsdauer pro DRG aufweist (Benchmark). Die Angleichung erfolgt kontinuierlich im Zeitraum zwischen dem Referenzjahr und dem Zieljahr. Das „Zieljahr“ bezeichnet den Zeitpunkt, für welchen die Angleichung der kantonalen Aufenthaltsdauer an den Benchmark angenommen wird. Das Zieljahr wird separat definiert und kann inner- oder ausserhalb des Prognosehorizonts liegen.
40perct	A			Analog zum Szenario „Shortest“ geht das Szenario „40perct“ von einer Angleichung der MAHD aus, allerdings dient in diesem Szenario das 40. Perzentil der MAHD pro DRG als Benchmark. Die Angleichung erfolgt kontinuierlich im Zeitraum zwischen dem Referenzjahr und dem Zieljahr.
CH		R	P	Analog zum Szenario „Shortest“ geht das Szenario „CH“ von einer Angleichung der MAHD aus, allerdings dient in diesem Szenario der nationale Durchschnitt als Benchmark. D.h. die MAHD pro Diagnosegruppe gleicht sich bis zum Zieljahr an den schweizerischen Mittelwert pro Diagnosegruppe an.

Quelle: Obsan

© Obsan 2018

3 Akutsomatik

Das vorliegende Kapitel beschreibt die Analyse und Prognose des Versorgungsbedarfs betreffend die stationäre Akutsomatik. Gemäss Art. 58b Abs. 1 KVV ist der Versorgungsbedarf an stationären Leistungen in nachvollziehbaren Schritten zu ermitteln, wobei sich der Kanton auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche zu stützen hat. Im Zuge der Bedarfsermittlung ist ausserdem jenes Angebot zu ermitteln, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sind (Art. 58b Abs. 2 KVV). Für die Ermittlung des Versorgungsbedarfs gemäss Art. 58b KVV erfolgt nachfolgend eine Analyse der Inanspruchnahme, des Versorgungsangebots und der Patientenströme im Zeitraum zwischen 2012 und 2016 (Kapitel 3.1) sowie die Prognose des Versorgungsbedarfs für den Prognosehorizont bis 2030 (Kapitel 3.2). Die Analysen zur akutstationären Versorgung erfolgen häufig anhand der Systematik der Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG, vgl. auch K 8). Grundlage bildet die Version 2016.1 der SPLG, also jene SPLG-Version, welche im Datenjahr 2016 gültig war.⁹

3.1 Bedarfsanalyse

Abbildung G 3.1 zeigt einleitend einige übergeordnete Indikatoren zur akutstationären Versorgungssituation im Kanton Appenzell Ausserrhoden. Zwischen 2012 und 2016 stieg die Zahl der akutsomatischen Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Appenzell Ausserrhoden von 7'893 auf 8'942, was einer Zunahme der akutstationären Inanspruchnahme von +13,3% entspricht. Pro Jahr kommt dies einem durchschnittlichen Wachstum um +3,2% gleich (CAGR, Compound Annual Growth Rate). Diese Zunahme ist somit grösser, als durch das Bevölkerungswachstum alleine erklärt werden könnte. Die ständige Wohnbevölkerung im Kanton Appenzell Ausserrhoden wächst im gesamten Analysezeitraum lediglich um +2,8%. Ein Faktor, welcher das

überproportionale Wachstum der Inanspruchnahme zumindest teilweise erklärt, ist die demografische Struktur der Bevölkerung. Der Altersquotient beschreibt das Verhältnis der 65-Jährigen und Älteren zu den 20- bis 64-jährigen Personen, d.h. das Verhältnis der Anzahl Menschen in einem Alter, in dem man im Allgemeinen nicht mehr erwerbstätig ist, zur Anzahl der Personen im erwerbsfähigen Alter. Zwischen 2012 und 2016 steigt der Altersquotient im Kanton Appenzell Ausserrhoden von 29,8% auf 31,0% (+4,3%). Weil die Hospitalisierungsrate bei älteren Personen höher liegt, kann die demografische Alterung den überproportionalen Anstieg der Fälle zumindest teilweise erklären.

K 8 Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG)

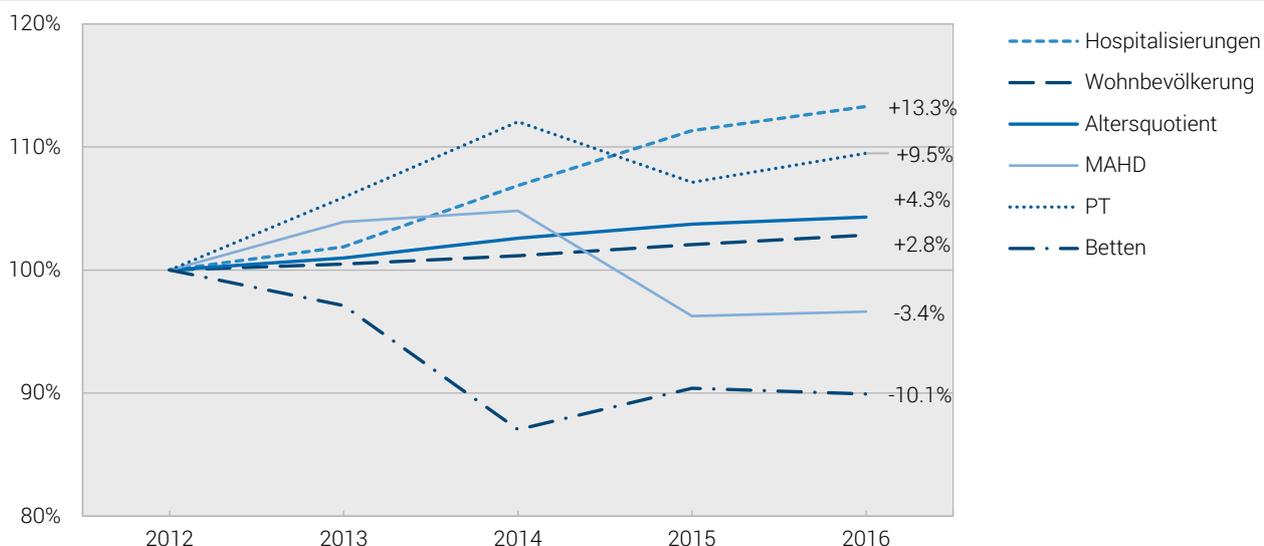
Im Rahmen der Spitalplanung 2012 hat die Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (GDZH) unter Beizug von über 100 Fachexperten ein Leistungsgruppenkonzept mit rund 130 Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) für die Akutsomatik erarbeitet. Jede SPLG ist eindeutig anhand von Diagnose-(ICD) und Behandlungs-Codes (CHOP) definiert. Zudem sind für jede SPLG spezifische Anforderungen festgelegt, welche die Voraussetzungen für die Vergabe von Leistungsaufträgen bestimmen. Diese leistungsgruppenspezifischen Anforderungen betreffen zum Beispiel die notwendigen Fachärzte, die Notfallstation, Mindestfallzahlen etc.¹⁰

Im Vergleich zu den akutsomatischen Hospitalisierungen stieg die Zahl der Pflgetage von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden weit weniger deutlich um +9,5%. Bedingt wird dies durch die sinkenden Aufenthaltsdauern im selben Zeitraum. Zwischen 2012 und 2016 sank die MAHD von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden von 5.6 auf 5.4 Tage (-3,4%). Gleichzeitig reduzierte sich auch die Zahl der akutstationären Spitalbetten im Kanton um -10,1%.

⁹ Vgl. www.gdk-cds.ch (Themen » Spitalplanung » Archiv).

¹⁰ Vgl. dazu www.gd.zh.ch (Behörden & Politik » Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) Akutsomatik).

G 3.1 Akutsomatik – Globale Indikatoren zur Versorgungssituation, 2012-2016



	2012	2013	2014	2015	2016	△ 2012-16	CAGR
Hospitalisierungen ¹	7 893	8 042	8 435	8 787	8 942	+13,3%	+3,2%
Ständige Wohnbevölkerung ¹	53 438	53 691	54 064	54 543	54 954	+2,8%	+0,7%
Altersquotient ¹	29.8%	30.0%	30.5%	30.9%	31.0%	+4,3%	+1,1%
Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) ³	5,6	5,8	5,9	5,4	5,4	-3,4%	-0,9%
Pflegetage (PT) ³	44 289	46 908	49 627	47 444	48 490	+9,5%	+2,3%
Betten ²	260	252	226	235	234	-10,1%	-2,6%

Quellen: BFS - (1) STATPOP (Erhebungstichtag: 31.12.); (2) KS (Betten "Akutpflege und Geburtshaus"); (3) MS © Obsan 2018

3.1.1 Inanspruchnahme

Bei der Analyse der Inanspruchnahme liegt der Fokus auf der Perspektive der kantonalen Wohnbevölkerung. In diesem Abschnitt wird demnach die Nachfrage akutstationärer Leistungen durch Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden analysiert, ungeachtet dessen, in welchem Spital bzw. in welchem Kanton die betreffenden Hospitalisierungen erfolgten.

Fallzahlen nach Leistungsbereich

In Tabelle T 3.1 ist die Entwicklung der akutstationären Inanspruchnahme durch die Wohnbevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden nach Leistungsbereich (SPLB) dargestellt. Wie bereits im vorherigen Abschnitt erwähnt, stieg die Zahl der Hospitalisierungen um durchschnittlich 3,2% jährlich. Eine Zunahme von durchschnittlich mehr als 10% pro Jahr ist in den SPLB Endokrinologie (+33,6%), Hämatologie (+16,8%),

Neurochirurgie (+11,6%) und Viszeralchirurgie (+10,1%) zu verzeichnen. Teilweise können solche Veränderungen auf Anpassungen in der Leistungsgruppensystematik zurückgeführt werden. So war beispielsweise der SPLB Neurochirurgie von diversen Anpassungen betroffen, mitunter begründet durch IVHSM-Entscheidungen.¹¹ Ausserdem handelt es sich bei den erwähnten SPLB um vergleichsweise kleine Leistungsbereiche mit geringen Fallzahlen (Anteil 2016 jeweils kleiner als 2%), weshalb die Veränderungen mit Vorsicht zu interpretieren sind.

Abgesehen vom Basispaket¹² erfolgten mit 17,7% die meisten Behandlungen in der Orthopädie (Bewegungsapparat chirurgisch). Einen relativen Anteil von über 5% weisen ausserdem die SPLB Urologie, Geburtshilfe und Neugeborene auf.

¹¹ Die SPLG NCH2 und NCH3 wurden per Datenjahr 2015 hinzugefügt. Ab 2016 wurden die SPLG NCH1.1 und NCH2 aufgrund von IVHSM-Entscheidungen weiter aufgeteilt. Die bisherigen SPLG GEF4 und ANG4 wurden in den SPLB Neurochirurgie verschoben.

¹² Alle medizinischen Leistungen, die nicht explizit einer der oben aufgeführten Leistungsgruppen zugewiesen werden, werden im Basispaket zusammengefasst.

T 3.1 Akutsomatik – Inanspruchnahme der kantonalen Wohnbevölkerung nach SPLB, 2012-2016

Bereich	SPLB	2012	2013	2014	2015	2016	Trend	CAGR	%-Anteil 2016	
	Basispaket	3 162	3 318	3 290	3 501	3 483		+2,4%	39,0%	
Nervensystem & Sinnesorgane	Dermatologie	51	50	49	36	32		-11,0%	0,4%	
	Hals-Nasen-Ohren	232	411	632	279	244		+1,3%	2,7%	
	Neurochirurgie	29	32	31	30	45		+11,6%	0,5%	
	Neurologie	178	209	182	209	219		+5,3%	2,4%	
	Ophthalmologie	81	85	74	63	64		-5,7%	0,7%	
Innere Organe	Endokrinologie	11	18	25	39	35		+33,6%	0,4%	
	Gastroenterologie	219	246	242	275	238		+2,1%	2,7%	
	Viszeralchirurgie	98	101	116	119	144		+10,1%	1,6%	
	Hämatologie	57	70	76	102	106		+16,8%	1,2%	
	Gefässe	99	72	84	76	106		+1,7%	1,2%	
	Herz	319	303	367	414	397		+5,6%	4,4%	
	Nephrologie	30	24	29	43	42		+8,8%	0,5%	
	Urologie	325	320	421	383	453		+8,7%	5,1%	
	Pneumologie	175	95	153	135	121		-8,8%	1,4%	
	Thoraxchirurgie	15	11	7	10	12		-5,4%	0,1%	
	Transplantationen	12	7	12	1	2		-36,1%	0,0%	
	Bewegungsapparat	Bewegungsapparat chirurgisch	1 378	1 435	1 483	1 485	1 582		+3,5%	17,7%
		Rheumatologie	38	55	68	51	45		+4,3%	0,5%
Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	193	202	246	211	192		-0,1%	2,1%	
	Geburtshilfe	576	554	626	663	682		+4,3%	7,6%	
	Neugeborene	502	289	113	547	588		+4,0%	6,6%	
Übrige	(Radio-) Onkologie	99	123	95	107	97		-0,5%	1,1%	
	Schwere Verletzungen	14	12	14	8	13		-1,8%	0,1%	
Total		7 893	8 042	8 435	8 787	8 942		+3,2%	100%	

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 20

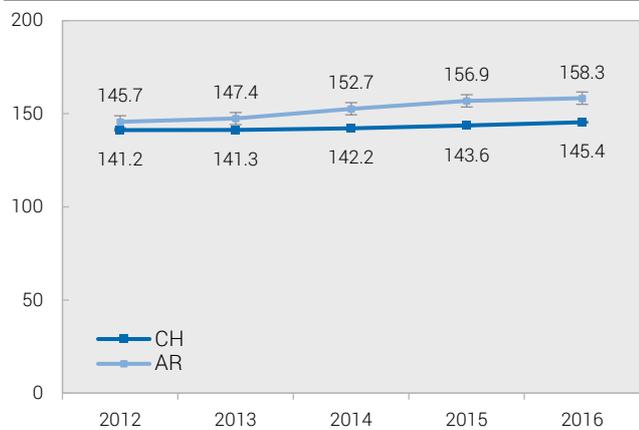
Auffallend sind ausserdem die Entwicklungen in den Leistungsbereichen Hals-Nasen-Ohren und Neugeborene. Die Fallzahl im Bereich Hals-Nasen-Ohren stieg in den Jahren 2013 bzw. 2014 massiv an, bevor sie im Jahr 2015 ungefähr wieder auf den Stand aus dem Jahr 2012 zurückging. Gerade entgegengesetzt verlief die Entwicklung im Leistungsbereich Neugeborene. Die Ursache für diese Anomalie liegt in der Kodierung der Behandlungen gemäss der Schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP), die wiederum massgebend ist für die Zuteilung der Fälle zu den Leistungsgruppen gemäss SPLG-Systematik. Es existiert ein CHOP-Code für Gehöruntersuchung, der mitunter auch für die standardisierte Gehöruntersuchung bei Neugeborenen codiert wurde. Weil dieser

Kode innerhalb der SPLG-Systematik allerdings als Trigger für die Zuordnung eines Falls in den Leistungsbereich Hals-Nasen-Ohren fungiert, sollte er für die erwähnten Standarduntersuchungen bei Neugeborenen nicht kodiert werden. Diese Vorgabe wurde allerdings – je nach Kanton und Leistungserbringer – erst verzögert umgesetzt. Infolgedessen zeigen die beobachtbaren Verschiebungen zwischen den Leistungsbereichen Hals-Nasen-Ohren und Neugeborene keine effektive Veränderung in der Inanspruchnahme der kantonalen Wohnbevölkerung, sondern sind vielmehr Ausdruck einer zeitlich verzögerten Anpassung in der Kodierpraxis.

Hospitalisierungsraten

Abbildung G 3.2 zeigt die standardisierte Hospitalisierungsrate für den Kanton Appenzell Ausserrhoden im Vergleich zur gesamtschweizerischen Rate. Mithilfe der Standardisierung nach Alter und Geschlecht können die Hospitalisierungsraten miteinander verglichen werden, ohne dass allfällige Unterschiede durch eine unterschiedliche Bevölkerungsstruktur zustande kommen. Mit dem Ziel, eine schweizweit möglichst vergleichbare Grundgesamtheit zu erhalten, wurde für die Analyse der Hospitalisierungsraten eine geringfügig abweichende Abgrenzung der Versorgungsbereiche (Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie) als für die übrigen Auswertungen im vorliegenden Bericht gewählt (vgl. dazu Kasten 5).

G 3.2 Akutsomatik – Standardisierte Hospitalisierungsrate, 2012–2016



Quelle: BFS – MS; STATPOP

© Obsan 2018

Im Jahr 2016 verzeichnete die MS rund 158 Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Appenzell Ausserrhoden pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Im gesamten Analysezeitraum liegt die Rate des Kantons Appenzell Ausserrhoden konstant oberhalb der gesamtschweizerischen Rate.

K 9 Berechnung der alters- und geschlechterstandardisierten Hospitalisierungsraten

Die Standardisierung der Hospitalisierungs- und Behandlungsraten ermöglicht einen Vergleich zwischen Kantonen, ohne dass die abgebildeten Raten von demografischen Unterschieden zwischen Kantonen beeinflusst wird (vgl. dazu auch AOLG 2003). Hierfür werden die Raten alters- und geschlechtsstandardisiert, d.h. Kantone werden je nach demografischen Voraussetzungen ‚korrigiert‘. Die standardisierte Rate wurde anhand der indirekten Methode wie folgt berechnet:

$$R_{IS} = R_{CH} \frac{d_k}{\sum \frac{n_{kij} \times R_{ij}}{1000}}$$

R_{IS} = Alters- und geschlechtsstandardisierte Rate pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner

d = Summe der Fälle in der untersuchten Bevölkerung (pro Region k)

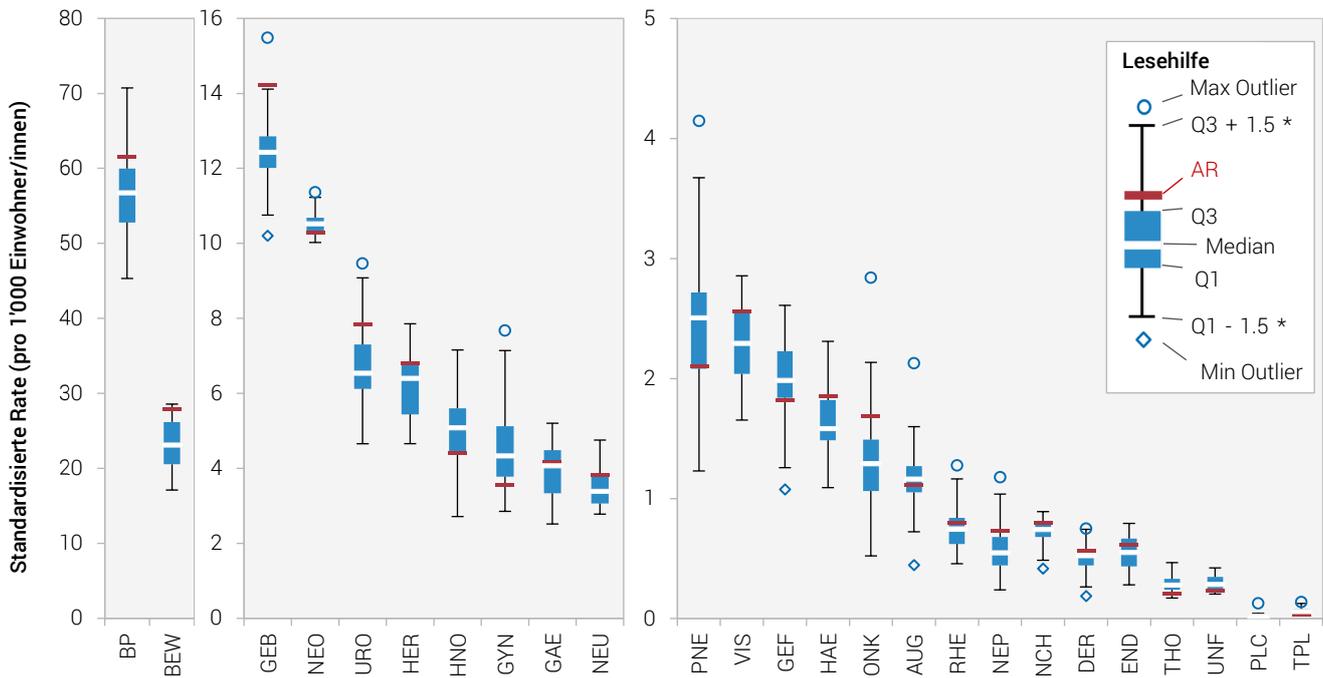
n_{ij} = Zahl der Personen in der Altersgruppe i der Geschlechtsgruppe j der untersuchten Bevölkerung (pro Region k)

R_{ij} = Schweizerische Rate je 1000 Einwohnerinnen und Einwohner der Altersgruppe i und der Geschlechtsgruppe j

R_{CH} = Rohe Rate der Standardpopulation (Schweiz)

Die berechneten Raten beziehen sich auf die gesamte, ständige Wohnbevölkerung nach Wohnkanton. Die 95%-Konfidenzintervalle wurden basierend auf einer Poisson-Approximation der Varianz der Rate berechnet (vgl. auch Eurostat, 2013; Boyle & Parkin, 1991). Das Konfidenzintervall gibt den Bereich an, der bei unendlicher Wiederholung eines Zufallsexperiments mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit (hier mit einer Wahrscheinlichkeit von 95%) die wahre Lage des Parameters einschließt.

G 3.3 Akutsomatik – Alters- und geschlechterstandardisierte Hospitalisierungsrate nach SPLB und Wohnkanton, 2016



Bemerkungen: Dargestellt sind die alters- und geschlechterstandardisierten Hospitalisierungsraten pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Leistungsbereich (vgl. auch K 9).

Quelle: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS), BFS - Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) © Obsan 2018

In Abbildung G 3.3 sind zusätzlich die standardisierten Hospitalisierungsraten pro SPLB dargestellt. Zwar weist die Bevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden in keiner der SPLB die höchste standardisierte Rate auf, allerdings befindet sich der Kanton in der Mehrheit der Leistungsbereiche im oberen Bereich.

Aufenthaltsdauer

In Abbildung G 3.4 ist die MAHD für Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden der MAHD auf gesamtschweizerischer Ebene gegenübergestellt. Im Analysezeitraum zwischen 2012 und 2016 ist sowohl für Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden (von 5,6 Tagen auf 5,4 Tage) als auch für die Schweiz insgesamt (von 5,8 Tagen auf 5,5 Tage) eine Reduktion der MAHD zu verzeichnen.

In Tabelle T 3.2 ist die MAHD für die zehn schweizweit häufigsten DRG des Jahres 2016 dargestellt. Diese DRG machen auf nationaler Ebene 19,6% im Kanton Appenzell Ausserrhoden 20,3% der Fälle aus. Bei acht dieser zehn DRG sind die Unterschiede zwischen der MAHD von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden gegenüber der gesamtschweizerischen MAHD gering, d.h. kleiner als ± 0,5 Tage. Einzig bei den DRG I47Z (Implantation einer En-

doprothese am Hüftgelenk oder Revision / Ersatz des Hüftgelenkes partiell oder total mit komplizierendem Eingriff oder Implantation oder Wechsel einer Radiuskopfprothese) und I43B (Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk) weist der Kanton Appenzell Ausserrhoden mit 8,2 bzw. 8,8 Tagen eine MAHD auf, die 1,0 bzw. 0,9 Tage über dem schweizerischen Durchschnitt liegt.

G 3.4 Akutsomatik – MAHD, 2012-2016



Quelle: BFS – MS © Obsan 2018

T 3.2 MAHD nach den häufigsten DRG, 2016

			CH			AR			
Rang _{CH}	DRG	Bezeichnung	n	%	MAHD	Rang _{AR}	n	%	MAHD
Top 10	1.	P67D Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag	77 030	6,1%	3,5	1.	504	5,6%	3,3
	2.	O60D Vaginale Entbindung	33 661	2,7%	3,4	2.	222	2,5%	3,3
	3.	I47Z Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk oder Revision / Ersatz des Hüftgelenkes partiell oder total mit komplizierendem Eingriff oder Implantation oder Wechsel einer Radiumkopprothese	20 927	1,6%	7,2	4.	170	1,9%	8,2
	4.	I18B Arthroskopie einschliesslich Biopsie oder andere Eingriffe an Knochen oder Gelenken, Alter > 15 Jahre	20 571	1,6%	1,9	3.	208	2,3%	2,2
	5.	O60C Vaginale Entbindung mit schwerer oder mässig schwerer komplizierender Diagnose	19 304	1,5%	4,0	5.	169	1,9%	3,7
	6.	O01F Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose	17 654	1,4%	4,6	22.	67	0,7%	4,5
	7.	I43B Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	15 626	1,2%	7,9	8.	124	1,4%	8,8
	8.	G24Z Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien und anderen Hernien, Alter > 0 Jahre oder beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 0 Jahre und < 56 Jahre oder Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre	14 925	1,2%	2,4	9.	111	1,2%	2,6
	9.	I10C Andere Eingriffe an der Wirbelsäule, Alter > 15 Jahre	14 852	1,2%	5,9	10.	111	1,2%	5,8
	10.	B80Z Andere Kopfverletzungen	14 434	1,1%	1,7	7.	125	1,4%	1,6
Total Top10 DRG			248 984	19,6%		1 811		20,3%	
Übrige			1 020 673	80,4%	10,5	7 131		79,7%	9,1

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

3.1.2 Versorgungsangebot

Die Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2017 Akutsomatik zählt 13 Leistungserbringer mit akutstationärem Angebot. Davon haben mit dem Spital Herisau und dem Spital Heiden (beide Teil des Spitalverbunds Appenzell Ausserrhoden, SVAR) sowie der Hirslanden Klinik Am Rosenberg AG (nachfolgend: Hirslanden Klinik Am Rosenberg) und der Berit Klinik AG (nachfolgend: Berit Klinik) vier Leistungserbringer ihren Standort innerhalb des Kantons. Ergänzt wird das Angebot mit vier bzw. fünf Spitälern mit Standort in den Kantonen St. Gallen bzw. Zürich. Auf diese 13 Leistungserbringer verteilen sich insgesamt 474 Leistungsaufträge.¹³ Mit der Augenklinik

Dr. A. Scarpatetti AG, Teufen, existiert ausserdem ein weiteres Spital mit Standort Kanton Appenzell Ausserrhoden, welches allerdings nicht auf der kantonalen Spitalliste figuriert.¹⁴

Fallzahlen und Patientenstruktur

Tabelle T 3.3 enthält einige Kennzahlen zur Beschreibung der Listenspitäler. Der Case Mix Index (CMI) bildet das durchschnittliche Kostengewicht ab (meist pro Spital berechnet). Er stellt die durchschnittliche Fallschwere und den damit verbundenen zeitlichen, personellen sowie materiellen Ressourcen-

¹³ Vgl. „Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2017 Akutsomatik (gültig vom 01.01.2017 - 31.12.2019, SPLG Version 2016.1)“ (www.ar.ch > Verwaltung > Departement Gesundheit und Soziales > Amt für Gesundheit > Abteilung Spitalversorgung > Spitalplanung). Die Zahl der Leistungsaufträge berechnet sich exklusive der SPLG, die der IVHSM unterstellt sind.

¹⁴ Die Augenklinik Dr. A. Scarpatetti AG konnte trotz mehrfacher Fristverlängerung keine genügenden Kosten- und Leistungsdaten

einreichen was zur Folge hatte, dass keine Wirtschaftlichkeitsprüfung erstellt werden konnte. Damit konnte das auf der Spitalliste zu sichernde Angebot nicht hinsichtlich des in Art. 58b Abs. 4 lit. a KVV geforderten Kriteriums der Wirtschaftlichkeit überprüft werden. Das Spital konnte somit nicht auf der Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2017 Akutsomatik berücksichtigt werden. Seit dem 1. Januar 2017 behandelt die Augenklinik Dr. A. Scarpatetti AG keine stationären Fälle mehr.

T 3.3 Akutsomatik – Kennzahlen Listenspitäler Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2016

	Fälle	%AR	Ø CMI	Ø PCCL	%HP/P	%Notfälle	%OKP
Kantonale Listenspitäler							
Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (SVAR)	8 233	54,9%	0,75	0,99	15%	59%	95%
Spital Herisau	5 048	60,3%	0,80	1,05	16%	58%	94%
Spital Heiden	3 185	46,4%	0,66	0,89	13%	60%	96%
Hirslanden Klinik Am Rosenberg	2 831	11,2%	0,98	0,17	36%	1%	72%
Berit Klinik	3 400	10,6%	1,09	0,27	34%	0%	74%
Ausserkantonale Listenspitäler							
Kantonsspital St.Gallen	36 604	9,7%	1,21	1,34	19%	57%	94%
Hirslanden Klinik Stephanshorn	7 350	8,7%	1,00	0,50	29%	16%	94%
Ostschweizer Kinderspital	4 281	8,2%	1,00	0,91	9%	67%	78%
Geriatrische Klinik St.Gallen	1 543	5,4%	1,72	2,23	31%	9%	100%
Universitätsspital Zürich	40 959	0,2%	1,55	1,53	21%	42%	92%
Kinderspital Zürich	7 902	0,2%	1,36	1,19	17%	54%	67%
Klinik Hirslanden Zürich	19 329	0,3%	1,39	1,00	72%	21%	91%
Stadtpital Triemli	24 515	0,0%	1,10	1,23	19%	55%	95%
Klinik Lengg	926	0,3%	1,57	0,51	9%	6%	74%

Fälle: Stationäre Austritte

%AR: Anteil Patienten mit Wohnsitz im Kanton Appenzell Ausserrhoden

Ø CMI: Durchschnittlicher Case Mix Index (CMI)

Ø PCCL: Durchschnittliches Patient Complication and Comorbidity Level (PCCL)

%Notfall: Anteil Notfälle gemäss Variable Eintrittsart in der MS

%OKP: Anteil der Fälle mit Hauptgarant 'Krankenversicherung' für Grundversicherungsleistungen

%HP/P: Anteil Fälle in der Liegeklasse halbprivat oder privat

Als Listenspitäler werden alle Leistungserbringer bezeichnet, die mindestens in einer Leistungsgruppe (SPLG) über einen Leistungsauftrag des Kantons Appenzell Ausserrhoden verfügen und dementsprechend auf der «Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2017 Akutsomatik» aufgeführt sind.



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan

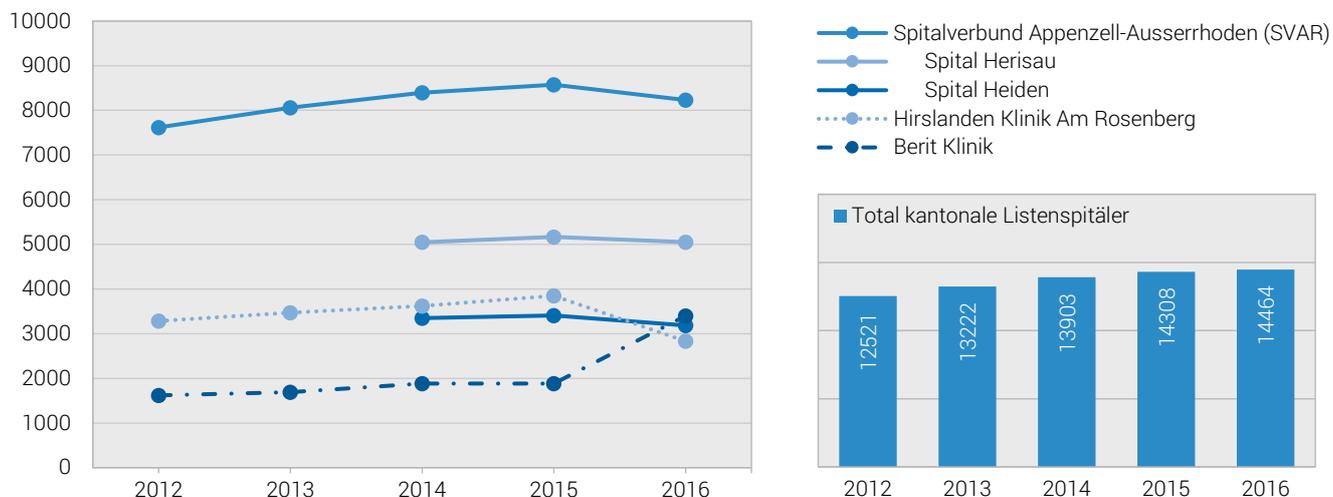
verbrauch (ökonomischer Schweregrad) bzw. Behandlungsaufwand dar. Ein Universitätsspital hat typischerweise überdurchschnittlich schwere Fälle und weist damit einen Case Mix Index grösser 1.0 aus, während ein Spital der Grundversorgung eher leichtere Fälle behandelt und typischerweise einen Index kleiner 1.0 ausweist. Von den Leistungserbringern mit Standort im Kanton Appenzell Ausserrhoden weist einzig die Berit Klinik einen CMI > 1 auf.

Der PCCL (Patient Complication and Comorbidity Level) oder auch patientenbezogener Schweregrad genannt, ergibt sich aus der Kumulation der relevanten Nebendiagnosen. Dabei werden die einzelnen Komplikations- und/oder Komorbiditätswerte (CC) bzw. Nebendiagnosen gemäss SwissDRG-Katalog in einen Schweregrad von 0 bis 4 eingeteilt, wobei 0 für keine und 4 für eine äusserst schwere Komplikation oder Komorbidität bzw. Nebendiagnose steht. Somit ist der PCCL im Gegensatz zum CMI, der Auskunft über die durchschnittliche Fallschwere und den damit verbundenen zeitlichen, per-

sonellen sowie materiellen Ressourcenverbrauch (ökonomischer Schweregrad) einer Behandlung gibt, ein Mass für die Multimorbidität der stationär behandelten Patientinnen und Patienten.

Der OKP-Anteil beschreibt den Anteil der Fälle, bei denen die Krankenversicherung als Hauptgarant für die Grundversicherungsleistungen erfasst ist. Nebst der Krankenversicherung kommen insbesondere die Invalidenversicherung (IV), die Unfallversicherung (UV) und die Militärversicherung (MV) als Hauptgarant in Frage. In der Regel beträgt der OKP-Anteil der Listenspitäler des Kantons Appenzell Ausserrhoden über 90%. Ausnahmen bilden einerseits das Ostschweizer Kinderspital und das Kinderspital Zürich mit einem OKP-Anteil von 78% bzw. 67%, was dadurch begründet ist, dass medizinische Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen häufiger über die Invalidenversicherung (IVG, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, SR 831.20) finanziert sind. Analog gilt dies auch für die insbesondere auf Epilepsie spezialisierte Klinik Lengg.

G 3.5 Akutsomatik – Fallzahlen kantonale Listenspitäler, 2012-2016



Kantonale Listenspitäler	2012	2013	2014	2015	2016	Δ 2012-16	CAGR
Spitalverbund Appenzell-Ausserrhoden (SVAR)	7 619	8 061	8 396	8 575	8 233	8,1%	2,0%
Spital Herisau			5 047	5 167	5 048	-	-
Spital Heiden			3 349	3 408	3 185	-	-
Hirslanden Klinik Am Rosenberg	3 283	3 470	3 624	3 849	2 831	-13,8%	-3,6%
Berit Klinik	1 619	1 691	1 883	1 884	3 400	110,0%	20,4%
Total	12 521	13 222	13 903	14 308	14 464	15,5%	3,7%

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

Andererseits weisen auch die Berit Klinik und die Hirslanden Klinik Am Rosenberg einen OKP-Anteil von weniger als 90% auf. Beide Kliniken sind auf orthopädische Eingriffe spezialisiert. Der niedrige OKP-Anteil erklärt sich dadurch, dass der Anteil der unfallbedingten Behandlungen und folglich der über die Unfallversicherung (UVG, Bundesgesetz über die Unfallversicherung) finanzierten Leistungen in der Orthopädie vergleichsweise hoch ist.

Abbildung G 3.5 zeigt die Entwicklung der Fallzahlen in den Listenspitälern mit Standort im Kanton Appenzell Ausserrhoden. Die Fallzahlen für die Standorte Herisau und Heiden des SVAR können anhand der MS erst ab 2014 separat ausgewiesen werden, weshalb in Abbildung G 3.5 zusätzlich die Gesamtfallzahl des SVAR dargestellt ist. Die Berit Klinik und die Orthopädie Rosenberg sind per 2016 eine strategische Partnerschaft eingegangen. Seit März 2016 führen die Spezialisten der Orthopädie Rosenberg einen Grossteil der operativen Behandlungen als unabhängige Belegärzte in der Berit Klinik durch.¹⁵ Dies führt 2016 zu einem markanten Anstieg der Fallzahlen bei der Berit Klinik, währenddessen gleichzeitig ein Rückgang der Hospitalisierungen in der Hirslanden Klinik Am Rosenberg zu verzeichnen ist. Insgesamt stieg die Zahl der

akutstationären Behandlungen im Kanton Appenzell Ausserrhoden von 12'521 im Jahr 2012 auf 14'464 im Jahr 2016, was einem durchschnittlichen Anstieg von +3,7% jährlich entspricht.

Versorgungsanteile

Tabelle T 3.4 enthält die Versorgungsanteile pro Leistungserbringer und SPLB für das Jahr 2016. Der Versorgungsanteil bezeichnet den Anteil der Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden, der im betreffenden Spital behandelt wurde. Der Versorgungsanteil beschreibt demnach die Relevanz der einzelnen Leistungserbringer innerhalb des Versorgungssystems bzw. zur Sicherstellung der Versorgung für die kantonale Wohnbevölkerung.

Gemäss Empfehlungen der GDK gelten inner- bzw. ausserkantonale Spitäler als versorgungsrelevant, wenn sie einen Versorgungsanteil von 5% bzw. 10% in einer Leistungsgruppe (SPLG) erreichen und dabei gleichzeitig mindestens zehn Fälle aus dem planenden Kanton aufweisen.

¹⁵ Vgl. dazu auch <https://beritklinik.ch/orthopaedie-rosenberg> (19.8.18).

T 3.4 Akutsomatik – Versorgungsanteile nach Spital und SPLB, 2016

	BP	Nervensystem & Sinnesorgane					Innere Organe									Bewegungsapparat				Gynäkologie & Geburtshilfe			Übrige		Total
	Basispaket	Dermatologie	Hals-Nasen-Ohren	Neurochirurgie	Neurologie	Ophthalmologie	Endokrinologie	Gastroenterologie	Viszeralchirurgie	Hämatologie	Gefässe	Herz	Nephrologie	Urologie	Pneumologie	Thoraxchirurgie	Transplantationen	Bewegungsapparat chirurgisch	Rheumatologie	Gynäkologie	Geburtshilfe	Neugeborene	(Radio-) Onkologie	Schwere Verletzungen	
Kantonale Listenspitäler	66%	34%	30%		42%		63%	61%	22%	29%	12%	2%	62%	54%	56%	8%		66%	69%	43%	77%	74%	14%	15%	58%
Spitalverbund Appenzell-Ausserrhoden (SVAR)	65%	34%	25%		42%		63%	61%	22%	28%	10%	2%	62%	54%	56%	8%		27%	62%	43%	77%	74%	14%	15%	51%
Spital Herisau	40%	25%	20%		28%		49%	48%	17%	23%	9%	2%	62%	40%	38%	8%		21%	38%	32%	53%	50%	10%	15%	34%
Spital Heiden	24%	9%	5%		13%		14%	13%	4%	6%	1%	0%	14%	18%				7%	24%	11%	24%	24%	4%		17%
Hirslanden Klinik Am Rosenberg	1%		5%							1%	1%							17%	2%						4%
Berit Klinik	0%									1%								22%	4%						4%
Ausserkantonale Listenspitäler	29%	59%	64%	96%	53%	77%	37%	37%	72%	71%	84%	94%	36%	42%	39%	75%	100%	24%	24%	52%	22%	26%	85%	69%	36%
Kantonsspital St. Gallen	16%	44%	45%	91%	44%	77%	17%	32%	50%	36%	62%	71%	29%	20%	35%	50%	100%	12%	11%	24%	13%	12%	75%	54%	23%
Hirslanden Klinik Stephanshorn	4%	9%	11%	2%				2%	18%		22%	2%		21%	1%	17%		9%	9%	26%	9%	9%	2%		7%
Ostschweizer Kinderspital	7%	3%	5%		4%		11%		1%	29%		0%		1%	1%			1%	2%	1%		5%	2%	8%	4%
Geriatrische Klinik St. Gallen	2%				5%		6%	1%		1%			7%					0%	2%				3%	8%	1%
Universitätsspital Zürich	0%	3%	2%	2%				1%	2%	5%		8%		0%	2%	8%		0%			1%	1%	1%		1%
Kinderspital Zürich	0%		0%				3%					2%						0%							0%
Klinik Hirslanden Zürich	0%		0%					1%			11%			0%				0%					1%		1%
Stadtspital Triemli	0%											1%						0%							0%
Klinik Lengg					1%																				0%
Übrige Kliniken	5%	6%	6%	4%	5%	23%		3%	6%		4%	4%	2%	4%	5%	17%		10%	7%	5%	1%	1%	1%	15%	5%

Bemerkungen: Als Listenspitäler werden alle Leistungserbringer bezeichnet, die mindestens in einer Leistungsgruppe (SPLG) über einen Leistungsauftrag des Kantons Appenzell Ausserrhoden verfügen und dementsprechend auf der «Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2017 Akutsomatik» aufgeführt sind.

□ < 5% ■ ≥ 5% ■ ≥ 10% ■ ≥ 20%

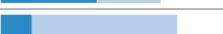
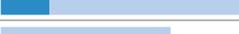
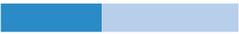
Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

Während der Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden bzw. die Spitäler Herisau und Heiden in der grossen Mehrheit der SPLB wesentliche Versorgungsanteile aufweisen, wird aus Tabelle T 3.4 sofort die Spezialisierung der Berit Klinik und der Hirslanden Klinik Am Rosenberg auf orthopädische Behandlungen ersichtlich. In sämtlichen SPLB beträgt der Versorgungsanteil der ausserkantonalen Listenspitäler mehr als 20%, was die Bedeutung ausserkantonomer Leistungserbringer für die Si-

herstellung der Versorgung im Kanton Appenzell Ausserrhoden verdeutlicht. In der Ophthalmologie, Thoraxchirurgie, Orthopädie und in Bezug auf die SPLB Schwere Verletzungen beläuft sich der Versorgungsanteil von Leistungserbringern, die nicht auf der Spitalliste des Kantons Appenzell Ausserrhoden sind, auf über 10%. Dabei gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass die Zahl der Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden in den SPLB Thoraxchirurgie und Schwere Verletzungen äusserst gering ist.

G 3.6 Akutsomatik – Abdeckungsgrad der Spitalliste des Kantons Appenzell Ausserrhoden nach SPLB, 2016

Bereich	SPLB	Abdeckungsgrad Spitalliste (ADG)			Abdeckungsgrad Spitalliste (ADG) ohne Notfälle			
		 kantonale Listenspitäler ausserkantonale Listenspitäler	% ADG	n	 kantonale Listenspitäler ausserkantonale Listenspitäler	% ADG	n	
	Basispaket		73%	3 483		55%	866	
Nervensystem & Sinnesorgane	Dermatologie		59%	32		60%	20	
	Hals-Nasen-Ohren		68%	244		71%	222	
	Neurochirurgie		82%	45		83%	29	
	Neurologie		53%	219		47%	38	
	Ophthalmologie		77%	64		73%	56	
Innere Organe	Endokrinologie		74%	35		43%	14	
	Gastroenterologie		69%	238		56%	62	
	Viszeralchirurgie		68%	144		62%	109	
	Hämatologie		92%	106		87%	61	
	Gefässe		88%	106		86%	73	
	Herz		85%	397		85%	313	
	Nephrologie		90%	42		82%	17	
	Urologie		79%	453		79%	366	
	Pneumologie		88%	121		89%	35	
	Thoraxchirurgie		58%	12		60%	10	
	Transplantationen		0%	2		---	0	
	Bewegungsapparat	Bewegungsapparat chir.		67%	1 582		70%	1 411
		Rheumatologie		71%	45		47%	17
Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie		80%	192		78%	169	
	Geburtshilfe		87%	682		84%	112	
	Neugeborene		86%	588		87%	576	
Übrige	(Radio-) Onkologie		92%	97		94%	80	
	Schwere Verletzungen		54%	13		0%	3	
Total			75%	8 942		72%	4 659	

 Abdeckungsgrad < 60% 60 ≤ Abdeckungsgrad < 70% Abdeckungsgrad ≥ 70%

Bemerkung: Bei der Berechnung des Abdeckungsgrads pro SPLB werden auch die SPLG miteinbezogen, welche über die IVHSM geregelt sind. Da die Leistungsaufträge in den IVHSM-SPLG nicht in der kantonalen Spitalliste geregelt sind, wird dadurch der aggregierte Abdeckungsgrad der Spitalliste pro SPLB geringfügig unterschätzt. Da die Fallzahlen in diesen SPLG aber äusserst gering sind, ist diese Ungenauigkeit zu vernachlässigen.

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS); Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2017 Akutsomatik

© Obsan 2018

T 3.5 Akutsomatik – Abdeckungsgrad der Spitalliste des Kantons Appenzell Ausserrhoden nach SPLG, 2016

SPLB	SPLG	Bezeichnung	Fälle	Abdeckungsgrad
Dermatologie	DER1	Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)	15	53%
Hals-Nasen-Ohren	HNO1	Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	110	61%
	HNO1.2	Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen	59	68%
Neurologie	NEU3	Zerebrovaskuläre Störungen	129	48%
Gastroenterologie	GAE1	Gastroenterologie	193	65%
Herz	HER1.1.3	Chirurgie und Interventionen an der thorakalen Aorta	11	27%
	HER1.1.4	Offene Eingriffe an der Aortenklappe	18	44%
	KAR1.1.1	Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)	36	47%
Bewegungsapparat chirurgisch	BEW1	Chirurgie Bewegungsapparat	313	65%
	BEW2	Orthopädie	92	68%
	BEW4	Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens	13	69%
	BEW8	Wirbelsäulenchirurgie	188	26%
	BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie	11	0%
Neugeborene	NEO1.1	Neonatologie (ab GA 32 0/7 SSW und GG 1250g)	39	59%

Bemerkung: Dargestellt sind lediglich die SPLG mit mehr als 10 Fällen von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden und einem Abdeckungsgrad von weniger als 70% im Jahr 2016.

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS); Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2017 Akutsomatik

© Obsan 2018

Abdeckungsgrad

Während beim Versorgungsanteil betrachtet wird, wie gross der Anteil der Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden in einem Spital ist, beschreibt der Abdeckungsgrad der Spitalliste den Anteil der kantonalen Patientinnen und Patienten, die in einem Spital behandelt wurden, das über einen Leistungsauftrag des Kantons verfügt. Im Gegensatz zur Analyse der Versorgungsanteile im vorangehenden Abschnitt wird demnach nicht nur ausgewertet, in welchem Spital wie viele Hospitalisierungen anfielen, sondern auch, ob das betreffende Spital in dieser SPLG einen Leistungsauftrag des Kantons Appenzell Ausserrhoden verfügt. Anders ausgedrückt kann mit dem Abdeckungsgrad eine Aussage zur Angemessenheit des Versorgungsangebots, welches über die kantonale Spitalliste für die Sicherstellung der Versorgung definiert ist, gemacht werden.

In Abbildung G 3.6 ist der Abdeckungsgrad pro SPLB für das Jahr 2016 dargestellt, einmal ausgehend von allen Spital- eintritten von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden und einmal nur ausgehend von den geplanten Hospitalisierungen, d.h. ohne Notfalleintritte. Anhand

der Balken ist in Abbildung G 3.6 ausserdem dargestellt, welcher Anteil der Hospitalisierungen dabei in innerkantonalen Listenspitälern bzw. in Listenspitälern mit Standort ausserhalb des Kantons erfolgte. Als Grundlage für die Auswertung diente die Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2017 Akutsomatik, gültig vom 1.1.2017 bis 31.12.2019.¹⁶ Auch wenn in Abbildung G 3.6 die Daten 2016 dargestellt sind, macht es Sinn, die aktuellste Version der kantonalen Spitalliste als Grundlage für die Analyse des Abdeckungsgrads heranzuziehen. Nur so kann die aktuelle Abdeckung anhand der für die Sicherstellung der Versorgung als relevant beurteilten Leistungserbringer untersucht werden. Für die Analyse des Abdeckungsgrads wird für jede Hospitalisierung analysiert, welcher SPLG diese zugeordnet ist. Anschliessend wird – ausgehend von der Spitalliste – die Summe der Fälle berechnet, in denen das jeweilige Spital über einen Leistungsauftrag des Kantons Appenzell Ausserrhoden in der betreffenden SPLG verfügt. Für die Analysen in Abbildung G 3.6 wird der Anteil der Hospitalisierungen in Listenspitälern auf Ebene der SPLB berechnet, indem die Hospitalisierungen in Listenspitälern und Nicht-Listenspitälern pro SPLG aufsummiert werden.

Gemäss Empfehlungen der GDK ist die Bedarfsgerechtigkeit der Spitalplanungen gegeben, wenn eine Abdeckung von

¹⁶ Vgl. www.ar.ch (Verwaltung > Departement Gesundheit und Soziales > Amt für Gesundheit > Abteilung Spitalversorgung > Spitalplanung).

70% pro SPLG (bzw. 80% bei Kantonen mit mehr als 300'000 Einwohnerinnen und Einwohnern) erreicht ist, eine Abdeckung unterhalb dieser Schwelle sei entsprechend zu begründen. Für den Kanton Appenzell Ausserrhoden beläuft sich der Abdeckungsgrad der Spitalliste in 15 SPLB auf 70% oder mehr. In vier SPLB liegt der Abdeckungsgrad lediglich unwesentlich unter 70% (Hals-Nasen-Ohren, Gastroenterologie, Viszeralchirurgie, Bewegungsapparat chirurgisch). In den SPLB Thoraxchirurgie, Transplantationen und Schwere Verletzungen beträgt der Abdeckungsgrad der Spitalliste deutlich weniger als 70%; allerdings sind die Fallzahlen im Kanton Appenzell Ausserrhoden äusserst gering. Schliesslich sind es die SPLB Dermatologie und Neurologie, in denen der Kanton Appenzell Ausserrhoden gleichzeitig mehr als 30 Fälle im Jahr 2016 sowie einen Abdeckungsgrad von deutlich weniger als 70% aufweist.

In Tabelle T 3.5 sind jene Leistungsgruppen aufgeführt, in welchen für den Kanton Appenzell Ausserrhoden im Jahr 2016 mindestens 10 Fälle verzeichnet wurden und der Abdeckungsgrad der Spitalliste im selben Jahr unter 70% lag. Es sind dies jene Leistungsgruppen, bei denen im Rahmen der Spitalplanung ab 2020 – mit Rücksicht auf die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung – ein besonderes Augenmerk gilt.

Mindestfallzahlen

Gemäss Art. 58b Abs. 5 lit. c KVV haben die Kantone bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität insbesondere auch Mindestfallzahlen zu beachten. Vor diesem Hintergrund definierte die Gesundheitsdirektion Zürich (vgl. GDZH, 2011) im Rahmen ihrer Spitalplanung 2012 Mindestfallzahlen (MFZ) in rund 30 SPLG als Bestandteil der leistungsgruppenspezifischen Anforderungen für die Vergabe von Leistungsaufträgen. Die MFZ belaufen sich in der Regel auf 10 Fälle pro Jahr. Für einzelne Leistungsgruppen sind die MFZ höher angesetzt, da bei diesen Behandlungen aufgrund von wissenschaftlichen Studien und Anwendungsbeispielen im Ausland bereits aussagekräftiges Datenmaterial vorhanden ist. Es handelt sich um eine Mindestfallzahl von 30 für maligne Neoplasien der Lunge (PNE1.1), eine Mindestfallzahl von 50 in der bariatrischen Chirurgie (VIS1.4) und eine Mindestfallzahl von 100 in der Koronarchirurgie (HER1.1.1).

Abbildung G 3.7 zeigt die Fallzahlen in den SPLG mit MFZ der Leistungserbringer auf der Spitalliste des Kantons Appenzell Ausserrhoden für das Jahr 2016. Die blau markierten Felder zeigen SPLG, in denen die Fallzahl des betreffenden Spitals unterhalb der MFZ liegt. Zahlen in Klammern stehen für Fallzahlen in Leistungsgruppen, in welchen das betreffende Spital über keinen Leistungsauftrag des Kantons Appenzell Ausserrhoden verfügt. Bei der Interpretation von Abbildung G 3.7 ist zu beachten, dass sich die Fallzahl pro Spital und SPLG teilweise von der bisher in diesem Bericht verwendeten Zählweise unterscheiden kann. Üblicherweise wird eine Person während eines Spitalaufenthaltes lediglich als ein Fall gezählt, unabhängig davon, ob sie einmal oder mehrmals operiert wurde. Im Gegensatz dazu berücksichtigt die MFZ-Zählweise gewisse Mehrfacheingriffe an derselben Person. Betreffen die Eingriffe verschiedene Leistungsgruppen mit MFZ, wird der Fall pro Leistungsgruppe je einmal gezählt. Ein Fall, bei dem beispielsweise während des gleichen Spitalaufenthaltes eine Leber- und eine Pankreasoperation vorgenommen werden, wird für die MFZ in beiden Leistungsgruppen je einmal gezählt (vgl. auch GDZH 2017).

Analysen der Gesundheitsdirektion Zürich zeigen eine positive Wirkung der MFZ auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen (GDZH 2016). Gestützt auf diese Erkenntnisse führt die GDZH im Jahr 2018 zusätzliche MFZ in fünf weiteren SPLG ein. Ausgehend von diversen Studien, die belegen, dass sich die Behandlungsqualität durch eine Verbindung von MFZ auf Stufe des Spitals (Untersuchungs-, Behandlungs- und Pflorgeteam) mit MFZ pro Operateur weiter verbessern lässt, wird die GDZH im Jahr 2019 zudem Mindestfallzahlen auf Ebene der Operateure implementieren (GDZH 2017). Appenzell Ausserrhoden verwendet für sämtliche Versorgungsbereiche die Zürcher Bewerbungsdateien und stützt sich auf die zugrundeliegenden Konzepte. Die von Zürich geplanten Anpassungen zur Präzisierung der Qualitätsanforderungen werden im Grundsatz gestützt, so wie auch die Präzisierung bezüglich der Mindestfallzahlen pro Spital und pro Operateur respektive Operateurin. Die Höhe der vorgesehenen Mindestfallzahlen je SPLG dürfte Gegenstand vertiefter Einzelfall-Prüfungen sein.

G 3.7 Akutsomatik – Mindestfallzahlen: Listenspitäler Appenzell Ausserrhoden 2017 Akutsomatik, Fallzahlen 2016

SPLG	MFZ ^a	SVAR												
		SVAR Herisau	SVAR Heiden	Hirslanden Klinik Am Rosenberg	Berit Klinik	Kantonsspital St.Gallen	Hirslanden Klinik Stephanshorn	Ostschweizer Kinderspital	Universitätsspital Zürich	Kispi - Kinderspital Zürich	Klinik Hirslanden Zürich	Klinik Lengg	Stadtspital Triemli	
DER1.1	Dermatologische Onkologie	10	(1)		(1)		64	(13)	0	(261)		(9)		15
NCH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie	10					16		0	72	20	41		
NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik	10					27		28	(4)	(61)	(27)	489	
NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung	10					12		9	(36)			55	
VIS1.1	Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)	10					(62)	(1)		(37)	(1)	(41)		(42)
VIS1.2	Grosse Lebereingriffe (IVHSM)	10					(40)			(68)		(33)		(33)
VIS1.3	Oesophaguschirurgie (IVHSM)	10					(27)	(2)	(2)	(31)	(7)	(33)		(15)
VIS1.5	Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)	10					(31)	(5)		(28)		(23)		(30)
HAE1.1	Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie	10					35		9	(91)	(21)	(7)		
HAE4	Autologe Blutstammzelltransplantation	10					32			85	7	(15)		8
GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)	10	5	(1)	(4)	(1)	215	59	1	192	3	102		(95)
GEF2	Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe	10 ^b	(1)	(1)			125	(10)	0	83	4	67		(64)
ANG2	Interventionen intraabdominale Gefässe	10 ^b					154	(25)	0	(363)	30	200		(87)
GEF3	Gefässchirurgie Carotis	10 ^c	13				94	(7)	0	(79)	1	69		(40)
ANG3	Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe	10 ^c	0				75	(2)	0	(134)	2	26		(18)
HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)	100								(504)	4	423		(299)
HER1.1.2	Komplexe kongenitale Herzchirurgie	10									79			
KAR1.1.1	Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)	10					(167)	(1)		847	105	365		(279)
URO1.1.1	Radikale Prostatektomie	10	13	(3)			59	84		(100)		(214)		(43)
URO1.1.2	Radikale Zystektomie	10	(3)				20	(8)	0	(46)		(25)		23
URO1.1.3	Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)	10	(7)				75	14	5	(95)	(11)	(65)		(63)
TH01.1	Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)	30	(3)				98	(3)	0	131		48		(73)
BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie	10			6	2	(85)	(23)	2	(43)	(18)	(38)		(1)
BEW9	Knochentumore	10				0	1	(1)	2	(1)	(3)	(1)		(1)
BEW10	Plexuschirurgie	10			(6)	(2)	12	(6)	1	(15)	0	(32)		

^aMFZ gemäss "Leistungsspezifische Anforderungen" SPLG (Version 2016.1)

^bbzw. eine MFZ von 20 GEF2 und ANG2 zusammengenommen

^cbzw. eine MFZ von 20 GEF3 und ANG3 zusammengenommen

■ = Fallzahl unterhalb MFZ

() = kein Leistungsauftrag des Kanton AR gemäss Spitalliste 2017

0 = Nullwerte werden ausgewiesen, wenn zwar ein Leistungsauftrag des Kanton AR vorhanden ist, jedoch keine Fälle in der entsprechenden Leistungsgruppe behandelt wurden.

3.1.3 Patientenströme

Die Bedeutsamkeit der Patientenströme und der interkantonalen Koordination im Rahmen der kantonalen Spitalplanungen wurde bereits in Abschnitt 1.2.5 beschrieben. Kurz gesagt, dient die Analyse der Patientenströme dazu, die Abhängigkeiten zwischen kantonalen Versorgungssystemen darzustellen, so dass diese Abhängigkeiten entsprechend in den Planungen berücksichtigt werden können. Anhand der Indikatoren in Tabelle T 3.6 können geeignete Kennzahlen hergeleitet werden, um diese Abhängigkeiten zwischen Versorgungssystemen zu

beschreiben. Die hier verwendeten Indikatoren stützen sich auf die Studien von Huber (2015), Pellegrini und Luyet (2012) sowie Matter-Walstra et al. (2006). In Grafik G 3.8 sind die Indikatoren gemäss Tabelle T 3.6 für den Kanton Appenzell Ausserrhoden dargestellt. Die Patientenströme nehmen im Analysezeitraum zwischen 2012 und 2016 sukzessive zu, das gilt sowohl in absoluten Zahlen (vgl. Zu- bzw. Abwanderung) als auch in Relation zur Gesamtzahl der behandelten Fälle (vgl. Zustrom bzw. Abfluss). Wenn der Abfluss steigt, ist es logisch, dass der Lokalisationsindex im selben Zeitraum sinkt. Für den

T 3.6 Indikatoren Patientenströme

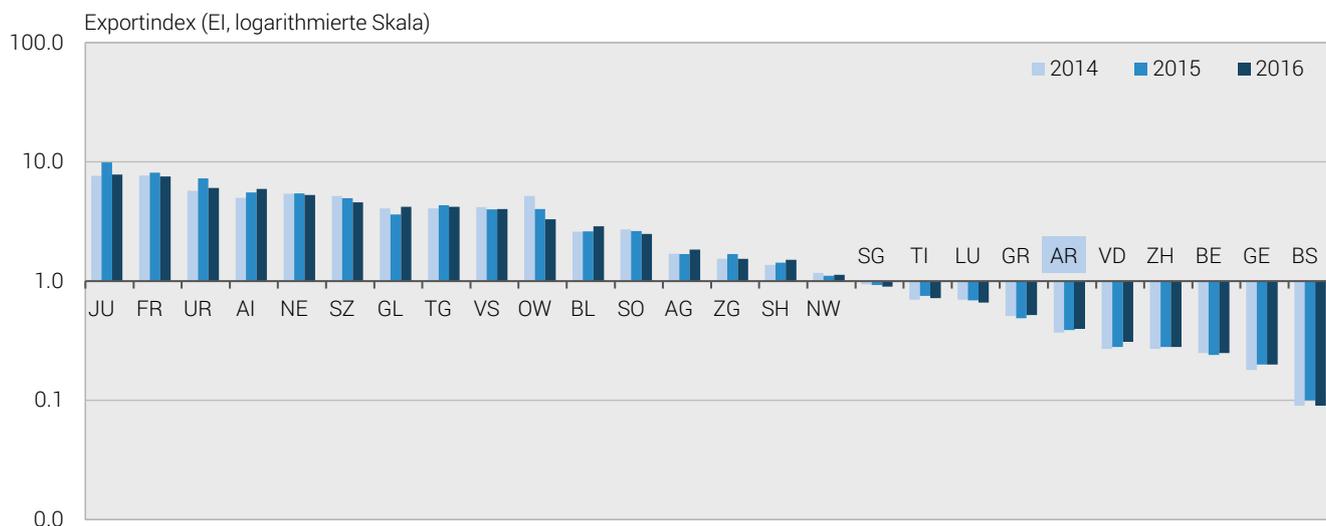
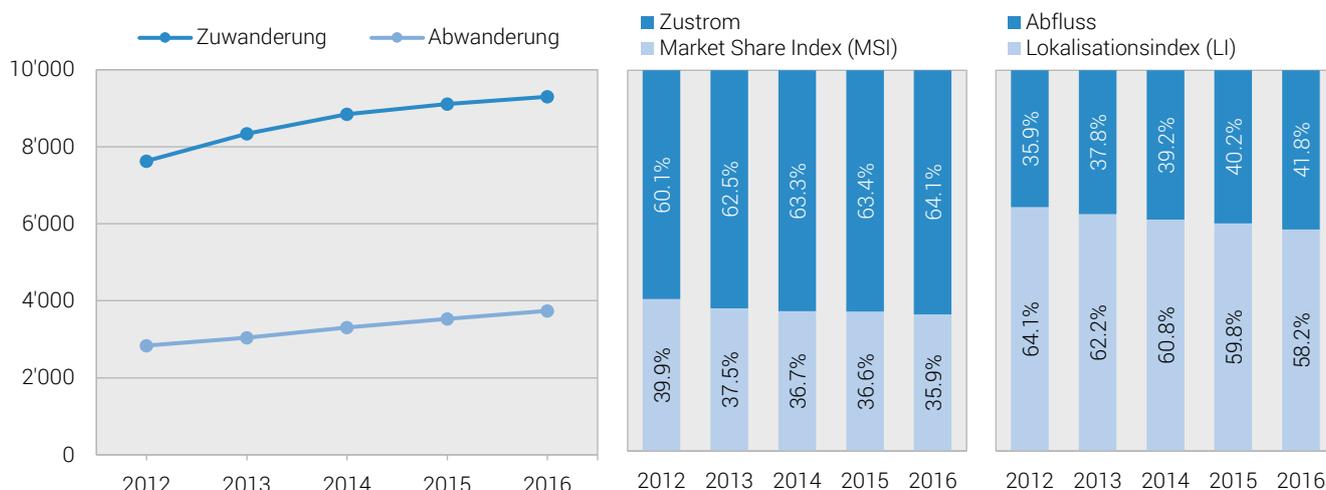
Indikator	Beschreibung	Formel
Zuwanderung	Die Zuwanderung beschreibt die Anzahl Hospitalisierungen von ausserkantonalen Patient/innen in Spitäler mit Standort im Kanton Appenzell Ausserrhoden. Es ist dies also die absolute Zahl ausserkantonaler Patient/innen, die für eine Behandlung in den Kanton Appenzell Ausserrhoden kommen.	Z_k
Zustrom, %	Der Zustrom entspricht dem Anteil der Zuwanderung. Es ist der Anteil der von ausserhalb des Kantons kommenden Patient/innen an allen Hospitalisierungen in Spitälern im Kanton.	$Zustrom_k = \frac{Z}{H_k}$ $Z_k =$ Zuwanderung in den Kanton k $H_k =$ Hospitalisierungen im Kanton k
Abwanderung	Die Abwanderung beschreibt die Anzahl ausserkantonale Hospitalisierungen von Patient/innen mit Wohnsitz im Kanton Appenzell Ausserrhoden. Es ist dies also die absolute Zahl der Patient/innen aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden, die sich ausserhalb des Kantons behandeln lassen.	A_k
Abfluss, %	Der Abfluss steht für den Anteil der ausserkantonale hospitalisierten Fälle an allen Hospitalisierungen von Patient/innen mit Wohnsitz im Kanton Appenzell Ausserrhoden.	$Abfluss_k = \frac{A_k}{P_k}$ $A_k =$ Abwanderung aus dem Kanton k $P_k =$ Patient/innen mit Wohnsitz im Kanton k
Market Share Index (MSI), %	Der Market Share Index zeigt, wie viele der im Kanton hospitalisierten Fälle auch dort wohnhaft sind und bildet damit den prozentualen Anteil der Patient/innen mit Wohnsitz im Kanton Appenzell Ausserrhoden ab, die in einem Spital innerhalb des Kantons behandelt werden.	$MSI_k = \frac{H_k - Z_k}{H_k} = 1 - Zustrom_k$ $Z =$ Zuwanderung in den Kanton k $H_k =$ Hospitalisierungen im Kanton k
Lokalisationsindex (LI), %	Der Lokalisationsindex ist das Gegenstück zum Abfluss und bedeutet den Anteil der im Kanton wohnhaften Fälle, die im Wohnkanton hospitalisiert werden, an allen im Kanton wohnhaften Fällen. Diese Kennzahl zeigt, welcher Anteil der hospitalisierten Bevölkerung im eigenen Wohnkanton hospitalisiert wird und somit im Kanton „bleibt“.	$LI_k = \frac{P_k - A_k}{P_k} = 1 - Abfluss_k$ $A_k =$ Abwanderung aus dem Kanton k $P_k =$ Patient/innen mit Wohnsitz im Kanton k
Nettowanderung	Die Nettowanderung - bei Huber (2015) Absolut-Saldo genannt - zeigt, wie gross die Differenz zwischen den von ausserhalb des Kantons kommenden Fällen (Zuwanderung) und den aus dem Kanton hinausgehenden Fällen (Abwanderung) ist. Ein positiver Wert (>0) bedeutet, dass absolut gesehen mehr Fälle von ausserhalb des Kantons kommen als vom Wohnkanton aus in andere Kantone gehen. Wenn der Saldo nahe bei null ist, lässt dies erkennen, dass sich die hineinkommenden und hinausgehenden Flüsse zahlenmässig ausgleichen.	$Nettowanderung_k = Z_k - A_k$ $A_k =$ Abwanderung aus dem Kanton k $Z_k =$ Zuwanderung in den Kanton k
Exportindex (EI)	Der Exportindex bildet das Verhältnis zwischen Abwanderung und Zuwanderung. Ein Wert >1 bedeutet, dass netto Fälle „exportiert“ werden. Ein Wert <1 hingegen bedeutet, dass netto Fälle „importiert“ werden. Diese Kennzahl zeigt, ob ein Kanton ein „Netto-Importeur“ oder ein „Netto-Exporteur“ ist.	$EI = \frac{A_k}{Z_k}$ $A_k =$ Abwanderung aus dem Kanton k $Z_k =$ Zuwanderung in den Kanton k

Quellen: Huber (2015), Pellegrini und Luyet (2012); Matter-Walstra et al. (2006)

© Obsan 2018

G 3.8 Akutsomatik – Indikatoren Patientenströme Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2012-2016

Bereich	Indikator	2012	2013	2014	2015	2016
Import	Zuwanderung	7 629	8 334	8 844	9 105	9 297
	Zustrom	60,1%	62,5%	63,3%	63,4%	64,1%
Export	Abwanderung	2 836	3 041	3 305	3 532	3 738
	Abfluss	35,9%	37,8%	39,2%	40,2%	41,8%
Verhältnis Import/Export	Lokalisationsindex (LI)	64,1%	62,2%	60,8%	59,8%	58,2%
	Market Share Index (MSI)	39,9%	37,5%	36,7%	36,6%	35,9%
	Nettowanderung	4 793	5 293	5 539	5 573	5 559
	Exportindex (EI)	0,37	0,36	0,37	0,39	0,40



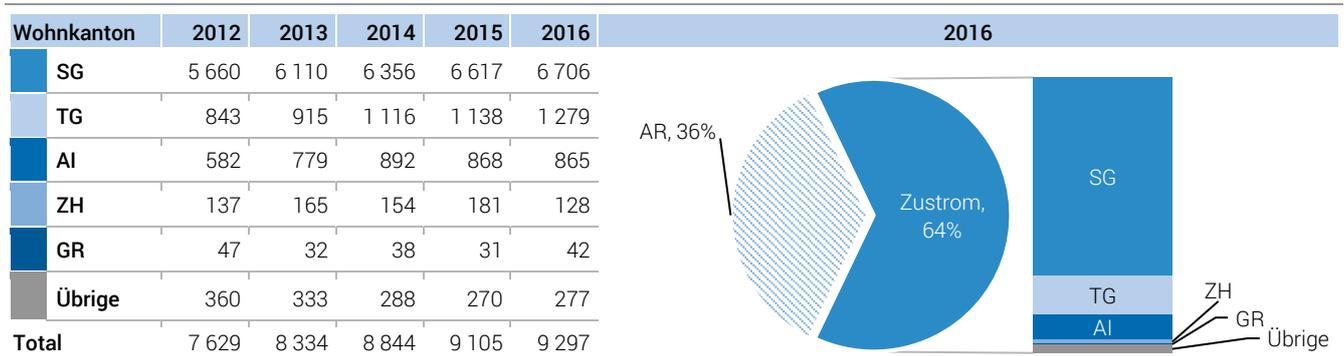
Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

Kanton Appenzell Ausserrhoden nimmt der Lokalisationsindex – d.h. der Anteil der Kantonsbevölkerung, der sich in einem Spital im Kanton Appenzell Ausserrhoden behandeln lässt – von 64,1% im Jahr 2012 auf 58,2% im Jahr 2016 ab.

Entsprechend gilt das ebenso für den Zustrom und den Market Share Index. Da in kantonalen Spitälern der Anteil ausserkantonalen Patientinnen und Patienten (Zustrom) steigt, reduziert sich der Market Share Index von 39,9% im Jahr 2012 auf 35,9% im Jahr 2016.

G 3.9 Akutsomatik – Zuwanderung nach Wohnkanton der Patientinnen und Patienten, 2012-2016



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

Im Jahr 2016 liessen sich 9'297 ausserkantonale Patientinnen und Patienten in Spitälern mit Standort im Kanton behandeln, wohingegen 3'738 Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton für eine Behandlung ein Spital ausserhalb des Kantons aufsuchten. Dies ergibt eine Nettowanderung von 5'559 Fällen.

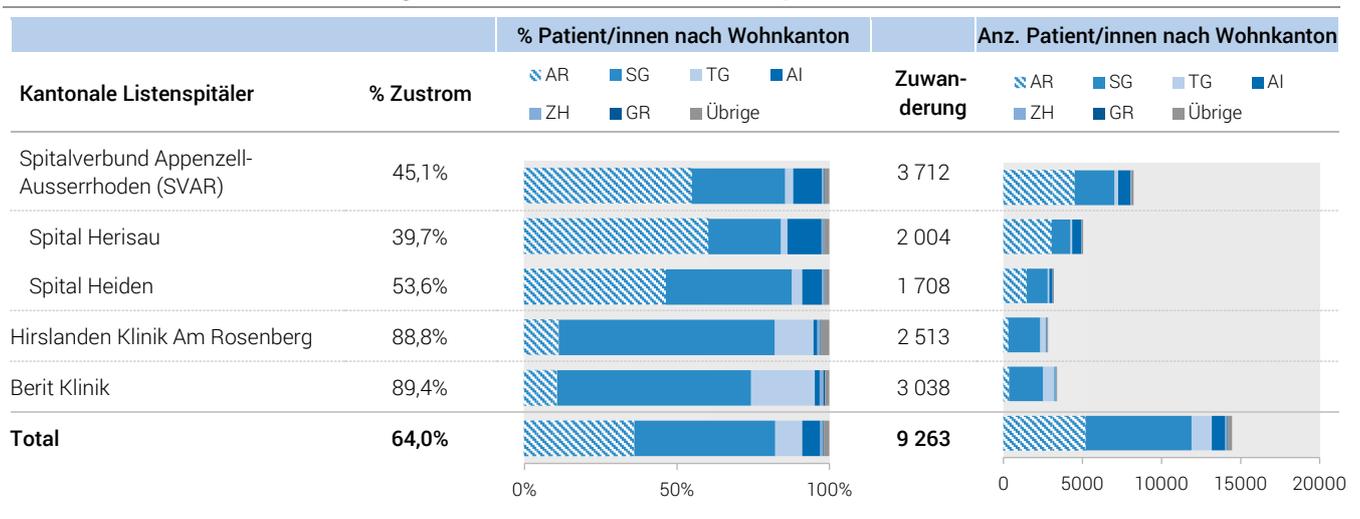
Das Verhältnis von Abwanderung und Zuwanderung kann beispielsweise anhand des Exportindex beschrieben werden. Mit 0,4 weist der Kanton Appenzell Ausserrhoden einen Exportindex kleiner als 1 aus, d.h. der Kanton Appenzell Ausserrhoden ist ein Importkanton. Mit anderen Worten, insgesamt ist die Zuwanderung in den Kanton Appenzell Ausserrhoden grösser als die Abwanderung. Relativ gesehen weisen lediglich die Kantone mit einem Universitätsspital (Basel-Stadt, Genf, Bern, Zürich und Waadt) einen höheren Zuwanderungsüberschuss (bzw. einen niedrigeren Exportindex, vgl. Abbildung G 3.8) auf. An sechster Stelle folgt bereits der Kanton Appenzell Ausserrhoden. Daran wird nochmals deutlich, wie

wichtig die interkantonale Koordination in Bezug auf die Spitalplanung Akutsomatik ist. In den nachfolgenden Abschnitten werden einzelne der Indikatoren zu den Patientenströmen gemäss Abbildung G 3.8 noch detaillierter beschrieben.

Zuwanderung und Zustrom

In Abbildung G 3.9 ist die Zuwanderung nach Wohnkanton der Patientinnen und Patienten dargestellt. Der Zustrom ausserkantonaler Fälle im Jahr 2016 belief sich auf insgesamt 64%, was einer Zuwanderung von 9'297 Fällen entspricht. Alleine 46% der Hospitalisierungen im Kanton Appenzell Ausserrhoden sind auf Patientinnen und Patienten aus dem Kanton St. Gallen zurückzuführen. Damit ist die Zahl der St. Galler Patientinnen und Patienten (6'706) grösser als die Zahl der Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden (5'204). Weitere wesentliche Anteile beziehen sich auf den Zustrom von Patientinnen und Patienten aus den Kantonen

G 3.10 Akutsomatik – Zuwanderung und Zustrom in kantonale Listenspitäler nach Wohnkanton, 2016



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

Thurgau (9% aller Hospitalisierungen in Spitälern mit Standort im Kanton Appenzell Ausserrhoden), Appenzell Innerrhoden (6%) und Zürich (1%).

Abbildung G 3.10 zeigt die Zuwanderung für die kantonalen Listenspitäler. Einzig im Spital Herisau machen Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden mehr als die Hälfte der hospitalisierten Personen aus. Dahingegen liegt der Anteil ausserkantonomer Patienten (Zustrom) in der Hirslanden Klinik Am Rosenberg und der Berit Klinik bei beinahe 90%. Die Differenz im Total zwischen den Abbildungen G 3.9 und G 3.10 kommt zustande, weil mit der Augenklinik Dr. A. Scarpatetti AG, Teufen, ein weiterer Leistungserbringer seinen Standort im Kanton Appenzell Ausserrhoden hat, jedoch seit 2017 nicht mehr auf der Spitalliste des Kantons figuriert und dementsprechend in Abbildung G 3.10 nicht aufgeführt ist. Seit 2017 erbringt die Augenklinik Dr. A. Scarpatetti AG keine stationären Leistungen nach KVG mehr.

In Tabelle T 3.7 sind die Zuwanderung und der Zustrom ausserkantonomer Patientinnen und Patienten nach Leistungsbereich dargestellt. Die Zuwanderung beschreibt die absolute Anzahl ausserkantonomer Patientinnen und Patienten pro SPLB. Mehr als 100 ausserkantonomere Fälle sind im Jahr 2016 – nebst dem Basispaket – in den SPLB Hals-Nasen-Ohren, Urologie, Bewegungsapparat chirurgisch, Gynäkologie, Geburtshilfe und Neugeborene zu verzeichnen.

Der Zustrom beschreibt den Anteil der ausserkantonomeren Fälle an allen Hospitalisierungen im Kanton Appenzell Ausserrhoden. Von den zuvor genannten Leistungsbereichen mit vergleichsweise vielen ausserkantonomeren Fällen ist der Zustrom besonders hoch in den SPLB Bewegungsapparat chirurgisch (83,2%), Hals-Nasen-Ohren (68,8%), Neugeborene (68,7%) und Geburtshilfe (68,4%). Mit anderen Worten ausgedrückt, in die-

T 3.7 Akutsomatik – Zuwanderung und Zustrom nach SPLB, 2012-2016

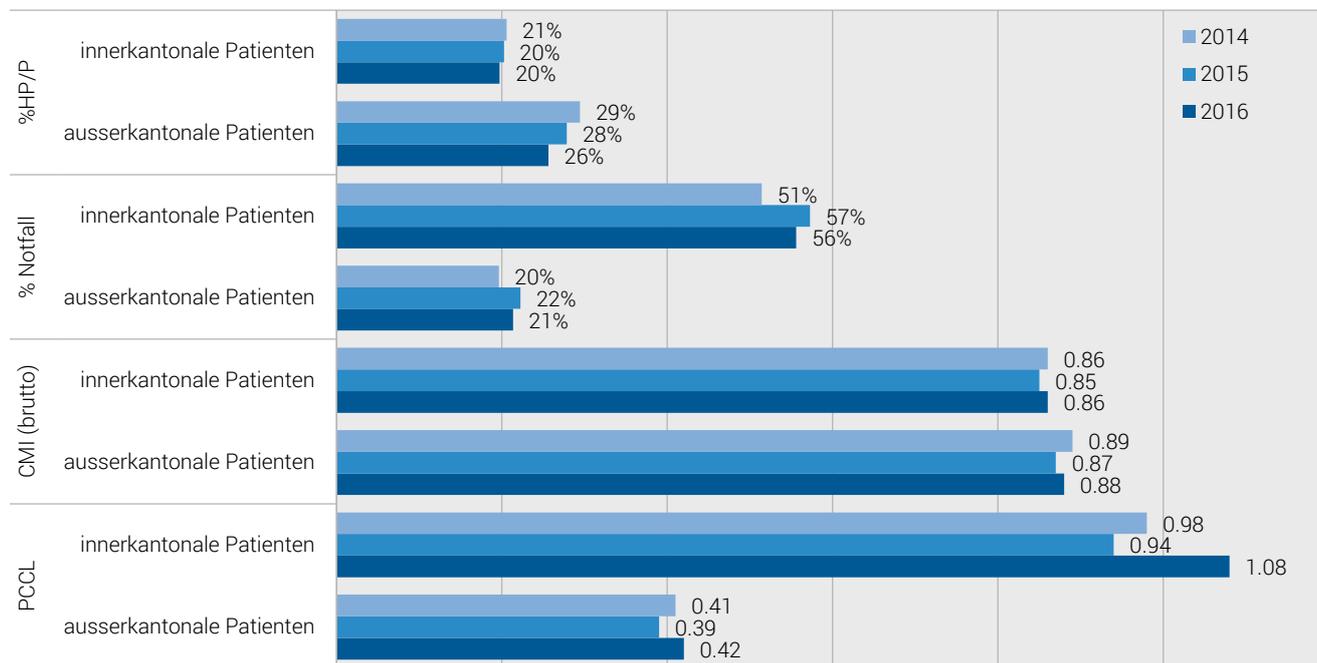
Bereich	SPLB	Zuwanderung: Ausserkantonale Patient/innen hospitalisiert im Kanton AR						Trend	%Zustrom	
		2012	2013	2014	2015	2016	2016			
	Basispaket	1 135	1 322	1 403	1 368	1 307		36,2%		
Nervensystem & Sinnesorgane	Dermatologie	19	20	15	12	8		*		
	Hals-Nasen-Ohren	150	612	999	209	163		68,8%		
	Neurochirurgie	2	7		2	1		*		
	Neurologie	19	28	37	27	27		22,9%		
	Ophthalmologie	167	119	62	41	36		*		
Innere Organe	Endokrinologie	5	11	7	1	12		*		
	Gastroenterologie	48	68	70	57	52		26,4%		
	Viszeralchirurgie	15	20	20	38	19		*		
	Hämatologie	17	3	10	7	10		*		
	Gefässe	16	3	2	4	16		*		
	Herz	3	4	3	6	9		*		
	Nephrologie	20	8	20	18	7		*		
	Urologie	96	173	188	201	168		40,8%		
	Pneumologie	23	12	19	34	22		24,4%		
	Thoraxchirurgie				1	4		*		
Transplantationen							*			
Bewegungsapparat	Bewegungsapparat chirurgisch	4 061	4 303	4 661	4 801	5 181		83,2%		
	Rheumatologie	39	55	47	46	31		50,0%		
Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	118	176	177	170	132		61,4%		
	Geburtshilfe	897	996	1 027	1 114	1 135		68,4%		
	Neugeborene	777	390	77	928	955		68,7%		
Übrige	(Radio-) Onkologie	2	4		20	1		*		
	Schwere Verletzungen					1		*		
Total		7 629	8 334	8 844	9 105	9 297		64,1%		

* Der Zustrom wird lediglich für SPLB ausgewiesen, in denen im Jahr 2016 mindestens 50 Fälle in Spitälern im Kanton Appenzell Ausserrhoden verzeichnet sind

Quelle: B FS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

G 3.11 Akutsomatik – Patientenstruktur bei ausserkantonalen vs. innerkantonalen Patientinnen und Patienten, 2014-2016



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

sen Leistungsbereichen werden in Spitälern im Kanton Appenzell Ausserrhoden nicht nur viele, sondern auch vorwiegend ausserkantonale Patientinnen und Patienten behandelt.

Abbildung G 3.11 zeigt die Unterschiede in der Patientenstruktur zwischen inner- und ausserkantonalen Patientinnen und Patienten, die im Kanton Appenzell Ausserrhoden hospitalisiert wurden. Es wird daraus ersichtlich, dass ausserkantonale Patientinnen und Patienten häufiger zusatzversichert sind (d.h. in der Kategorie halbprivat oder privat hospitalisiert sind; HP/P), seltener als Notfall eintreten und einen tieferen PCCL-Score aufweisen. Im Gegensatz zum PCCL-Score gibt es in Bezug auf den CMI keine wesentlichen Unterschiede zwischen ausser- und innerkantonalen Patientinnen und Patienten.

Abwanderung und Abfluss

Abbildung G 3.12 zeigt die Abwanderung nach Zielkanton. Insgesamt liessen sich im Jahr 2016 3'738 Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden ausserhalb des Kantons behandeln, was einem Abfluss von 42% entspricht. 36% aller kantonalen Patientinnen und Patienten wurden im Jahr 2016 in einem Spital im Kanton St. Gallen hospitalisiert. Es folgen darauf Hospitalisierungen in den Kantonen Zürich, Appenzell Innerrhoden und Graubünden.

Tabelle T 3.8 zeigt die absolute Zahl der ausserkantonalen Hospitalisierungen (Abwanderung) sowie deren Anteil (Abfluss) am Total der Hospitalisierungen von Patientinnen und

Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden pro Leistungsbereich. In den SPLB Neurochirurgie und Transplantationen erfolgen sämtliche Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden ausserhalb des Kantons. Auch die SPLB Ophthalmologie, Thoraxchirurgie, (Radio-)Onkologie, Schwere Verletzungen, Gefässe und Herz verzeichnen im Jahr 2016 einen Abfluss von über 80%. Mit Ausnahme der SPLB Geburtshilfe und Neugeborene beläuft sich der Abfluss in sämtlichen Leistungsbereichen auf über 30%, woran die wesentliche Bedeutung ausserkantonaler Leistungserbringer für die Sicherstellung der Versorgung deutlich wird.

Abbildung G 3.13 zeigt die Unterschiede in der Patientenstruktur zwischen inner- und ausserkantonalen Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden. Die Kategorie „Hospitalisierungen in Spitälern innerhalb des Kantons“ entspricht eins zu eins der Kategorie „innerkantonale Patient/innen“ in Abbildung G 3.13. In beiden Fällen handelt es sich um kantonale Patientinnen und Patienten, die im Kanton behandelt wurden. In Abbildung G 3.13 sind diesen nun die ausserkantonalen Hospitalisierungen gegenübergestellt. Es wird daraus ersichtlich, dass Patientinnen und Patienten, die ausserhalb des Kantons behandelt werden, häufiger zusatzversichert sind und seltener als Notfall eintreten. Darüber hinaus weisen ausserkantonal behandelte Patientinnen und Patienten im Schnitt auch einen höheren CMI und einen höheren PCCL-Score auf.

G 3.12 Akutsomatik – Abwanderung nach Standortkanton des Spitals (Zielkanton), 2012-2016

Zielkanton	2012	2013	2014	2015	2016	2016			
SG	2 358	2 586	2 779	3 009	3 207				
ZH	182	172	216	215	218				
AI	120	109	134	151	132				
GR	29	36	44	45	44				
TG	55	42	30	28	37				
Übrige	92	96	102	84	100				
Total	2 836	3 041	3 305	3 532	3 738				

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

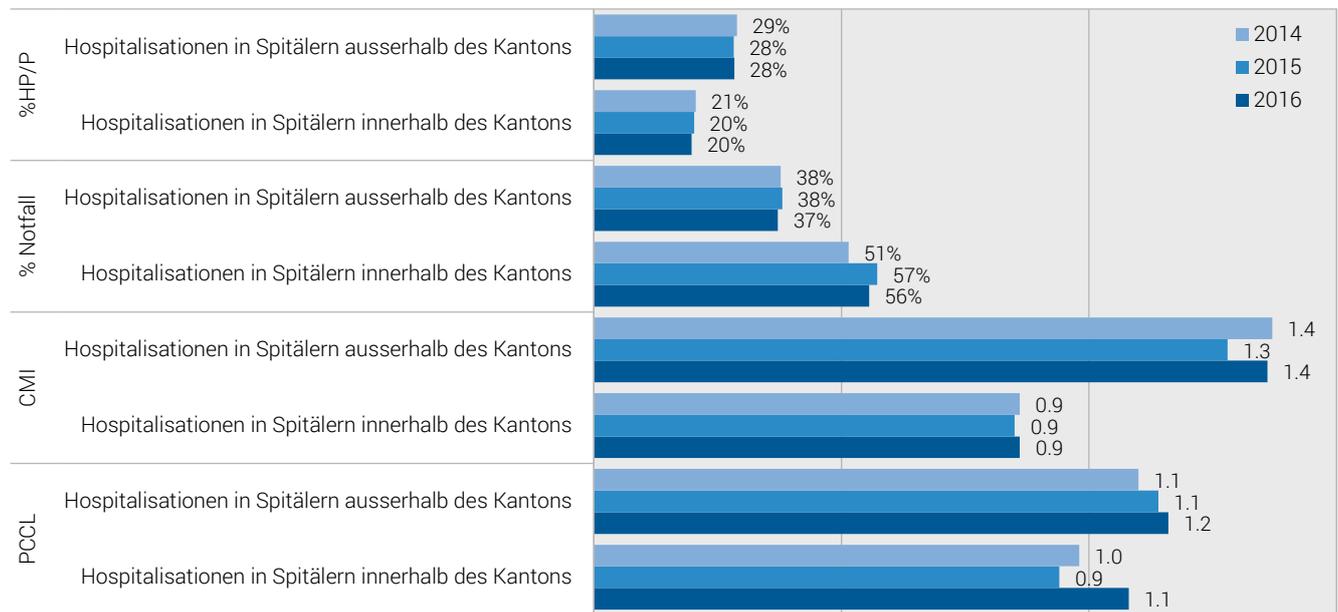
T 3.8 Akutsomatik – Abwanderung und Abfluss nach SPLB, 2012-2016

Bereich	SPLB	Abwanderung: Hospitalisierungen von Patient/innen aus dem Kanton AR ausserhalb des Kantons					Trend	% Abfluss		
		2012	2013	2014	2015	2016		2016	2016	
	Basispaket	833	937	1 044	1 133	1 182		33,9%		
Nervensystem & Sinnesorgane	Dermatologie	22	22	16	16	21		65,6%		
	Hals-Nasen-Ohren	127	161	181	182	170		69,7%		
	Neurochirurgie	26	30	30	30	45		100,0%		
	Neurologie	82	130	108	137	128		58,4%		
	Ophthalmologie	54	60	54	51	61		95,3%		
Innere Organe	Endokrinologie	5	3	8	22	13		37,1%		
	Gastroenterologie	62	50	63	87	93		39,1%		
	Viszeralchirurgie	62	69	66	87	113		78,5%		
	Hämatologie	37	35	51	68	75		70,8%		
	Gefässe	78	62	74	57	93		87,7%		
	Herz	292	291	359	398	388		97,7%		
	Nephrologie	10	13	11	11	16		38,1%		
	Urologie	146	139	185	173	209		46,1%		
	Pneumologie	95	52	88	60	53		43,8%		
	Thoraxchirurgie	15	11	7	10	11		91,7%		
	Transplantationen	11	7	12	1	2		100,0%		
	Bewegungsapparat	Bewegungsapparat chirurgisch	384	453	490	499	537		33,9%	
		Rheumatologie	10	16	25	21	14		31,1%	
	Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	85	116	127	114	109		56,8%	
Geburtshilfe		179	165	154	151	158		23,2%		
Neugeborene		162	122	78	141	153		26,0%		
Übrige	(Radio-) Onkologie	47	89	61	78	83		85,6%		
	Schwere Verletzungen	12	8	13	5	11		84,6%		
Total		2 836	3 041	3 305	3 532	3 738		41,8%		

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

G 3.13 Akutsomatik – Patientenstruktur bei ausserkantonalen vs. innerkantonalen Hospitalisierungen, 2014-2016



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

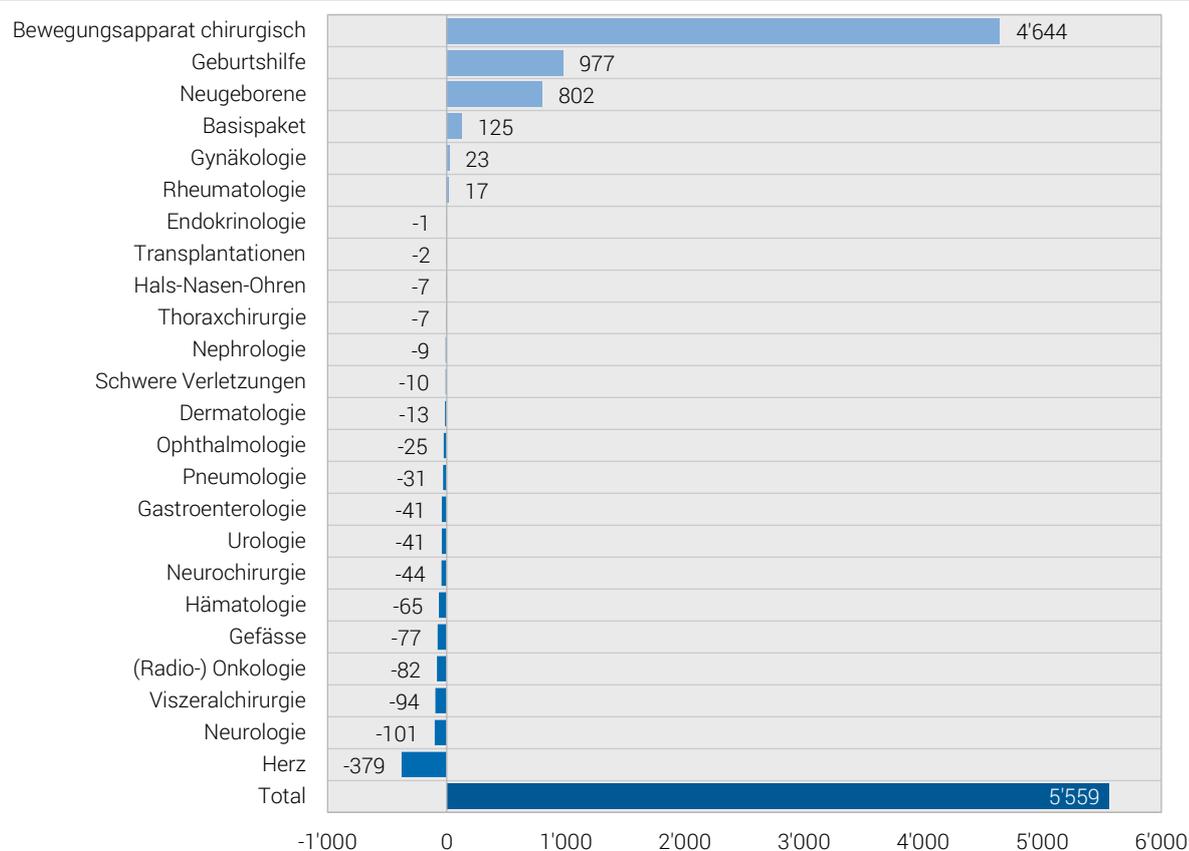
© Obsan 2018

Nettowanderung

Die Nettowanderung beschreibt die Differenz zwischen Zu- und Abwanderung. In Abbildung G 3.14 ist die Nettowanderung für den Kanton Appenzell Ausserrhoden für das Jahr 2016 nach SPLB ausgewiesen. Die Grafik ist wie folgt zu lesen: In der SPLB Bewegungsapparat chirurgisch betrug die Zuwanderung im Jahr 2016 5'181 ausserkantonale Patientinnen und Patienten (vgl. auch Tabelle T 3.7). Die Abwanderung kantonaler Patientinnen und Patienten belief sich im selben Jahr auf 537 (vgl. auch Tabelle T 3.8). Daraus ergibt sich eine positive Nettowanderung von 4'644 Fällen.

Obschon der Kanton Appenzell Ausserrhoden insgesamt ein Importkanton ist, verzeichnet er lediglich in fünf Leistungsbereichen eine positive Nettowanderung. Nebst der bereits erwähnten SPLB Bewegungsapparat chirurgisch, innerhalb derer 56% der Zuwanderung in den Kanton Appenzell Ausserrhoden entsteht, ist der Saldo aus Zu- und Abwanderung nur noch in den Leistungsbereichen Geburtshilfe, Neugeborene, Basispaket, Gynäkologie und Rheumatologie positiv. In den übrigen 16 Leistungsbereichen ist die Abwanderung grösser als die Zuwanderung.

G 3.14 Akutsomatik – Nettowanderung nach SPLB, 2016



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

3.2 Bedarfsprognose

Ziel der Bedarfsprognose ist es, eine zuverlässige Schätzung des künftigen Versorgungsbedarfs unter Berücksichtigung der relevanten Einflussfaktoren zu erhalten. Die nachfolgend dargelegte Bedarfsprognose stellt eine Aktualisierung der Bedarfsprognose im Rahmen des Versorgungsberichts 2010 dar (vgl. Departement Gesundheit AR 2010). Die Aktualisie-

rung der Prognose basiert auf dem Modell des Obsan. In Kapitel 2.2 des vorliegenden Berichts sind das Prognosemodell und die zugrundeliegenden Einflussfaktoren beschrieben. Aus den verfügbaren Szenarien zur Schätzung der Entwicklung der relevanten Einflussfaktoren wurden für die Prognose des akutstationären Versorgungsbedarfs im Kanton Appenzell Ausserrhoden drei Prognoseszenarien bestimmt: ein Minimalszenario, ein Basisszenario und ein Maximalszenario.

K 10 Prognoseszenarien Akutsomatik

Annahmen	Minimalszenario (Min)	Basisszenario (Basis)	Maximalszenario (Max)
Bevölkerungsentwicklung	BFS, tiefes Szenario	BFS, Referenzszenario	BFS, hohes Szenario
Hospitalisierungsrate / Fälle	Als Grundlage für die Prognose der Fallzahlen dienen die kantonalen Hospitalisierungsraten pro DRG und Altersgruppe gemäss Referenzjahr		
MAHD / Pflegetage	Szenario Shortest: Angleichung MAHD pro DRG an dasjenige Spital mit der kürzesten Aufenthaltsdauer	Szenario 40perct: Angleichung MAHD an das Spital, welches dem 40. Perzentil der Aufenthaltsdauer pro DRG (schweizweit) entspricht.	Referenzszenario: Keine Angleichung der MAHD, Grundlage der Prognose bildet die kantonale MAHD nach DRG

Quelle: Obsan

© Obsan 2018

Als Ausgangslage für die Prognosen wurden die Hospitalisierungsraten und Aufenthaltsdauern pro DRG und Altersgruppe für das Referenzjahr 2016 berechnet. Aus Tabelle T 3.9 wird ersichtlich, dass die Hospitalisierungsrate von Patientinnen

und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden mit Ausnahme der Altersgruppe der 80-jährigen und älteren jeweils über dem gesamtschweizerischen Schnitt liegt. Hingegen verzeichnen die kantonalen Patientinnen und Patienten in

T 3.9 Akutsomatik – Hospitalisierungsrate, Rate der Pfl egetage und MAHD nach Altersgruppe, 2016

Altersgruppe	Hospitalisierungsrate (pro 1'000 Einwohner)		Rate Pfl egetage (pro 1'000 Einwohner)		Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD)	
	AR	CH	AR	CH	AR	CH
0–17 Jahre	119,4	114,0	496,1	465,0	4,2	4,1
18–39 Jahre	110,8	100,8	405,4	372,0	3,7	3,7
40–59 Jahre	124,7	110,2	588,9	501,8	4,7	4,6
60–79 Jahre	260,6	244,2	1 674,0	1 603,6	6,4	6,6
80+ Jahre	418,2	456,3	3281,8	3 886,6	7,8	8,5
Total	162,7	150,8	882,4	835,6	5,4	5,5

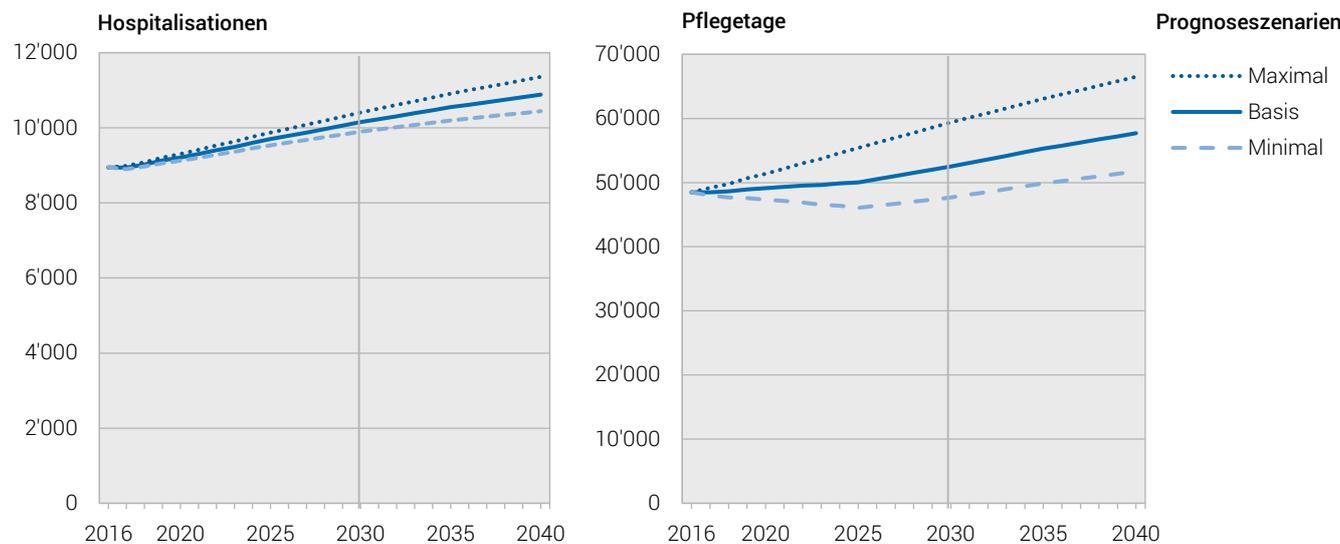
Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS); Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) © Obsan 2018

T 3.10 Akutsomatik – Vergleich Ist vs. Bedarfsprognose, 2016 vs. 2030

	Ist	Prognose					
		Min		Basis		Max	
	2016	2030	CAGR	2030	CAGR	2030	CAGR
Ständige Wohnbevölkerung	54 954	56 178	+0,2%	57 812	+0,4%	59 557	+0,6%
Hospitalisierungen	8 942	9 897	+0,7%	10 148	+0,9%	10 410	+1,1%
Hospitalisierungsrate (pro 1'000)	162,7	176,2	+0,6%	175,5	+0,5%	174,8	+0,5%
Pfl egetage (PT)	48 490	47 687	-0,1%	52 535	+0,6%	59 392	+1,5%
Rate Pfl egetage (pro 1'000)	882,4	848,9	-0,3%	908,7	+0,2%	997,2	+0,9%

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS); Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) © Obsan 2018

G 3.15 Akutsomatik – Prognostizierter Versorgungsbedarf, 2017-2040



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS); Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) © Obsan 2018

den Altersgruppen zwischen 18 und 39 Jahren sowie ab 60 Jahren eine niedrigere MAHD als im nationalen Schnitt.

3.2.1 Prognostizierter Versorgungsbedarf

Tabelle T 3.10 zeigt die Entwicklung der wichtigsten Kennzahlen im Zusammenhang mit der Bedarfsprognose. Im Basisszenario ist bis 2030 in Bezug auf die ständige Wohnbevölkerung eine Zunahme von +0,4% pro Jahr zu erwarten. Für die Zahl der akutsomatischen Hospitalisierungen wird ein mittlerer jährlicher Anstieg von +0,9% prognostiziert. Über den gesamten Zeitraum von 2016 bis 2030 entspricht dies einem Anstieg um +13% (vgl. dazu Tabelle T 3.11).

Aus der Differenz in der Zunahme der Bevölkerung und der Zahl der Hospitalisierungen folgert sich ein prognostizierter Anstieg der Hospitalisierungsrate von 162,7 auf 175,5 statio-

näre Fälle pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Der Anstieg der Hospitalisierungsrate lässt sich durch die demografische Alterung der Wohnbevölkerung erklären. Der Anteil der über 65-jährigen steigt bis 2030 voraussichtlich von 19% auf 25% (vgl. dazu Abbildung G 2.3 auf Seite 13). Die Zahl der Pflegeetage nimmt um +0,6% pro Jahr zu, entsprechend ist auch der Anstieg der Rate der Pflegeetage mit +0,2% pro Jahr moderater als derjenige der Hospitalisierungen.

Auch das Minimal- und das Maximalszenario gehen von einem Anstieg der akutstationären Fallzahlen aus. Hingegen wird im Minimalszenario, welches von einer Angleichung der MAHD an das Spital mit der kürzesten MAHD pro DRG ausgeht, ein geringfügiger Rückgang der Anzahl Pflegeetage prognostiziert (-0,1%).

Betrachtet man die Prognosen nach Leistungsbereich (Tabelle T 3.11), fällt auf, dass lediglich für die SPLB Geburtshilfe und Neugeborene ein Rückgang der Hospitalisierungen in sämtlichen Szenarien prognostiziert wird. Diese Entwicklung

T 3.11 Akutsomatik – Prognostizierter Versorgungsbedarf, Fälle nach SPLB und Szenario 2016 vs. 2025

Bereich	SPLB	2016	Prognose 2030								
			Min	Differenz	Basis	Differenz	Max	Differenz			
	Basispaket	3 483	4 038	+16%		4 133	+19%		4 228	+21%	
Nervensystem & Sinnesorgane	Dermatologie	32	38	+19%		39	+22%		40	+25%	
	Hals-Nasen-Ohren	244	239	-2%		244	0%		252	+3%	
	Neurochirurgie	45	50	+11%		51	+13%		52	+16%	
	Neurologie	219	281	+28%		288	+32%		293	+34%	
Innere Organe	Ophthalmologie	64	77	+20%		78	+22%		79	+23%	
	Endokrinologie	35	43	+23%		44	+26%		44	+26%	
	Gastroenterologie	238	292	+23%		298	+25%		304	+28%	
	Viszeralchirurgie	144	162	+13%		165	+15%		170	+18%	
	Hämatologie	106	119	+12%		121	+14%		125	+18%	
	Gefässe	106	131	+24%		132	+25%		135	+27%	
	Herz	397	490	+23%		497	+25%		505	+27%	
	Nephrologie	42	54	+29%		55	+31%		55	+31%	
	Urologie	453	545	+20%		553	+22%		563	+24%	
	Pneumologie	121	155	+28%		158	+31%		160	+32%	
	Thoraxchirurgie	12	13	+8%		14	+17%		14	+17%	
	Transplantationen	2	2	0%		2	0%		2	0%	
	Bewegungsapparat	Bewegungsapparat chirurg.	1 582	1 770	+12%		1 805	+14%		1 840	+16%
		Rheumatologie	45	55	+22%		56	+24%		57	+27%
	Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	192	204	+6%		208	+8%		214	+11%
Geburtshilfe		682	571	-16%		592	-13%		614	-10%	
Neugeborene		588	442	-25%		480	-18%		528	-10%	
Übrige	(Radio-) Onkologie	97	114	+18%		116	+20%		118	+22%	
	Schwere Verletzungen	13	14	+8%		16	+23%		16	+23%	
Total		8 942	9 897	+11%		10 148	+13%		10 410	+16%	

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS); Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

© Obsan 2018

T 3.12 Akutsomatik – Prognostizierter Versorgungsbedarf, Pflgetage nach SPLB und Szenario 2016 vs. 2030

Bereich	SPLB	2016	Prognose 2030						
			Min	Differenz	Basis	Differenz	Max	Differenz	
	Basispaket	16 167	17 019	+5%	18 538	+15%	20 852	+29%	
Nervensystem & Sinnesorgane	Dermatologie	224	252	+13%	260	+16%	287	+28%	
	Hals-Nasen-Ohren	1 035	899	-13%	944	-9%	1 086	+5%	
	Neurochirurgie	520	557	+7%	574	+10%	589	+13%	
	Neurologie	1 231	1 580	+28%	1 588	+29%	1 736	+41%	
	Ophthalmologie	140	152	+9%	165	+18%	172	+23%	
Innere Organe	Endokrinologie	239	259	+8%	274	+15%	317	+33%	
	Gastroenterologie	1 977	2 097	+6%	2 220	+12%	2 601	+32%	
	Viszeralchirurgie	2 079	2 095	+1%	2 167	+4%	2 479	+19%	
	Hämатologie	995	1 011	+2%	1 054	+6%	1 146	+15%	
	Gefässe	1 105	1 237	+12%	1 260	+14%	1 433	+30%	
	Herz	2 249	2 651	+18%	2 719	+21%	2 822	+25%	
	Nephrologie	531	643	+21%	652	+23%	706	+33%	
	Urologie	2 394	2 388	-0%	2 546	+6%	3 057	+28%	
	Pneumologie	1 199	1 391	+16%	1 449	+21%	1 636	+36%	
	Thoraxchirurgie	136	138	+1%	152	+12%	152	+12%	
	Transplantationen	24	23	-4%	23	-4%	24	0%	
	Bewegungsapparat	Bewegungsapparat chirurg.	9 361	8 302	-11%	9 828	+5%	11 548	+23%
		Rheumatologie	238	254	+7%	277	+16%	314	+32%
	Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	799	675	-16%	761	-5%	898	+12%
Geburtshilfe		2 724	1 911	-30%	2 290	-16%	2 485	-9%	
Neugeborene		2 324	1 250	-46%	1 848	-20%	2 086	-10%	
Übrige	(Radio-) Onkologie	606	693	+14%	726	+20%	739	+22%	
	Schwere Verletzungen	193	212	+10%	215	+11%	230	+19%	
Total		48 490	47 687	-2%	52 535	+8%	59 392	+22%	

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS); Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

© Obsan 2018

wird bedingt durch die sich verändernde Bevölkerungsstruktur. Der Anteil der 20-39-jährigen an der kantonalen Wohnbevölkerung reduziert sich zwischen 2016 von 25% auf 21% im Jahr 2030 (vgl. dazu Abbildung G 2.3 auf Seite 13).

In den übrigen SPLB wird aufgrund des Bevölkerungswachstums und der Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur mehrheitlich ein steigender Versorgungsbedarf prognostiziert. Eine Zunahme der Fallzahlen von über 30% wird im Basisszenario für die SPLB Neurologie, Nephrologie und Pneumologie erwartet. Auch weitere SPLB, innerhalb derer vor allem ältere Patientinnen und Patienten behandelt werden wie beispielsweise die Ophthalmologie, Gastroenterologie, Endokrinologie oder der Bereich Gefässe, verzeichnen einen wesentlichen Anstieg hinsichtlich der Fallzahlen.

Die Prognose der Pflgetage in Tabelle T 3.12 zeigt im Wesentlichen dieselben Tendenzen wie die Prognose der Hospitalisierungen zuvor. Namentlich wird für die Mehrheit der Leistungsbereiche ein Anstieg der Pflgetage vorhergesagt. Aufgrund der Annahmen zur Verkürzung der MAHD im Minimal- und Basisszenario ist die prognostizierte Zunahme aber etwas moderater als in Bezug auf die Fallzahlen. Ausserdem führt die Reduktion der MAHD in diesen Szenarien dazu, dass hinsichtlich der Pflgetage in mehr Leistungsbereichen eine rückläufige Tendenz erwartet wird, als dies bei den Fallzahlen zutrifft. So wird im Minimalszenario beispielsweise auch von einem Rückgang der Pflgetage in der SPLB Bewegungsapparat chirurgisch ausgegangen.

3.2.2 Prognostizierte Patientenströme

Anhand des Prognosemodells des Obsan wird auch die Entwicklung der Patientenströme für den Prognosehorizont geschätzt, wobei die unterschiedlichen demografischen Effekte der umliegenden Kantone in Kombination mit den bestehenden Patientenströmen berücksichtigt werden. Tabelle T 3.13 zeigt den Vergleich zwischen der Abwanderung im Referenzjahr 2016 und der Prognose (Basisszenario) für das Jahr 2030 nach Standortkanton des Spitals der Hospitalisierung. Insgesamt bleibt der Anteil ausserkantonaler Hospitalisierungen (Abfluss) weitgehend konstant. Gemäss Basisszenario wird für das Jahr 2030 ein Abfluss von 41,6% in Bezug auf die Fälle und 48,7% in Bezug auf die Pflergetage prognostiziert.

Auch hinsichtlich der relativen Verteilung der Patientenströme nach Zielkanton sind zwischen 2016 und 2030 keine wesentlichen Verschiebungen zu erwarten. Nach wie vor machen die Hospitalisierungen in Spitälern im Kanton St. Gallen etwas mehr als 35% aller stationären Behandlungen von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden aus. Analog zur Abwanderung erweisen sich auch die Zuwanderungsströme im Prognosehorizont als weitgehend stabil. Gemäss Basisszenario beläuft sich der Zustrom im Jahr 2030 auf 63,5% und ist somit nur unwesentlich niedriger als im Referenzjahr mit 64,3%. In Bezug auf die relative Verteilung der Zuwanderung nach Wohnkanton wird eine geringfügig steigende Tendenz für Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Thurgau prognostiziert. Demgegenüber sinken die relativen Anteile von Patientinnen und Patienten aus den Kantonen St. Gallen und Appenzell Innerrhoden

T 3.13 Akutsomatik – Prognostizierte Abwanderung nach Zielkanton (Basisszenario), Fälle und Pflergetage 2016 vs. 2030

Zielkanton	Fälle				Pflergetage			
	2016		2030 (Basisszenario)		2016		2030 (Basisszenario)	
	Abw.	% Abfluss	Abw.	% Abfluss	Abw.	% Abfluss	Abw.	% Abfluss
SG	3 207	35,9%	3 626	35,7%	20 318	41,9%	22 114	42,1%
ZH	218	2,4%	251	2,5%	1 871	3,9%	2 060	3,9%
AI	132	1,5%	149	1,5%	531	1,1%	561	1,1%
GR	44	0,5%	45	0,4%	125	0,3%	133	0,3%
TG	37	0,4%	41	0,4%	128	0,3%	129	0,2%
BE	22	0,2%	25	0,2%	95	0,2%	110	0,2%
LU	14	0,2%	15	0,1%	93	0,2%	72	0,1%
AG	11	0,1%	12	0,1%	135	0,3%	135	0,3%
Übrige	53	0,6%	57	0,6%	293	0,6%	272	0,5%
Total	3 738	41,8%	4 223	41,6%	23 589	48,6%	25 586	48,7%

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS); Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

© Obsan 2018

T 3.14 Akutsomatik – Prognostizierte Zuwanderung nach Wohnkanton (Basisszenario), Fälle und Pflergetage 2016 vs. 2030

Wohnkanton	Fälle				Pflergetage			
	2016		2030 (Basisszenario)		2016		2030 (Basisszenario)	
	Zuw.	% Zustrom	Zuw.	% Zustrom	Zuw.	% Zustrom	Zuw.	% Zustrom
SG	6 706	46,4%	7 422	45,7%	25 683	41,9%	26 864	41,3%
TG	1 279	8,8%	1 494	9,2%	5 051	8,2%	5 529	8,5%
AI	865	6,0%	904	5,6%	3 886	6,3%	3 935	6,0%
ZH	128	0,9%	145	0,9%	516	0,8%	531	0,8%
GR	42	0,3%	45	0,3%	151	0,2%	149	0,2%
AG	34	0,2%	40	0,2%	159	0,3%	158	0,2%
BE	20	0,1%	22	0,1%	74	0,1%	73	0,1%
GL	20	0,1%	22	0,1%	68	0,1%	85	0,1%
Übrige	203	1,4%	222	1,4%	812	1,3%	813	1,2%
Total	9 297	64,3%	10 316	63,5%	36 400	59,4%	38 137	58,6%

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS); Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

© Obsan 2018

3.3 Fazit Akutsomatik

Bedarfsanalyse Akutsomatik

Die Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2017 Akutsomatik zählt insgesamt 13 Leistungserbringer, davon befinden sich vier Standorte innerhalb des Kantons. Während die Spitäler Herisau und Heiden über ein breites Grundversorgungsangebot verfügen, fokussieren sich die Berit Klinik und die Hirslanden Klinik Am Rosenberg fast ausschliesslich auf die Orthopädie und ziehen viele extrakantonale Patientinnen und Patienten an. So kommt es, dass der Kanton Appenzell Ausserrhoden ein Importkanton ist, d.h. dass mehr Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen für eine stationäre Behandlung ein Spital mit Standort im Kanton aufsuchen als umgekehrt. Nichtsdestotrotz sind in sämtlichen Leistungsbereichen ausserkantonale Leistungserbringer von wesentlicher Bedeutung für die Sicherstellung der Versorgung für die kantonale Wohnbevölkerung. Der Versorgungsanteil der ausserkantonalen Leistungserbringer beläuft sich in sämtlichen Leistungsbereichen auf über 20%. Insbesondere zu nennen sind hierbei das Kantonsspital St. Gallen, die Hirslanden Klinik Stephanshorn und das Ostschweizer Kinderspital, die mindestens in einzelnen Leistungsbereichen alleine einen Versorgungsanteil von mehr als 20% erreichen. Der Abdeckungsgrad der kantonalen Spitalliste beträgt in der Mehrheit der Leistungsbereiche über 70%.

In den SPLB mit mehr als 30 Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden liegt der Abdeckungsgrad einzig in der Dermatologie und der Neurologie deutlich unter 70%. Im Hinblick auf die bedarfsgerechte Sicherstellung der Versorgung für die kantonale Wohnbevölkerung ist deshalb eine Überprüfung der kantonalen Spitalliste innerhalb dieser SPLB zu empfehlen.

Bedarfsprognose Akutsomatik

Aus der Prognose des Versorgungsbedarfs basierend auf dem Prognosemodell des Obsan resultiert für die Akutsomatik eine Zunahme der Fallzahlen um +13% im Zeitraum zwischen 2016 und 2030 (Basisszenario). Die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate ist mit +0,9% mehr als doppelt so gross wie der prognostizierte Bevölkerungsanstieg, der auf durchschnittlich +0,4% pro Jahr geschätzt wird. Der überproportionale Anstieg des Versorgungsbedarfs lässt sich insbesondere aufgrund der demografischen Alterung der Bevölkerung erklären. Der Anteil der über 65-Jährigen steigt im Kanton Appenzell Ausserrhoden bis 2030 voraussichtlich von 19% auf 25%. Eine Zunahme der Fallzahlen von über 30% ist gemäss Prognose für die SPLB Neurologie, Nephrologie und Pneumologie zu erwarten. Auch für weitere SPLB, innerhalb derer vor allem ältere Patientinnen und Patienten behandelt werden (z.B. Ophthalmologie, Gastroenterologie, Endokrinologie oder der Bereich Gefässe) wird ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen prognostiziert.

4 Psychiatrie

Das vorliegende Kapitel beschreibt die Analyse und Prognose des Versorgungsbedarfs betreffend die stationäre Psychiatrie. Gemäss Art. 58b Abs. 1 KVV ist der Versorgungsbedarf an stationären Leistungen in nachvollziehbaren Schritten zu ermitteln, wobei sich der Kanton auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche zu stützen hat. Im Zuge der Bedarfsermittlung ist ausserdem jenes Angebot zu ermitteln, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sind (Art. 58b Abs. 2 KVV). Für die Ermittlung des Versorgungsbedarfs gemäss Art. 58b KVV erfolgt nachfolgend eine Analyse der Inanspruchnahme, des Versorgungsangebots und der Patientenströme im Zeitraum zwischen 2012 und 2016 (Kapitel 4.1) sowie die Prognose des Versorgungsbedarfs für den Prognosehorizont bis 2030 (Kapitel 4.2).

K 11 Leistungsbereiche stationäre Psychiatrie

Für die Analysen zur stationären Psychiatrie wurden die nachfolgend aufgeführten Leistungsbereiche anhand der Hauptdiagnose gemäss MS gebildet. Die Kategorisierung orientiert sich an der Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2018 Psychiatrie:¹⁷

- F00-F09** Organische Störungen
- F10** Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
- F11-F19** Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen
- F20-F29** Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F30-F39** Affektive Störungen
- F40-F48** Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F60-F69** Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F5, F7-9** Übrige F-Diagnosen
- XX** Keine Hauptdiagnose aus dem F-Bereich

Im Zusammenhang mit den Arbeiten an der Tarifstruktur ST Reha hat H+ Die Spitäler der Schweiz eine Definition der Psychosomatischen Rehabilitation erstellt sowie Ein- und Ausschlusskriterien dazu formuliert. Danach werden in der Psychosomatischen Rehabilitation Patientinnen und Patienten

mit primär somatischen Erkrankungen behandelt. Gleichzeitig sind Behandlungen in der Psychiatrie auf ICD-10-Hauptdiagnosen aus dem F-Bereich (Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“) eingeschränkt (analog Leistungsaufträgen). Demnach vergütet der Kanton Appenzell Ausserrhoden keine anderweitigen Behandlungen.

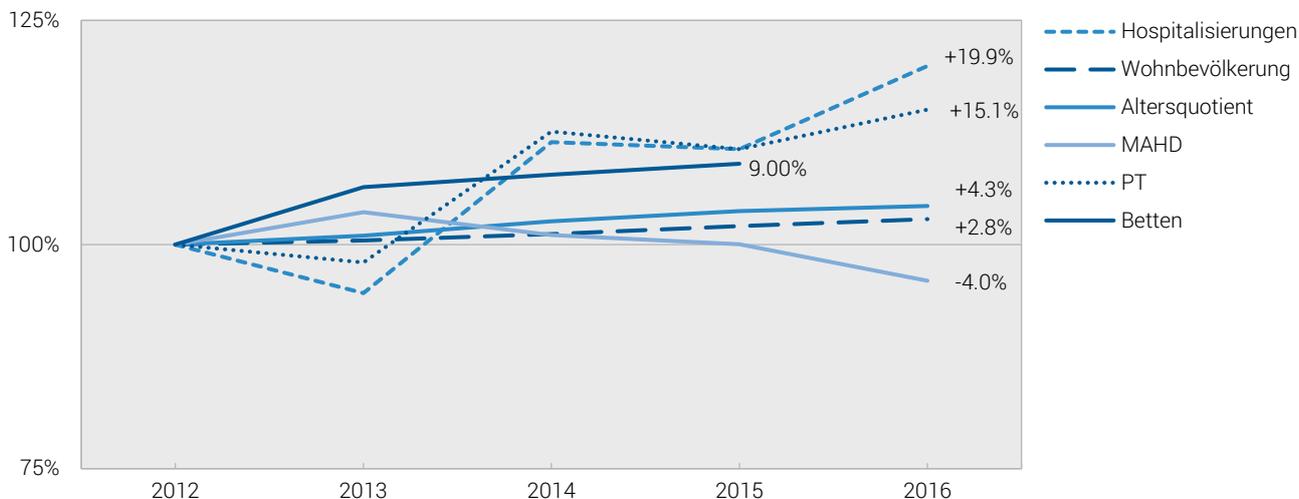
Das Projekt der GDK-Ost und des Kantons Aargau unterstützt diese Definition der Psychosomatischen Rehabilitation in der Version zur Fachanhörung und schafft damit Klarheit in der bis heute nicht geklärten Abgrenzung zwischen rehabilitativen und psychiatrischen Aspekten bei der Behandlung psychosomatischer Erkrankungen. In der Psychosomatischen Rehabilitation werden ausschliesslich Patientinnen und Patienten mit Schädigungen der Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Partizipation mit stationärem Rehabilitationsbedarf aufgrund einer somatoformen Störung (ICD-10 F45) behandelt. Behandlungen mit anderen ICD-10-Hauptdiagnosen aus dem F-Bereich (Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“) sind Spitälern mit entsprechendem Leistungsauftrag im Versorgungsbereich Psychiatrie vorbehalten.

4.1 Bedarfsanalyse

Abbildung G 1.1 zeigt einleitend einige übergeordnete Indikatoren zur Versorgungssituation betreffend die stationäre Psychiatrie im Kanton Appenzell Ausserrhoden. Zwischen 2012 und 2016 stieg die Zahl der psychiatrischen Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Appenzell Ausserrhoden von 517 auf 620, was einer Zunahme der Inanspruchnahme von +19,9% entspricht. Pro Jahr kommt dies einem durchschnittlichen Wachstum um +4,6% gleich (CAGR, Compound Annual Growth Rate). Diese Zunahme ist somit grösser, als es durch das Bevölkerungswachstum alleine erklärt werden könnte. Die ständige Wohnbevölkerung im Kanton Appenzell Ausserrhoden wächst im gesamten Analysezeitraum lediglich um +2,8%.

¹⁷ Vgl. www.ar.ch (Verwaltung > Departement Gesundheit und Soziales > Amt für Gesundheit > Abteilung Spitalversorgung > Spitalplanung).

G 4.1 Psychiatrie – Globale Indikatoren zur Versorgungssituation, 2012-2016



	2012	2013	2014	2015	2016	Δ 2012-16	CAGR
Hospitalisierungen ¹	517	489	576	572	620	+19,9%	+4,6%
Ständige Wohnbevölkerung ¹	53 438	53 691	54 064	54 543	54 954	+2,8%	+0,7%
Altersquotient ¹	29,8%	30,0%	30,5%	30,9%	31,0%	+4,3%	+1,1%
Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) ³	35,2	36,4	35,5	35,2	33,7	-4,0%	-1,0%
Pflegedage (PT) ³	18 174	17 811	20 462	20 110	20 910	+15,1%	+3,6%
Betten ²	58	62	62	63	116 *	-100,0%	+19,0%

* Zwischen den Jahren 2015 und 2016 gibt es einen Bruch in der Zeitreihe der psychiatrischen Betten gemäss KS. Das hängt damit zusammen, dass ein Teilbereich des Angebots der Klinik Gais ab 2016 der Psychiatrie zugeordnet ist (vgl. auch BAG - Kennzahlen der Spitäler 2016: Klinik Gais). Infolgedessen ist in der Grafik lediglich der Zeitraum bis 2015 abgebildet

Quellen: BFS - (1) STATPOP (Erhebungsstichtag: 31.12.); (2) KS (Betten "Psychiatrie"); (3) MS

© Obsan 2018

Ähnlich wie die Zahl der Hospitalisierungen stieg auch die Zahl der psychiatrischen Pflegetage von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden, zwischen 2012 und 2016 um +15,1%. Der markante Anstieg der Fälle und Pflegetage ist zumindest zu einem massgeblichen Anteil auf die Abgrenzung der Versorgungsbereiche im Kanton Appenzell Ausserrhoden zurückzuführen. Ab 2016 ist ein Teil des Leistungsangebots der Klinik Gais der Psychiatrie zugeordnet, wohingegen bis 2015 das gesamte Leistungsangebot der Klinik Gais in der Rehabilitation subsumiert war (vgl. dazu auch die detaillierte Darstellung der Fallzahlen der Klinik Gais im Anhang 6). Dies zeigt sich auch in der Entwicklung der psychiatrischen Betten im Kanton Appenzell Ausserrhoden, die von 62 Betten im Jahr 2015 auf 112 Betten im Jahr 2016 steigt. Bei der Interpretation der Entwicklungen zwischen 2012 und 2016 ist diesem Umstand demzufolge unbedingt Rechnung zu tragen. Allerdings zeigen die nachfolgenden Analysen, dass nur ein Bruchteil der Leistungen der Klinik Gais innerkantonale Patientinnen und Patienten betrifft. Gerade mal 21 psychiatrische Fälle beziehen sich im Jahr 2016 in der Klinik Gais auf

Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden (vgl. auch Tabelle T 4.4). Die Zahl der psychiatrischen Behandlungen stieg zwischen 2015 und 2016 allerdings um 48, von 572 Fällen auf 620. Somit ist weniger als die Hälfte auf die Abgrenzung der Leistungsangebote in der Klinik Gais zurückzuführen; auch ohne diesen Bruch in der Datengrundlage wäre ein wesentlicher Anstieg zwischen 2015 und 2016 zu beobachten. Die MAHD blieb zwischen 2012 und 2015 stabil bei 35,2 Tagen und sank im Jahr 2016 auf 33,7 Tage.

4.1.1 Inanspruchnahme

Bei der Analyse der Inanspruchnahme liegt der Fokus auf der Perspektive der kantonalen Wohnbevölkerung. In diesem Abschnitt wird demnach die Nachfrage stationärer Leistungen durch die Bevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden analysiert, ungeachtet des Behandlungsortes.

T 4.1 Psychiatrie – Inanspruchnahme der kantonalen Wohnbevölkerung nach Diagnosegruppe, 2012-2016

Diagnosegruppe	2012	2013	2014	2015	2016	Trend	CAGR	%-Anteil 2016
F00-F09 Organische Störungen	41	20	33	53	25		-11,6%	4,0%
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	83	60	70	45	67		-5,2%	10,8%
F11-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen	39	35	68	44	34		-3,4%	5,5%
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	84	86	79	98	123		+10,0%	19,8%
F30-F39 Affektive Störungen	147	174	183	198	209		+9,2%	33,7%
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	46	67	53	50	76		+13,4%	12,3%
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	53	16	47	41	44		-4,5%	7,1%
F5, F7-9 Übrige F-Diagnosen	16	26	29	33	32		+18,9%	5,2%
XX Keine Hauptdiagnose aus dem F-Bereich	8	5	14	10	10		+5,7%	1,6%
Total	517	489	576	572	620		+4,6%	100%

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

Fallzahlen

In Tabelle T 4.1 sind die psychiatrischen Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden nach Diagnosegruppe aufgegliedert. Der grösste Anteil der Hospitalisierungen betrifft die affektiven Störungen. Im Jahr 2016 erfolgten 209 Hospitalisierungen in dieser Gruppe, was rund einem Drittel (33,7%) aller psychiatrischen Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden entspricht. Die Zahl der Behandlungen wegen affektiven Störungen ist im Zeitraum zwischen 2012 und 2016 sukzessive angestiegen mit einer durchschnittlichen Zunahme von +9,2% pro Jahr.

den insbesondere überdurchschnittlich viele Hospitalisierungen wegen affektiven Störungen und Schizophrenie auszumachen.

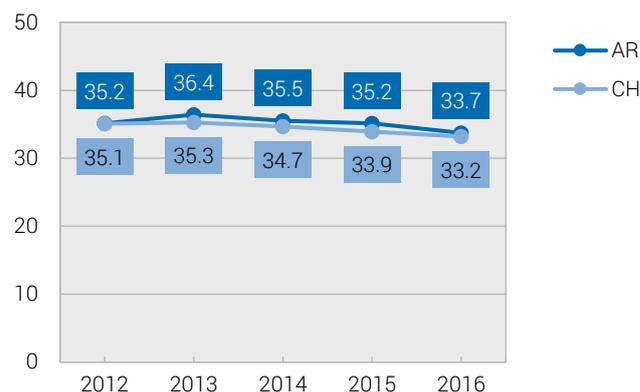
Aufenthaltsdauer

Die mittlere Aufenthaltsdauer von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden bei psychiatrischen Hospitalisierungen befindet sich im gesamten Untersuchungszeitraum nur unwesentlich über dem nationalen Durchschnitt. Insgesamt ist ein leicht rückläufiger Trend festzustellen.

Hospitalisierungsraten

Abbildung G 4.3 zeigt die standardisierte Hospitalisierungsrate für den Kanton Appenzell Ausserrhoden im Vergleich zur gesamtschweizerischen Rate. Mithilfe der Standardisierung nach Alter und Geschlecht können die Hospitalisierungsraten miteinander verglichen werden, ohne dass allfällige Unterschiede durch eine unterschiedliche Bevölkerungsstruktur beeinflusst sind.¹⁸ Im Total liegt die Hospitalisierungsrate von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden signifikant über dem gesamtschweizerischen Mittelwert (vgl. Grafik zum «Total» in Abbildung G 4.3). Die Rate der psychiatrischen Hospitalisierungen pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohnern liegt im Kanton Appenzell bei 11,4, während im nationalen Durchschnitt lediglich 9,0 Hospitalisierungen pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner zu verzeichnen sind. Im Jahr 2016 sind im Kanton Appenzell Ausserrho-

G 4.2 Psychiatrie –MAHD, 2012-2016



Quelle: BFS – MS

© Obsan 2018

¹⁸ Bzgl. Berechnung der alters- und geschlechterstandardisierte Hospitalisierungsraten vgl. K 9 auf Seite 22.

G 4.3 Psychiatrie – Standardisierte Hospitalisierungsrate nach Diagnosegruppe, 2012-16

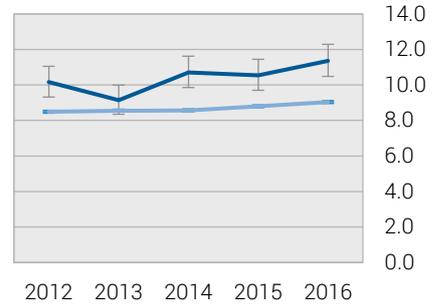
Bemerkungen

Dargestellt sind die alters- und geschlechterstandardisierten Hospitalisierungsraten pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Diagnosegruppe (vgl. auch K 9). Aufgrund der geringen Fallzahlen und der damit verbundenen Unsicherheit nicht abgebildet sind Fälle ohne Hauptdiagnose aus dem F-Bereich

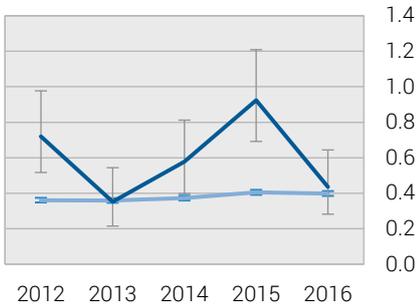
Legende

- CH
- AR
- I 95%-VI

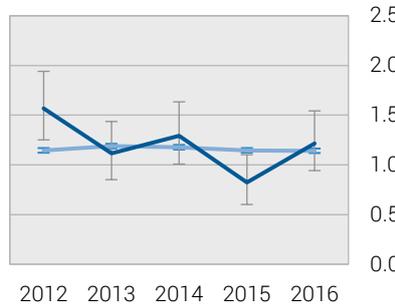
Total



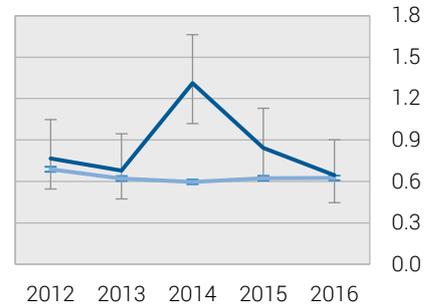
F00-F09 Organische Störungen



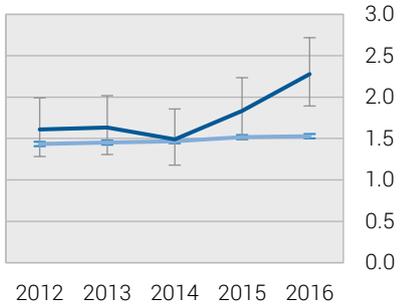
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol



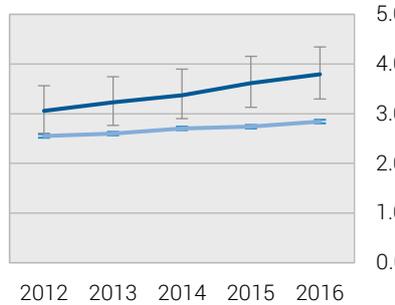
F11-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen



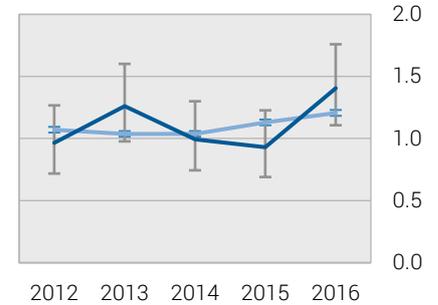
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen



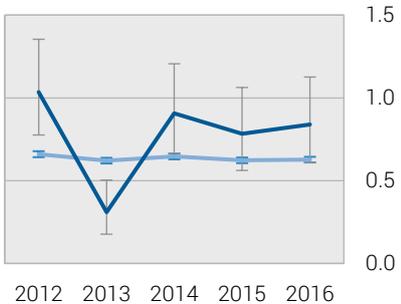
F30-F39 Affektive Störungen



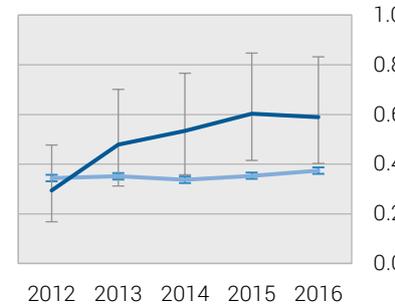
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen



F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen



F5, F7-9 Übrige F-Diagnosen



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS); Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

© Obsan 2018

T 4.2 Psychiatrie – MAHD nach Diagnosegruppe, 2016

Diagnosegruppe	CH			AR		
	n	%	MAHD	n	%	MAHD
F30-F39 Affektive Störungen	24 297	31,4%	35,6	209	33,7%	34,1
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	13 238	17,1%	37,6	123	19,8%	31,2
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	10 317	13,3%	24,9	76	12,3%	30,8
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	9 745	12,6%	28,9	67	10,8%	34,3
F11-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen	5 397	7,0%	28,0	34	5,5%	34,0
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	5 348	6,9%	28,5	44	7,1%	31,6
F00-F09 Organische Störungen	3 395	4,4%	37,3	25	4,0%	31,0
F5, F7-9 Übrige F-Diagnosen	3 191	4,1%	42,9	32	5,2%	54,8
XX Keine Hauptdiagnose aus dem F-Bereich	2 549	3,3%	41,2	10	1,6%	23,3
Total	77 477	100,0%	33,2	620	100,0%	33,7

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

In Tabelle T 4.2 ist die MAHD pro Diagnosegruppe ersichtlich. Die Reihenfolge der Diagnosegruppen richtet sich nach der schweizweiten Häufigkeit der Diagnosen. Eine überdurchschnittlich hohe MAHD – sowohl im nationalen Schnitt als auch für Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden – ist bei affektiven Störungen (MAHD CH = 35,6 Tage), Schizophrenie (37,6 Tage) und organischen Störungen (37,3 Tage) sowie in der Gruppe mit den übrigen F-Diagnosen (42,9 Tage) auszumachen. Die übrigen F-Diagnosen umfassen vor allem Verhaltens-, Intelligenz- und Entwicklungsstörungen.

4.1.2 Versorgungsangebot

Die Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2018 Psychiatrie¹⁹ umfasst insgesamt acht Leistungserbringer, wovon mit dem Psychiatrischen Zentrum des SVAR in Herisau und der Klinik Gais AG in Gais (nachfolgend: Klinik Gais) zwei Leistungserbringer ihren Standort im Kanton Appenzell Ausserrhoden haben. Hinzu kommen Leistungserbringer aus den Kantonen St. Gallen, Graubünden, Thurgau und Zürich. Auf diese acht Leistungserbringer verteilen sich 37 Leistungsaufträge in 13 Leistungsgruppen. Tabelle T 4.3 zeigt ausgewählte Kennzahlen zu den Listenspitälern in der Psychiatrie. Bei sämtlichen Listenspitälern beträgt der Anteil der Leistungen zuhanden der OKP über 90%. Andere Kostenträger, wie zum Beispiel die Invalidenversicherung, spielen lediglich eine untergeordnete Rolle.

Die Liegeklasse wird häufig als Proxy für den Versicherungsstatus herangezogen, beschreibt aber eigentlich die

Klassifizierung des Bettes, welches der Patient bzw. die Patientin belegt. So kann auch eine Patientin/ein Patient ohne Zusatzversicherung – infolge eines Upgrades – in der Liegeklasse «halbprivat» oder «privat» kodiert sein. Nichtsdestotrotz ist die Liegeklasse ein geeigneter Indikator, um den Anteil zusatzversicherter Patientinnen und Patienten in einer Klinik näherungsweise zu beschreiben. Mit Ausnahme der Klinik Gais, betrug der Anteil der Patientinnen und Patienten in der Liegeklasse halbprivat bzw. privat (%HP/P) im Jahr 2016 weniger als 10%. Nebst einem überdurchschnittlichen Anteil zusatzversicherter Patientinnen und Patienten weist die Klinik Gais ebenfalls einen hohen Anteil ausserkantonaler Patientinnen und Patienten auf. Lediglich 4,9% der Behandlungen in der Klinik Gais sind auf innerkantonale Patientinnen und Patienten zurückzuführen. Anders sieht das im Psychiatrischen Zentrum des SVAR aus, in welchem im Jahr 2016 58,3% der Hospitalisierungen innerkantonale Patientinnen und Patienten betrafen.

Der OKP-Anteil beschreibt den Anteil der Fälle, bei denen die Krankenversicherung als Hauptgarant für die Grundversicherungsleistungen erfasst ist. Nebst der Krankenversicherung kommen insbesondere die IV, die UV und die MV als Hauptgarant in Frage. Der OKP-Anteil in Bezug auf die psychiatrischen Hospitalisierungen liegt in sämtlichen Listenspitälern bei über 90%, in der Regel gar über 95%.

Gemäss Abbildung G 4.4 verzeichnet die MS im Jahr 2016 insgesamt 1'159 psychiatrische Hospitalisierungen im Kanton Appenzell Ausserrhoden. Der Anstieg von 2015 auf 2016 ist im Wesentlichen auf die Aufnahme der Klinik Gais auf die kantonale Spitalliste Psychiatrie zurückzuführen. Allerdings stieg

¹⁹ Vgl. www.ar.ch (Verwaltung > Departement Gesundheit und Soziales > Amt für Gesundheit > Abteilung Spitalversorgung > Spitalplanung).

auch die Zahl der Hospitalisierungen im Psychiatrischen Zentrum des SVAR im Analysezeitraum von 631 (2012) auf 728 (2016).

Tabelle T 4.4 zeigt die innerkantonalen Fälle und Versor-

SVAR jeweils über 60% der Inanspruchnahme durch die kantonale Wohnbevölkerung. Wesentliche Fallzahlen und Versorgungsanteile ausserkantonomer Listenspitäler betreffen die Klinik Wil in den Bereichen Alkohol sowie die Clenia Littenheid in

T 4.3 Psychiatrie – Kennzahlen Listenspitäler Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2016

	Fälle	%AR	%HP/P	%Notfälle	%OKP	MAHD
Kantonale Listenspitäler						
Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (SVAR)	728	57,3%	4%	34%	97%	32,8
Klinik Gais	431	4,9%	15%	0%	100%	31,0
Ausserkantonale Listenspitäler						
Clenia Littenheid	1 928	2,6%	6%	22%	99%	40,6
Forel Klinik	532	0,6%	0%	0%	99%	63,7
Klinik Sonnenhof	171	8,8%	0%	42%	92%	62,2
Psychiatrie SG Nord - Klinik Wil	1 946	1,5%	0%	65%	99%	34,3
PDGR - Kliniken Waldhaus / Beverin	1 902	0,4%	9%	33%	99%	37,3
SRFT - Spital Wattwil	144	4,2%	0%	0%	100%	19,6

Fälle: Stationäre Austritte

%AR: Anteil Patienten mit Wohnsitz im Kanton Appenzell Ausserrhoden

%Notfall: Anteil Notfälle gemäss Variable Eintrittsart in der MS

%OKP: Anteil der Fälle mit Hauptgarant 'Krankenversicherung' für Grundversicherungsleistungen

%HP/P: Anteil Fälle in der Liegeklasse halbprivat oder privat

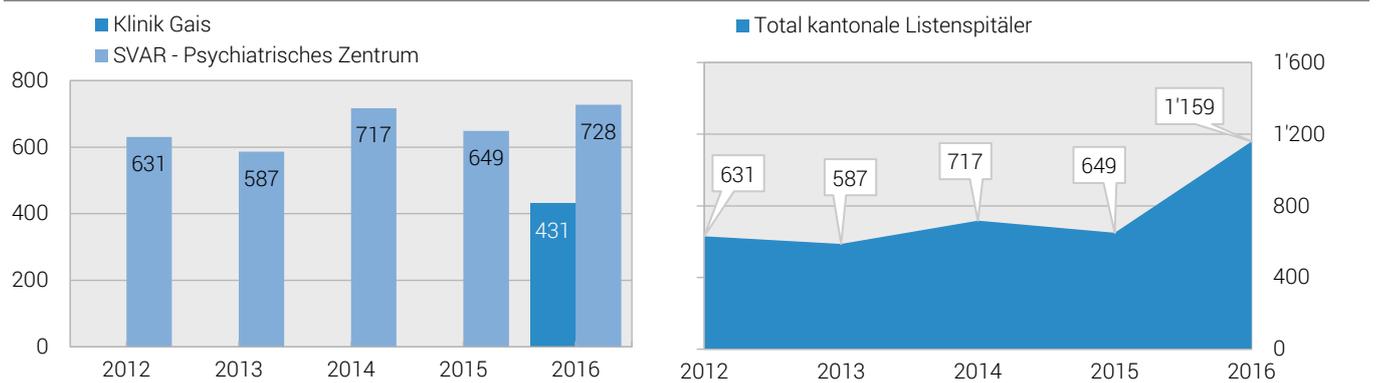
Als Listenspitäler werden alle Leistungserbringer bezeichnet, die mindestens in einer Leistungsgruppe über einen Leistungsauf Appenzell Ausserrhoden verfügen und dementsprechend auf der «Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2018 Psychiatrie» aufgeführt



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

G 4.4 Psychiatrie – Fallzahlen kantonale Listenspitäler, 2012-2016



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

ungsanteile der Listenspitäler nach Diagnosegruppe für das Jahr 2016. Mit Ausnahme der Sammelkategorie bzgl. der übrigen F-Diagnosen deckt das psychiatrische Zentrum des

den Bereichen affektive Störungen und neurotische Störungen (als wesentlich werden Versorgungsanteile von mindestens 10% bei gleichzeitig 10 Fällen bezeichnet).

T 4.4 Psychiatrie – Fallzahlen und Versorgungsanteile nach Listenspital und Diagnosegruppe, 2016

	F00- F09	F10	F11- F19	F20- F29	F30- F39	F40- F48	F60- F69	F5, F7-9	XX	Total
Fälle (Patient/innen aus dem Kanton AR)	Organische Störungen	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	Affektive Störungen	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Übrige F-Diagnosen	Keine Hauptdiagnose aus dem F-Bereich	
Kantonale Listenspitäler	21	45	28	108	142	48	31	5	10	438
Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (SVAR)	21	45	28	108	124	45	31	5	10	417
Klinik Gais					18	3				21
Ausserkantonale Listenspitäler	3	19	3	4	39	18	9	18	0	113
Clienia Littenheid			1	1	26	14	3	6		51
Forel Klinik		3								3
Klinik Sonnenhof			1		1	2	2	9		15
Psychiatrie SG Nord - Klinik Wil	3	10	1	3	8	2	3			30
SRFT - Spital Wattwil		6								6
PDGR - Kliniken Waldhaus / Beverin					4		1	3		8
Übrige Kliniken	1	3	3	11	32	10	5	12	0	77
Versorgungsanteil										
Kantonale Listenspitäler	84%	67%	82%	88%	67%	63%	69%	14%	100%	70%
Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (SVAR)	84%	67%	82%	88%	58%	59%	69%	14%	100%	66%
Klinik Gais					8%	4%				3%
Ausserkantonale Listenspitäler	12%	28%	9%	3%	16%	24%	18%	43%	0%	17%
Clienia Littenheid			3%	1%	12%	18%	7%	17%		8%
Forel Klinik		4%								0%
Klinik Sonnenhof			3%		0%	3%	4%	26%		2%
Psychiatrie SG Nord - Klinik Wil	12%	15%	3%	2%	4%	3%	7%			5%
SRFT - Spital Wattwil		9%								1%
PDGR - Kliniken Waldhaus / Beverin					2%		2%	9%		1%
Übrige Kliniken	4%	4%	9%	9%	15%	13%	11%	34%	0%	12%



Bemerkung: Als Listenspitäler werden alle Leistungserbringer bezeichnet, die mindestens in einer Leistungsgruppe über einen Leistungsauftrag des Kantons Appenzell Ausserrhoden verfügen und dementsprechend auf der «Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2018 Psychiatrie» aufgeführt sind.

4.1.3 Patientenströme

Die Analyse der Patientenströme dient dazu, die Abhängigkeiten zwischen kantonalen Versorgungssystemen darzustellen, so dass diese entsprechend in den kantonalen Spitalplanungen berücksichtigt werden können. Weitere Ausführungen zur

Bedeutsamkeit der Patientenströme und der interkantonalen Koordination im Rahmen der kantonalen Spitalplanungen finden sich in Abschnitt 1.2.5. Eine ausführliche Beschreibung der verwendeten Indikatoren zur Beschreibung der Patientenströme ist im Kapitel zu den Patientenströmen in der Akutsonmatik enthalten (vgl. Tabelle T 3.6 auf Seite 30).

G 4.5 Psychiatrie – Indikatoren Patientenströme Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2012-2016

Bereich	Indikator	2012	2013	2014	2015	2016
Import	Zuwanderung	217	227	303	250	721
	Zustrom	34,4%	38,7%	42,3%	38,5%	62,2%
Export	Abwanderung	103	129	162	173	182
	Abfluss	19,9%	26,4%	28,1%	30,2%	29,4%
Verhältnis Import/Export	Lokalisationsindex (LI)	80,1%	73,6%	71,9%	69,8%	70,7%
	Market Share Index (MSI)	65,6%	61,3%	57,7%	61,5%	37,8%
	Nettowanderung	114	98	141	77	539
	Exportindex (EI)	0,47	0,57	0,53	0,69	0,25



Bemerkung: Die wesentlichen Veränderungen hinsichtlich der Zuwanderung, des Zustroms und des Exportindex ergeben sich aufgrund dessen, dass ab 2016 ein Teil des Leistungsangebots der Klinik Gais der Psychiatrie, und nicht mehr wie zuvor der Rehabilitation, zugeordnet ist (vgl. dazu auch Anhang 6.1). In der Grafik zum Exportindex fehlen die Kantone Uri, Appenzell Innerrhoden und Nidwalden. Da in diesen Kantonen keine innerkantonalen stationären Psychiatrieangebote existieren, kann kein Exportindex berechnet werden.

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

Abbildung G 4.5 fasst die zentralen Indikatoren zu den Patientenströmen betreffend die psychiatrische Versorgung im Kanton Appenzell Ausserrhoden zusammen. Der markante Anstieg im Zustrom ist auf die Aufnahme der Klinik Gais auf die Spitalliste Psychiatrie im Jahr 2016 zurückzuführen. Wie bereits erwähnt, betreffen die Behandlungen in der Klinik Gais vornehmlich ausserkantonale Patientinnen und Patienten, weshalb der Anteil ausserkantonaler Fälle im Kanton Appenzell Ausserrhoden insgesamt im Jahr 2016 auf 62,2% steigt (vgl. dazu auch Anhang 6).

Die Abwanderung steigt zwischen 2012 und 2016 sukzessive von 103 auf 182 Fälle, so dass der Abfluss im Jahr 2016 bei 29,4% liegt. In andern Worten bedeutet das, dass etwas mehr als 70% der stationären psychiatrischen Behandlungen von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Appenzell in ihrem Wohnkanton erfolgt (vgl. Lokalisationsindex).

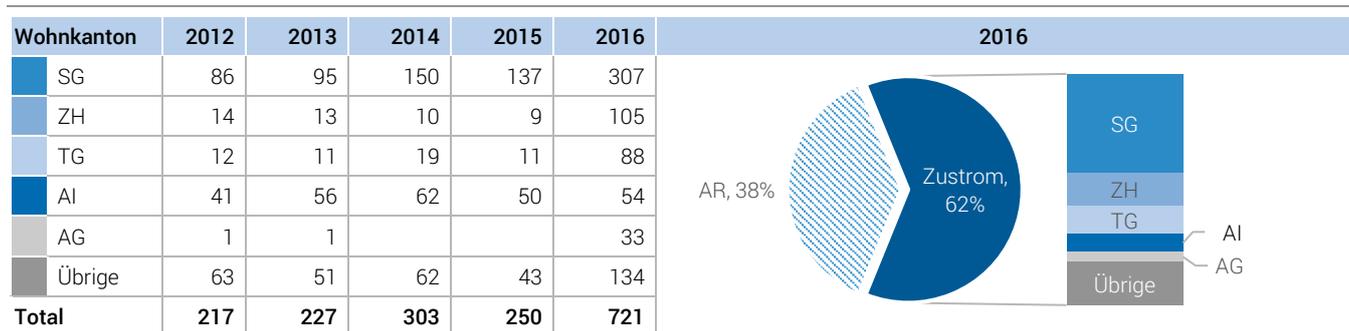
Insgesamt verzeichnet der Kanton Appenzell Ausserrhoden in Bezug auf die stationäre Psychiatrie mehr Zuwanderung als Abwanderung, was sich in der positiven Nettowanderung ausdrückt. Ebenfalls ersichtlich ist dies anhand des Exportindexes. Ein Exportindex kleiner als 1 bedeutet, dass die Zuwanderung die Abwanderung übertrifft

Zuwanderung und Zustrom

In den Abbildungen G 4.6 und G 4.7 ist die Zuwanderung bzw. der Zustrom nach Wohnkanton der Patientinnen und Patienten aufgeschlüsselt. Der grösste Teil der Zuwanderungen stammt aus dem Kanton St. Gallen. Behandlungen von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton St. Gallen machen 26% aller psychiatrischen Hospitalisierungen in Spitälern im Kanton Appenzell Ausserrhoden aus. Es folgt darauf die Zuwanderung aus den Kantonen Zürich (9%), Thurgau (8%), Appenzell Innerrhoden (5%) und Aargau (3%). Betrachtet man die Zuwanderung nach Spital wird deutlich, dass das Psychiatrische Zentrum des SVAR vor allem ausserkantonale Patientinnen und Patienten aus den Kantonen St. Gallen und Appenzell Innerrhoden aufweist, währenddessen in der Klinik Gais wesentliche Anteile der Leistungen zugunsten von Patientinnen und Patienten aus den Kantonen St. Gallen, Zürich, Thurgau und Aargau erbracht werden.

In Tabelle T 4.5 ist schliesslich die Zuwanderung nach Diagnosegruppe dargestellt. Nicht weiter überraschend beziehen sich absolut gesehen die meisten ausserkantonalen Fälle auf Behandlungen affektiver Störungen, da dies insgesamt die

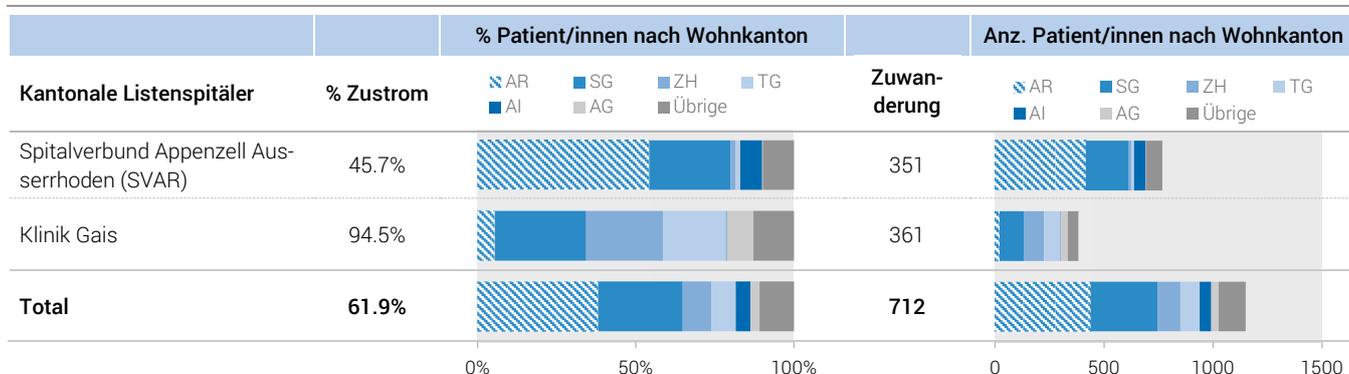
G 4.6 Psychiatrie – Zuwanderung nach Wohnkanton der Patientinnen und Patienten, 2012-2016



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

G 4.7 Psychiatrie – Zuwanderung und Zustrom nach Spital und Wohnkanton, 2016



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

fallzahlenstärkste Diagnosegruppe ist. Aussagekräftiger ist es, wenn man den Zustrom pro Diagnosegruppe betrachtet, also den Anteil ausserkantonaler Patienten an den Behandlungen in einer Klinik im Kanton Appenzell Ausserrhoden. In Bezug auf die affektiven und neurotischen Störungen sowie Behandlungen infolge von drogenbedingten Störungen beläuft sich der Anteil ausserkantonaler Patientinnen und Patienten auf über die Hälfte aller Leistungen in Kliniken mit Standort im Kanton Appenzell Ausserrhoden.

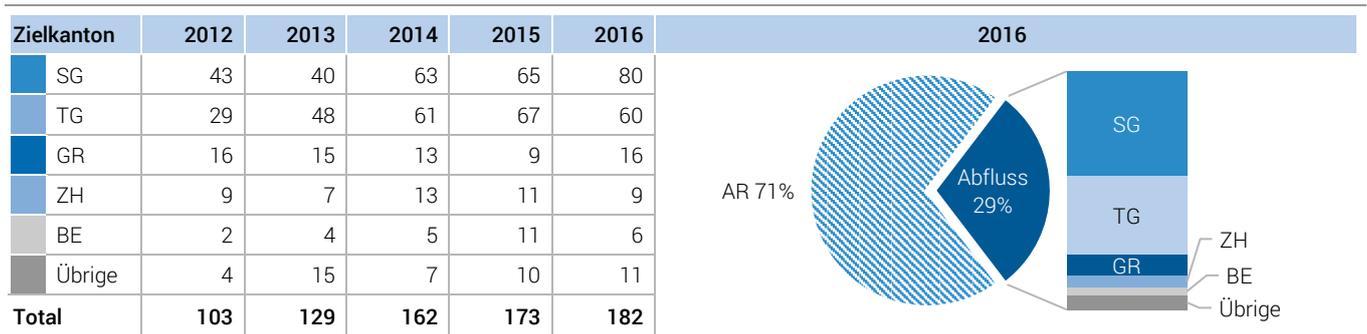
Die auffallenden Unterschiede in der Patientenstruktur gemäss Abbildung G 4.9 sind auf die Klinik Gais zurückzuführen (vgl. dazu auch Anhang 6). Weil die Fälle der Klinik Gais zuvor nicht als psychiatrische Fälle kategorisiert wurden, verändert sich dadurch das Patientenkollektiv, das bei dieser Analyse betrachtet wird. Die Klinik Gais weist keine Notfallbehandlungen aus, was den Rückgang des Anteils der Notfalleintritte bei innerkantonalen Patientinnen und Patienten von 40% im Jahr 2015 auf 35% im Jahr 2016 erklärt.

Abwanderung und Abfluss

Insgesamt erfolgten im Jahr 2016 29% der psychiatrischen Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden in einem ausserkantonalen Spital. Massgeblich sind dabei insbesondere die Anteile der Hospitalisierungen in den Kantonen St. Gallen (13%) und Thurgau (10%). Aufgegliedert nach Diagnosegruppen wird deutlich, dass insbesondere in der Kategorie übrige F-Diagnosen ein hoher Anteil der Behandlungen zugunsten von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden ausserhalb des Kantons erfolgt.

Gemäss Abbildung G 4.9 handelt es sich bei ausserkantonalen Hospitalisierungen seltener um Notfalleintritte. Gleichzeitig sind ausserkantonal behandelte Patientinnen und Patienten häufiger zusatzversichert.

G 4.8 Psychiatrie – Abwanderung nach Standortkanton des Spitals (Zielkanton), 2012-2016



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

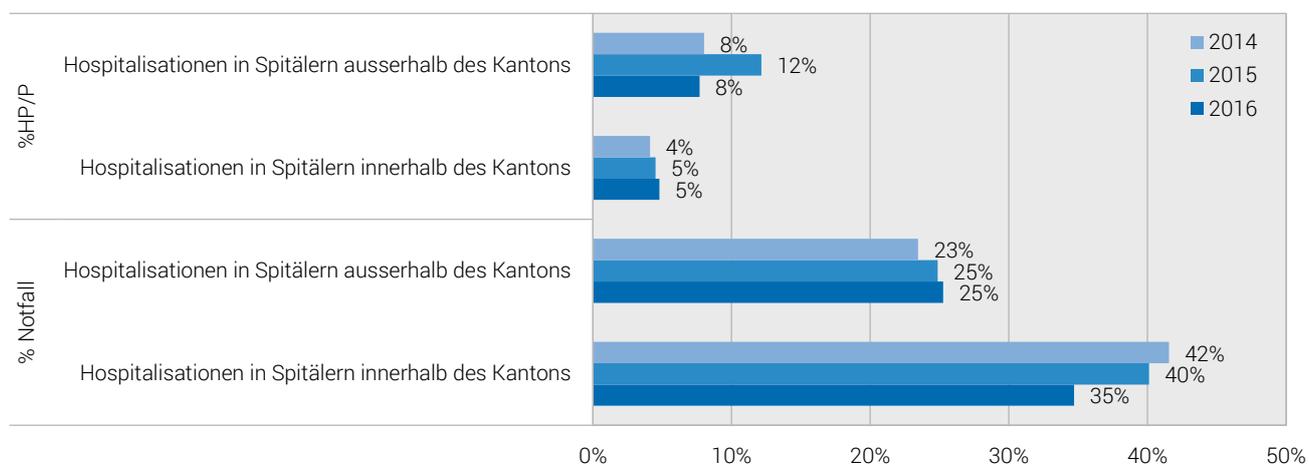
T 4.5 Psychiatrie – Abwanderung und Abfluss nach SPLB, 2012-2016

Diagnosegruppe	Abwanderung: Hospitalisierungen von Patient/innen aus dem Kanton AR ausserhalb des Kantons						Trend	% Abfluss 2016
	2012	2013	2014	2015	2016			
F00-F09 Organische Störungen	4		1	6	4		16,0%	
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	16	14	21	13	22		32,8%	
F11-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen	8	7	29	14	6		17,6%	
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	3	13	7	8	15		12,2%	
F30-F39 Affektive Störungen	41	55	59	71	67		32,1%	
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	15	29	18	15	28		36,8%	
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	3	4	8	19	13		29,5%	
F5, F7-9 Übrige F-Diagnosen	10	5	17	27	27		84,4%	
XX Keine Hauptdiagnose aus dem F-Bereich	3	2	2				* *	
Total	103	129	162	173	182		29,4%	

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

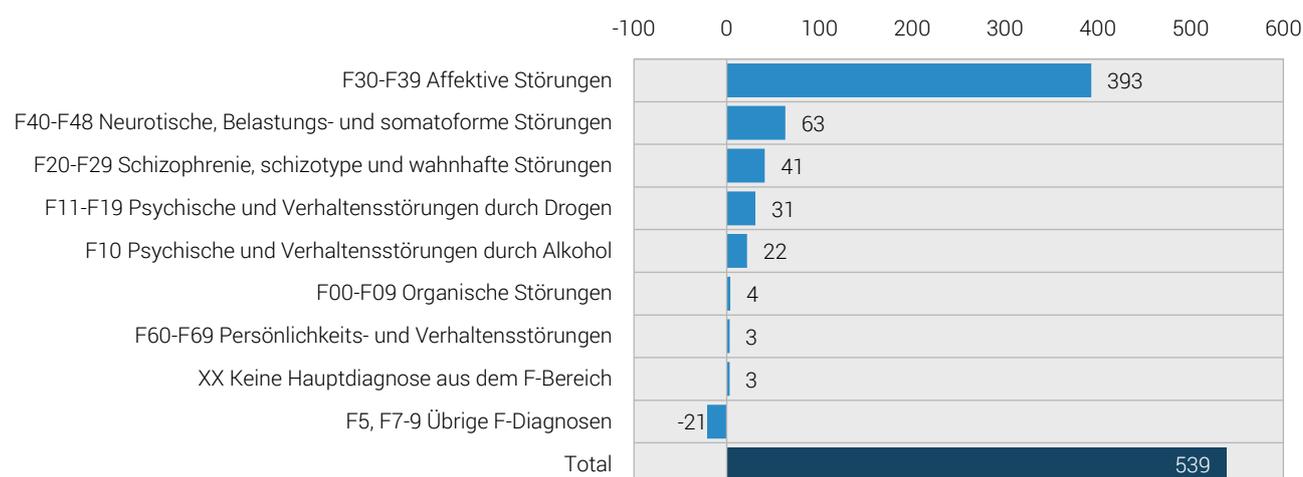
G 4.9 Psychiatrie – Patientenstruktur bei ausserkantonalen vs. innerkantonalen Hospitalisierungen, 2014-2016



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

G 4.10 Psychiatrie – Nettowanderung nach Diagnosegruppe, 2016



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

Nettowanderung

In Abbildung G 4.10 ist schliesslich die Nettowanderung nach Diagnosegruppe dargestellt. Mit Ausnahme der übrigen F-Diagnosen verzeichnet der Kanton Appenzell Ausserrhoden in sämtlichen Diagnosegruppen einen positiven Saldo aus Zu- und Abwanderung.

4.2 Bedarfsprognose

Basierend auf der Inanspruchnahme im Jahr 2016 wurde unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung der Versorgungsbedarf für das Jahr 2030 in der stationären Psychiatrie prognostiziert. Die Prognose basiert auf dem Modell

des Obsan. In Kapitel 2.2 des vorliegenden Berichts sind das Prognosemodell und die zugrundeliegenden Einflussfaktoren beschrieben, in Kasten 12 sind zudem die verwendeten Prognoseszenarien für die stationäre Psychiatrie (Minimalszenario, Basisszenario und Maximalszenario) definiert. In den folgenden Darstellungen werden in der Regel das Referenzjahr 2016 und das Prognosejahr 2030 dargestellt. Der prognostizierte Bedarf wird aus der Perspektive der Wohnbevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden dargelegt.

Grundlage für die Prognosen bildeten die Hospitalisierungsrate sowie die MAHD im Referenzjahr. Anhand von Tabelle T 4.6 wird deutlich, dass in der Psychiatrie die höchste Hospitalisierungsrate in der Altersgruppe zwischen 18 bis 59 Jahren zu verzeichnen ist. Im Kanton Appenzell Ausserrhoden

K 12 Prognoseszenarien Psychiatrie			
Annahmen	Minimalszenario (Min)	Basisszenario (Basis)	Maximalszenario (Max)
Bevölkerungs-entwicklung	BFS, tiefes Szenario	BFS, Referenzszenario	BFS, hohes Szenario
Hospitalisierungsrate / Fälle	Als Grundlage für die Prognose der Fallzahlen dienen die kantonalen Hospitalisierungsraten pro Diagnosegruppe und Altersgruppe gemäss Referenzjahr		
MAHD / Pflgetage	Szenario CH: Angleichung MAHD an den Schweizer Mittelwert pro Diagnosegruppe	Referenzszenario: Keine Angleichung der MAHD, Grundlage der Prognose bildet die kantonale MAHD nach Diagnosegruppe	Referenzszenario: Keine Angleichung der MAHD, Grundlage der Prognose bildet die kantonale MAHD nach Diagnosegruppe
Quelle: Obsan			© Obsan 2018

betrug die Hospitalisierungsrate innerhalb dieser Altersgruppe im Jahr 2016 15,4 Fälle pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner und war somit beinahe doppelt so hoch wie in der Altersgruppe zwischen 60 und 74 Jahren, für welche sich die Rate im Jahr 2016 auf 8,7 Fälle pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner belief. Dieses Muster ist ähnlich für die Schweiz. Es entspricht nicht demjenigen in der Akutsomatik (vgl. dazu Kapitel 1.1) und hat unter Berücksichtigung der demografischen Alterung der Wohnbevölkerung massgebliche Konsequenzen für die Bedarfsprognosen (vgl. nachfolgendes Kapitel).

T 4.6 Psychiatrie – Hospitalisierungsrate, Rate der Pflgetage und MAHD nach Altersgruppe, 2016

Altersgruppe	Hospitalisierungsrate (pro 1'000 Einwohner)		Rate Pflgetage (pro 1'000 Einwohner)		Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD)	
	AR	CH	AR	CH	AR	CH
0–17	3,1	2,3	203,1	102,8	66,6	44,3
18–59	15,4	11,8	495,4	369,8	32,2	31,3
60–74	8,7	7,4	308,6	289,4	35,6	39,0
75+	6,3	9,1	131,6	321,8	21,0	35,3
Total	11,3	9,2	380,5	305,5	33,7	33,2

Quelle: BFS –MS; STATPOP © Obsan 2018

Vergleicht man die kantonalen Hospitalisierungsraten mit den gesamtschweizerischen Werten fällt auf, dass die Rate der psychiatrischen Hospitalisierungen im Kanton Appenzell Ausserrhoden – mit Ausnahme der Altersgruppe ab 75 Jahren – über dem nationalen Durchschnitt liegt. Im Jahr 2016 wurden im Kanton Appenzell Ausserrhoden beispielsweise in der Altersgruppe bis 17 Jahre 3,1 Hospitalisierungen pro 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner verzeichnet. Der entsprechende nationale Vergleichswert lag bei 2,3 Hospitalisierungen pro 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Aufgrund der Tatsache, dass in dieser Altersgruppe im Kanton Appenzell Ausserrhoden ebenfalls eine höhere MAHD feststellbar ist, übersteigt

die Rate der Pflgetage pro 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner die nationalen Vergleichswerte noch deutlicher (203,1 im Kanton Appenzell Ausserrhoden vs. 102,8 in der Schweiz insgesamt). Genau umgekehrt ist es in der Altersgruppe ab 75 Jahren. Hier ist für den Kanton Appenzell Ausserrhoden sowohl eine unterdurchschnittliche Hospitalisierungsrate als auch eine unterdurchschnittliche MAHD auszumachen. Die Gründe für diese Unterschiede lassen sich aus den Daten nicht direkt ableiten.

4.2.1 Prognostizierter Versorgungsbedarf

Tabelle T 4.7 gibt einen Überblick über die prognostizierte Entwicklung der kantonalen Wohnbevölkerung, deren Hospitalisierungen sowie der Pflgetage bis 2030. Im Basisszenario ist bis 2030 in Bezug auf die ständige Wohnbevölkerung eine Zunahme von +0,4% pro Jahr zu erwarten. Demgegenüber sinkt die Zahl der psychiatrischen Hospitalisierungen und Pflgetage geringfügig um durchschnittlich -0,1% bzw. -0,03 pro Jahr. Über den gesamten Zeitraum von 2016 bis 2030 entspricht dies einer Abnahme um 1% in Bezug auf die Fälle (vgl. Tabelle T 4.8) und 0,5% hinsichtlich der Pflgetage (vgl. Tabelle T 4.9). Mit anderen Worten ausgedrückt: Trotz des Anstiegs der kantonalen Wohnbevölkerung geht die Prognose im Jahr 2030 von einem weitgehend stabilen Versorgungsbedarf in der stationären Psychiatrie aus. Dies wird bedingt durch die demografische Alterung der kantonalen Wohnbevölkerung. Die relativen Anteile der Altersgruppen zwischen 20 und 39 Jahren sowie zwischen 40 und 64 Jahren sinken zwischen 2016 und 2030 von 25% auf 20% bzw. von 36% auf 35%. Demgegenüber steigt der relative Anteil der über 65-jährigen von 19% auf 25% (vgl. dazu auch Abbildung G 2.3 auf Seite 13). Wie im vorangehenden Abschnitt erläutert, weisen Personen über 60 Jahren in der Psychiatrie eine vergleichsweise niedrigere Hospitalisierungsrate auf. Infolgedessen führt die demografische Alterung der kantonalen Wohnbevölkerung dazu, dass – trotz Wachstum der Bevölkerung – ein weitgehend stabiler Versorgungsbedarf prognostiziert wird.

Abbildung G 4.11 zeigt den prognostizierten Versorgungsbedarf nach Szenario und Jahr. Lediglich im Maximalszenario wird bis 2030 ein Anstieg der Fallzahlen und Pfl egetage prognostiziert. In den Tabellen T 4.8 und T 4.9 sind die prognostizierten Fallzahlen und Pfl egetage nach Diagnosegruppe dargestellt. Einzig für den Bereich der affektiven Störungen sowie innerhalb der Sammelkategorie der Fälle ohne Hauptdiagnose im F-Bereich ist gemäss allen Szenarien ein Anstieg der Fallzahlen und Pfl egetage zu erwarten.

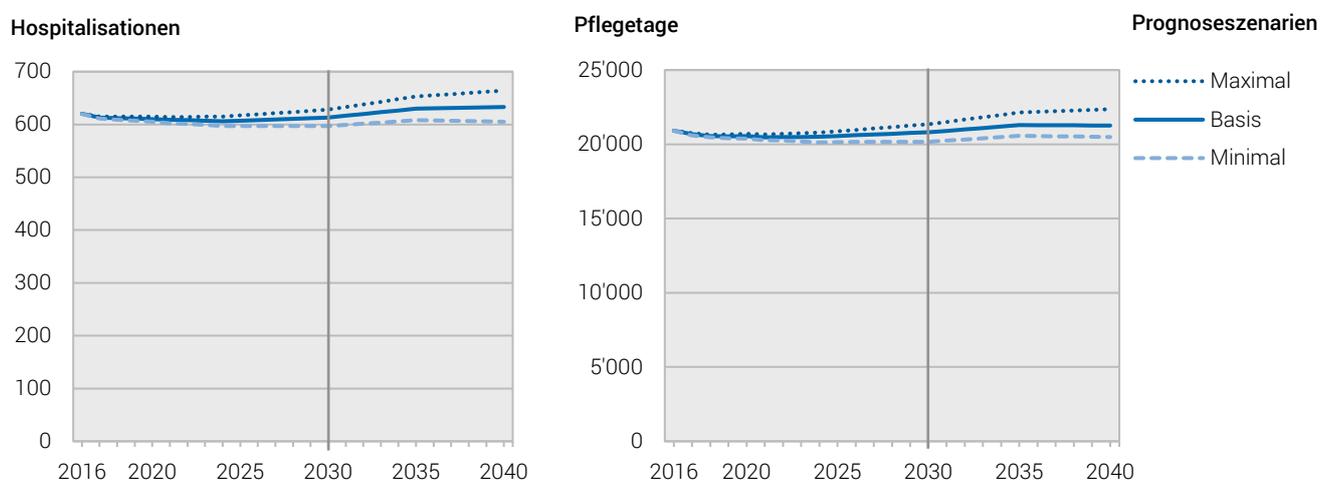
Die affektiven Störungen sowie auch die Sammelkategorie der Fälle ohne Hauptdiagnose im F-Bereich umfassen mitunter Demenzerkrankungen²⁰, weshalb der Anstieg in diesen Bereichen angesichts der demografischen Alterung der Wohnbevölkerung plausibel ist.

T 4.7 Psychiatrie – Vergleich Ist vs. Bedarfsprognose, 2016 vs. 2030

	2016	Min		Basis		Max	
		2030	CAGR	2030	CAGR	2030	CAGR
Ständige Wohnbevölkerung	54 954	56 178	+0,2%	57 812	+0,4%	59 557	+0,6%
Hospitalisierungen	620	597	-0,3%	613	-0,1%	628	+0,1%
Hospitalisierungsrate (pro 1'000)	11,3	10,6	-0,4%	10,6	-0,4%	10,5	-0,5%
Pfl egetage (PT)	20 910	20 164	-0,3%	20 809	-0,03%	21 352	+0,1%
Rate Pfl egetage (pro 1'000)	380,5	358,9	-0,4%	359,9	-0,4%	358,5	-0,4%

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS); Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) © Obsan 2018

G 4.11 Psychiatrie – Prognostizierter Versorgungsbedarf, 2017-2040



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS); Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) © Obsan 2018

²⁰ Demenzerkrankungen können gemäss ICD-Katalog sowohl im Bereich organischen einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09) insbesondere unter „F00-F03 – Demenz bei Alzheimer“ als auch im Bereich „Sonstige degenerative

Krankheiten des Nervensystems (G30-G32)“ insbesondere unter „G30 – Alzheimer-Krankheit“ kodiert sein.

T 4.8 Psychiatrie – Prognostizierter Versorgungsbedarf, Fälle nach Leistungsbereich und Szenario 2016 vs. 2030

Diagnosegruppe	2016	Prognose 2030					
		Min	Differenz	Basis	Differenz	Max	Differenz
F00-F09 Organische Störungen	25	32	+28%	33	+32%	33	+32%
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	67	63	-6%	65	-3%	67	0%
F11-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen	34	29	-15%	30	-12%	31	-9%
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	123	118	-4%	120	-2%	123	0%
F30-F39 Affektive Störungen	209	201	-4%	205	-2%	210	+0%
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	76	72	-5%	74	-3%	76	0%
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	44	36	-18%	37	-16%	39	-11%
F5, F7-9 Übrige F-Diagnosen	32	31	-3%	33	+3%	34	+6%
XX Keine Hauptdiagnose aus dem F-Bereich	10	15	+50%	15	+50%	15	+50%
Total	620	597	-4%	613	-1%	628	+1%

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS); Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) © Obsan 2018

T 4.9 Psychiatrie – Prognostizierter Versorgungsbedarf, Pflegetage nach Diagnosegruppe und Szenario 2016 vs. 2030

Diagnosegruppe	2016	Prognose 2030					
		Min	Differenz	Basis	Differenz	Max	Differenz
F00-F09 Organische Störungen	776	1 199	+55%	943	+22%	961	+24%
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	2 300	1 826	-21%	2 236	-3%	2 298	-0%
F11-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen	1 156	810	-30%	994	-14%	1 027	-11%
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	3 836	4 426	+15%	3 683	-4%	3 769	-2%
F30-F39 Affektive Störungen	7 123	7 130	+0%	7 114	-0%	7 285	+2%
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	2 344	1 795	-23%	2 364	+1%	2 426	+3%
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1 388	1 030	-26%	1 269	-9%	1 307	-6%
F5, F7-9 Übrige F-Diagnosen	1 754	1 342	-23%	1 865	+6%	1 932	+10%
XX Keine Hauptdiagnose aus dem F-Bereich	233	605	+160%	342	+47%	348	+49%
Total	20 910	20 164	-4%	20 809	-0,5%	21 352	+2%

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS); Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) © Obsan 2018

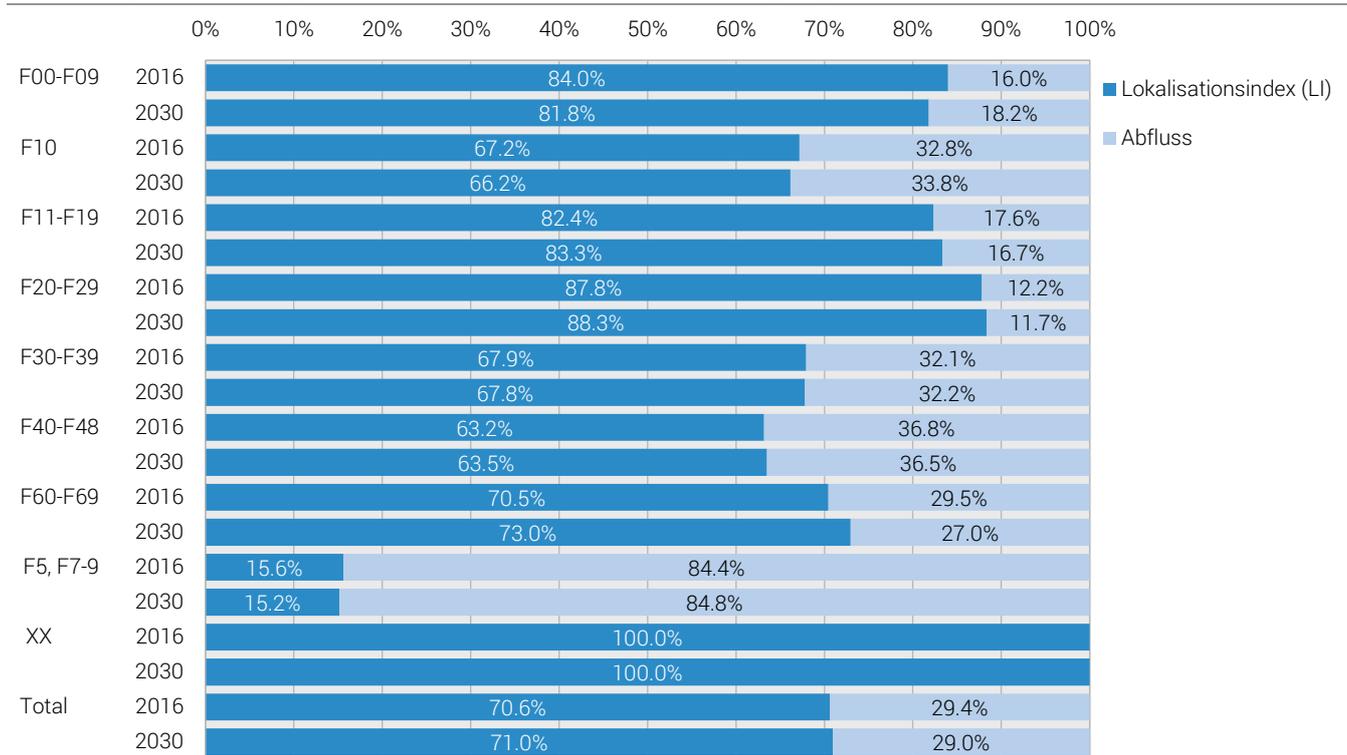
4.2.2 Prognostizierte Patientenströme

Abbildung G 4.12 stellt den Vergleich zwischen Referenzjahr und der Prognose für das Jahr 2030 gemäss Basisszenario hinsichtlich des Lokalisationsindex und des Abflusses dar. Der Lokalisationsindex beschreibt den Anteil der kantonalen Patientinnen und Patienten, die in einem Spital innerhalb des Kantons hospitalisiert werden. Demgegenüber beschreibt der Abfluss den Anteil der kantonalen Patientinnen und Patienten, die für eine stationäre Behandlung ein Spital mit Standort ausserhalb des Kantons aufsuchen. Summiert ergeben der Lokalisationsindex und der Abfluss somit stets 100%.

Insgesamt bleibt der Abfluss weitgehend stabil und beläuft sich im Jahr 2030 gemäss Basisszenario auf 29,0%. Eine Tendenz zu mehr ausserkantonalen Hospitalisierungen ist im Bereich der organischen Störungen (von 16,0% auf 18,2%)

auszumachen. Ein gegenläufiger Trend zu mehr Hospitalisierungen innerhalb des Kantons wird für den Bereich der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69) prognostiziert (Anstieg des Lokalisationsindex von 70,5% im Jahr 2016 auf 73,0% im Jahr 2030).

G 4.12 Psychiatrie – Prognostizierte Patientenströme, Fälle und Pflgetage 2016 vs. 2030 (Basisszenario)



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS); Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

© Obsan 2018

4.3 Fazit Psychiatrie

Bedarfsanalyse Psychiatrie

Die Zahl der psychiatrischen Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Appenzell Ausserrhoden stieg im Analysezeitraum um durchschnittlich +4,6% pro Jahr auf 620 Fälle im Jahr 2016. Rund ein Drittel der Inanspruchnahme durch die kantonale Wohnbevölkerung betrifft die Diagnosegruppe der affektiven Störungen. Knapp 30% der Behandlungen erfolgten in einem Spital ausserhalb des Kantons, etwas mehr als die Hälfte davon in einem ausserkantonalen Listenspital. In den Bereichen „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“, „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ sowie bei den übrigen F-Diagnosen (F5, F7-F9) weisen die ausserkantonalen Listenspitäler einen Versorgungsanteil von über 20% auf.

Die Zahl der Hospitalisierungen in Spitälern mit Standort im Kanton Appenzell Ausserrhoden betrug im Jahr 2016 1'159 Fälle. Etwas mehr als 60% der Patientinnen und Patienten stammten dabei aus anderen Kantonen. Für den Kanton Appenzell Ausserrhoden sind demnach sowohl wesentliche Patientenströme in als auch aus dem Kanton festzustellen. Infolgedessen ist die interkantonale Koordination der Spitalplanung von zentraler Bedeutung für die Sicherstellung der psychiatrischen Versorgung.

Bedarfsprognose Psychiatrie

Die Prognose des Versorgungsbedarfs in der stationären Psychiatrie erfolgte basierend auf dem Prognosemodell des Obsan. Entgegen den Prognosen für die Akutsomatik und die stationäre Rehabilitation resultiert aus der Prognose für die Psychiatrie ein weitgehend stabiler Versorgungsbedarf für das Jahr 2030 (-1% im Basisszenario). Anders als in der Akutsomatik und der Rehabilitation besteht kein strikt positiver Zusammenhang zwischen dem Alter und der Hospitalisierungsrate, d.h. es sind nicht die ältesten Schichten der Wohnbevölkerung, welche die höchste Hospitalisierungsrate aufweisen. Vielmehr sind es die Personen im Erwerbsalter, welche die höchste Hospitalisierungsrate aufweisen. Infolgedessen führt die demografische Alterung bis 2030 – entgegen der Entwicklungen in der Akutsomatik und der Rehabilitation – in der Psychiatrie zu einer Abnahme hinsichtlich des prognostizierten Versorgungsbedarfs. Ein wesentlicher Anstieg der Fallzahlen bis 2030 wird für den Bereich der organischen Störungen prognostiziert (+25%). Mit Ausnahme der Sammelkategorie der Fälle ohne Hauptdiagnose aus dem F-Bereich wird ansonsten für die übrigen Diagnosegruppen von sinkenden oder weitgehend stabilen Fallzahlen im Jahr 2030 ausgegangen.

5 Rehabilitation

Das vorliegende Kapitel beschreibt die Analyse und Prognose des Versorgungsbedarfs betreffend die stationäre Rehabilitation. Gemäss Art. 58b Abs. 1 KVV ist der Versorgungsbedarf an stationären Leistungen in nachvollziehbaren Schritten zu ermitteln, wobei sich der Kanton auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche zu stützen hat. Im Zuge der Bedarfsermittlung ist ausserdem jenes Angebot zu ermitteln, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sind (Art. 58b Abs. 2 KVV). Für die Ermittlung des Versorgungsbedarfs gemäss Art. 58b KVV erfolgt nachfolgend eine Analyse der Inanspruchnahme, des Versorgungsangebots sowie der Patientenströme im Zeitraum zwischen 2012 und 2016 (Kapitel 5.1) sowie die Prognose des Versorgungsbedarfs für den Prognosehorizont bis 2030 (Kapitel 5.2).

Der Begriff Rehabilitation ist inhaltlich im KVG nicht definiert. Laut WHO umfasst der Begriff sämtliche Massnahmen zur Wiedererlangung der bestmöglichen Funktionstüchtigkeit, die notwendig werden, wenn die individuelle Funktionsfähigkeit infolge einer Erkrankung oder Verletzung beeinträchtigt ist. Die vorliegende Bedarfsplanung beschränkt sich jedoch auf die medizinische Rehabilitation, für die individuelle Voraussetzungen der Rehabilitationsbedürftigkeit, der Rehabilitationsfähigkeit sowie des Rehabilitationspotenzials erfüllt sein müssen. Im Zentrum der Rehabilitation steht nicht die kurative Behandlung akuter Krankheiten und Verletzungen, sondern die Behandlung der von diesen verursachten Folgen. Sie manifestieren sich in Form von Gesundheitsschädigungen sowie Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Partizipation an der Gesellschaft. Während die Leistungserbringer im Bereich der akuten Krankheiten und Verletzungen gesetzlich zur Erhebung der kurativen Leistungen mittels Diagnose- (ICD) und Operationskatalog (CHOP) verpflichtet sind, besteht derzeit in der Schweiz keine Pflicht zur Erhebung der Verwendung eines spezifischen Katalogs (ICF) für die Abbildung der rehabilitativen Leistung bei Folgeerscheinungen von Erkrankungen. Eine gesamtschweizerische, den funktionellen und kognitiven Zustand des Rehabilitationspatienten und der -patientin abbildende ICF-Statistik fehlt. Als Alternative werden die rehabilitativen Leistungen mittels der in der Medizinischen Statistik kodierten rehabilitationsrelevanten Grunderkrankung

(ICD-Hauptdiagnose) abgebildet und anschliessend schwerwichtig organspezifisch den entsprechenden Leistungsbereichen gemäss K 13 zugeteilt. Allerdings wird aufgrund der vom BFS erlassenen Kodierrichtlinien für die Rehabilitation von einem Teil der Leistungserbringer lediglich die allgemeine «Diagnose» Rehabilitationsmassnahmen (Z50) und nicht die Hauptdiagnose der rehabilitationsrelevanten Grunderkrankung angegeben. Da die so kodierten Fälle keinem der organspezifischen Leistungsbereiche zugeordnet werden können, müssen sie in dem unspezifischen Sammeltopf „Übrige Rehabilitation“ erfasst werden. Bei den darunter erfassten Fällen kann es sich somit durchaus um Patientinnen und Patienten der neurologischen bzw. muskuloskelettalen etc. Rehabilitation handeln. Wegen ihrer diesbezüglich unspezifischen Kodierung können sie nur nicht dem jeweils zutreffenden Leistungsbereich zugewiesen werden (Departement Gesundheit AR 2010).

K 13 Leistungsbereiche stationäre Rehabilitation

Für die Analysen zur stationären Rehabilitation wurden die nachfolgend aufgeführten Leistungsbereiche anhand der Hauptdiagnose gemäss MS gebildet. Die Leistungsbereiche orientieren sich an der Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2017 Rehabilitation²¹ und stützen sich auf die Definition der aktuell gültigen Leistungsbereiche der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.²²

Muskuloskelettal

Neurologisch

Querschnittslähmung

Kardiovaskulär

Pulmonal

Internistisch-onkologisch

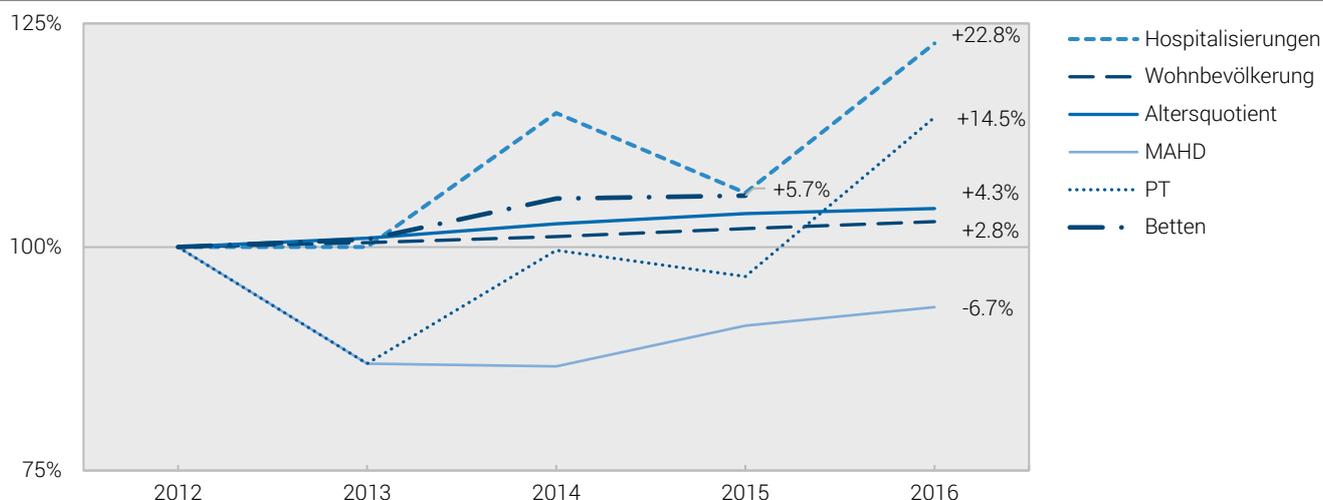
Psychosomatisch-sozialmedizinisch

Übrige Rehabilitation

²¹ Vgl. www.ar.ch (Verwaltung > Departement Gesundheit und Soziales > Amt für Gesundheit > Abteilung Spitalversorgung > Spitalplanung).

²² Vgl. www.gd.zh.ch (Themen > Behörden & Politik > Spitalplanung / Spitallisten > Rehabilitation).

G 5.1 Rehabilitation – Globale Indikatoren zur Versorgungssituation, 2012-2016



	2012	2013	2014	2015	2016	Δ 2012-16	CAGR
Hospitalisierungen ¹	347	347	399	368	426	+22,8%	+5,3%
Ständige Wohnbevölkerung ¹	53 438	53 691	54 064	54 543	54 954	+2,8%	+0,7%
Altersquotient ¹	29,8%	30,0%	30,5%	30,9%	31,0%	+4,3%	+1,1%
Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) ³	26,1	22,7	22,6	23,8	24,3	-6,7%	-1,7%
Pflegetage (PT) ³	9 048	7 868	9 015	8 750	10 360	+14,5%	+3,4%
Betten ²	182	184	192	192	155 ⁴	-14,6%	-3,9%

* Zwischen den Jahren 2015 und 2016 gibt es einen Bruch in der Zeitreihe der Betten gemäss KS. Das hängt damit zusammen, dass ein Teilbereich des Angebots der Klinik Gais ab 2016 der Psychiatrie zugeordnet ist (vgl. auch BAG - Kennzahlen der Spitäler 2016: Klinik Gais). Infolgedessen ist in der Grafik lediglich der Zeitraum bis 2015 abgebildet

Quellen: BFS - (1) STATPOP (Erhebungstichtag: 31.12.); (2) KS (Betten "Rehabilitation"); (3) MS

© Obsan 2018

5.1 Bedarfsanalyse

Abbildung G 5.1 zeigt einleitend einige übergeordnete Indikatoren zur Versorgungssituation betreffend die stationäre Rehabilitation im Kanton Appenzell Ausserrhoden. Zwischen 2012 und 2016 stieg die Zahl der rehabilitativen Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Appenzell Ausserrhoden von 347 auf 426, was einer Zunahme der Inanspruchnahme von +22,8% entspricht. Innerhalb von fünf Jahren ist somit die Nachfrage in der stationären Rehabilitation um mehr als einen Fünftel gestiegen, wenn man die Zahl der Hospitalisierungen betrachtet. Der Anstieg der Fallzahlen in der Rehabilitation wäre ohne die Verschiebungen von Fällen zwischen der Rehabilitation und der Psychiatrie infolge der angepassten Abgrenzung in der Klinik Gais (vgl. dazu auch Anhang 6) noch höher ausgefallen (+28,8%). Durch diese Verschiebung erklärt sich denn auch die Entwicklung der Anzahl Spitalbetten in der Rehabilitation. Grundsätzlich nahm die Zahl der Betten im Kanton Appenzell Ausserrhoden zu, von 182 Betten im Jahr 2012 auf 192 Betten im Jahr 2015 zu. Die Reduktion auf 156 Betten im Jahr 2016 erklärt

sich durch den Wegfall der Betten der Klinik Gais im Versorgungsbereich Rehabilitation ab 2016.

Die Zunahme der Hospitalisierungen um +22,8% zwischen 2012 und 2016 kommt einem durchschnittlichen Wachstum um +5,3% pro Jahr gleich (CAGR, Compound Annual Growth Rate). Diese Zunahme ist somit grösser, als durch das Bevölkerungswachstum alleine erklärt werden könnte. Die ständige Wohnbevölkerung im Kanton Appenzell Ausserrhoden wächst im gesamten Analysezeitraum lediglich um +2,8%. Ein Faktor, welcher das überproportionale Wachstum der Inanspruchnahme zumindest teilweise erklärt, ist die demografische Struktur der Bevölkerung. Der Altersquotient beschreibt das Verhältnis der 65-Jährigen und Älteren zu den 20- bis 64-jährigen Personen, d.h. das Verhältnis der Anzahl Menschen in einem Alter, in dem man im Allgemeinen wirtschaftlich nicht mehr aktiv ist, zur Anzahl der Personen im erwerbsfähigen Alter. Zwischen 2012 und 2016 steigt der Altersquotient im Kanton Appenzell Ausserrhoden von 29,8% auf 31,0% (+4,3%). Weil die Hospitalisierungsrate bei älteren Personen höher liegt, kann die demografische Alterung den überproportionalen Anstieg der Fälle zumindest teilweise erklären. Im Vergleich zu den Hospitalisierungen stieg die Zahl der Pflegetage in der Rehabilitation von Patientinnen und Patienten aus dem

T 5.1 Rehabilitation – Inanspruchnahme der kantonalen Wohnbevölkerung nach Leistungsbereich, 2012-2016

Leistungsbereich	2012	2013	2014	2015	2016	Trend	CAGR	%-Anteil 2016
Muskuloskelettal	128	136	159	143	176		+8,3%	41,3%
Neurologisch	72	65	76	87	84		+3,9%	19,7%
Querschnittslähmung	1	2	11	3	2		+18,9%	0,5%
Kardiovaskulär	53	54	60	63	73		+8,3%	17,1%
Pulmonal	19	12	13	7	14		-7,4%	3,3%
Internistisch-onkologisch	42	36	42	33	44		+1,2%	10,3%
Psychosomatisch-sozialmedizinisch	31	29	28	30	25		-5,2%	5,9%
Übrige Rehabilitation	1	13	10	2	8		+68,2%	1,9%
Total	347	347	399	368	426		+5,3%	100%

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

Kanton Appenzell Ausserrhoden weniger deutlich um +14,5%. Bedingt wird dies durch die sinkenden Aufenthaltsdauern im selben Zeitraum. Zwischen 2012 und 2016 sank die MAHD von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden von 26,1 auf 24,3 Tage (-6,7%), wobei die Reduktion jedoch nicht kontinuierlich erfolgte.

5.1.1 Inanspruchnahme

Bei der Analyse der Inanspruchnahme liegt der Fokus auf der Perspektive der kantonalen Wohnbevölkerung. In diesem Abschnitt wird demnach die Inanspruchnahme stationärer Leistungen in der Rehabilitation durch die Bevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden analysiert, ungeachtet des Behandlungsortes.

Fallzahlen

In Tabelle 5.1 sind die Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden innerhalb der stationären Rehabilitation nach Leistungsbereich aufgliedert. Der grösste Anteil der Hospitalisierungen betrifft die muskuloskelettale Rehabilitation. Im Jahr 2016 entfielen 41,3% der stationären, rehabilitativen Leistungen auf diesen Leistungsbereich. Ausserdem weisen die neurologische, die kardiovaskuläre sowie die internistisch-onkologische Rehabilitation einen Anteil von mehr als 10% aller rehabilitativen Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten

aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden auf. Die absolute Zahl der Behandlungen in der muskuloskelettalen Rehabilitation ist zwischen 2012 und 2016 von 128 auf 176 Fälle gestiegen, was einem durchschnittlichen Wachstum von +8,3% pro Jahr entspricht.

Hospitalisierungsrate

Abbildung G 5.2 zeigt die standardisierte Hospitalisierungsrate für den Kanton Appenzell Ausserrhoden im Vergleich zur gesamtschweizerischen Rate. Mithilfe der Standardisierung nach Alter und Geschlecht können die Hospitalisierungsraten miteinander verglichen werden, ohne dass allfällige Unterschiede durch eine unterschiedliche Bevölkerungsstruktur beeinflusst sind.²³ Die Hospitalisierungsrate der Wohnbevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden ist in Bezug auf die muskuloskelettale, die pulmonale sowie die internistisch-onkologische Rehabilitation im Zeitraum von 2013 bis 2016 signifikant niedriger als die gesamtschweizerische Rate. In der neurologischen Rehabilitation liegt die kantonale Rate ebenfalls unterhalb der gesamtschweizerischen Rate, der Unterschied ist allerdings statistisch nicht signifikant. Kaum Unterschiede zwischen der kantonalen und der gesamtschweizerischen Rate bestehen in Bezug auf die psychosomatisch-sozialmedizinische und die kardiovaskuläre Rehabilitation. Im Total resultiert daraus eine signifikant niedrigere Rate im Kanton Appenzell Ausserrhoden im Vergleich zur nationalen Hospitalisierungsrate.

²³ Bzgl. Berechnung der alters- und geschlechterstandardisierte Hospitalisierungsraten vgl. Kasten K 9 auf Seite 20.

G 5.2 Rehabilitation – Standardisierte Hospitalisierungsrate pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner, 2012-2016

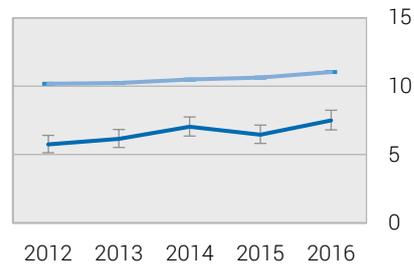
Bemerkungen

Dargestellt sind die alters- und geschlechterstandardisierten Hospitalisierungsraten pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Leistungsbereich (vgl. auch K 9). Aufgrund der geringen Fallzahlen und der damit verbundenen Unsicherheit nicht abgebildet sind die Leistungsbereiche Querschnittsgelähmte und übrige Rehabilitation.

Legende

- CH
- AR
- I 95%-VI

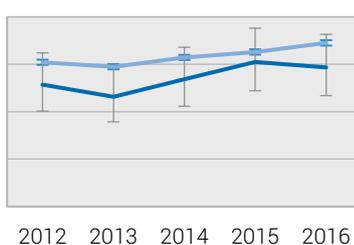
Total



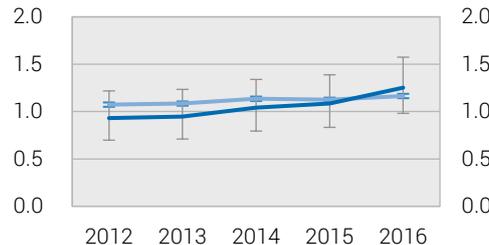
Muskuloskelettal



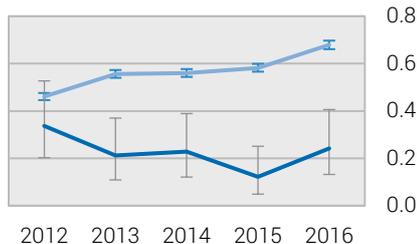
Neurologisch



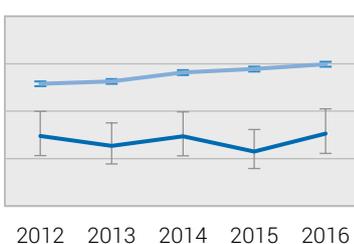
Kardiovaskulär



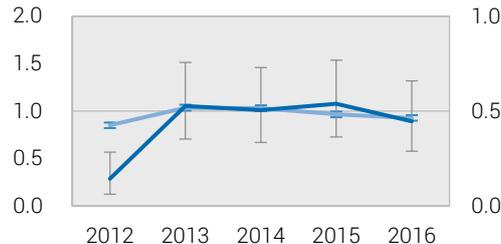
Pulmonal



Internistisch-onkologisch



Psychosomatisch-sozialmedizinisch



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS); Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

© Obsan 2018

Aufenthaltsdauer

Die MAHD von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden in der stationären Rehabilitation lag im Jahr 2016 bei 24,3 Tagen und somit geringfügig höher als im schweizerischen Durchschnitt (23,6 Tage). Während die nationale MAHD zwischen 2012 und 2016 sukzessive sank, reduzierte sich die MAHD von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden zuerst markant auf 22,7 Tage im Jahr 2013 und stieg in den Jahren danach wieder etwas an.

In Tabelle T 5.2 ist die MAHD pro Leistungsbereich dargestellt. Die Reihenfolge der Leistungsbereiche richtet sich nach der schweizweiten Häufigkeit der Diagnosen. Eine überdurchschnittlich hohe MAHD ist grundsätzlich für die Leistungsbereiche der neurologischen und der psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitation sowie im Bereich Querschnittslähmungen²⁴ auszumachen. Grosse Unterschiede zwischen den nationalen MAHD und jenen bei Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden sind vor allem hinsichtlich der psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitation festzustellen (26,0 vs. 34,6 Tage); allerdings ist dabei

die beschränkte Fallzahl im Kanton Appenzell Ausserrhoden zu berücksichtigen.

G 5.3 Rehabilitation – MAHD, 2012-2016



Quelle: BFS - MS

© Obsan 2018

T 5.2 Rehabilitation – MAHD nach Leistungsbereich, 2016

Leistungsbereich	CH			AR		
	n	%	MAHD	n	%	MAHD
Muskuloskelettal	40 958	43,0%	21,3	176	41,3%	19,1
Neurologisch	14 806	15,6%	34,3	84	19,7%	36,4
Internistisch-onkologisch	12 764	13,4%	21,8	44	10,3%	20,8
Kardiovaskulär	9 896	10,4%	20,3	73	17,1%	20,6
Pulmonal	6 468	6,8%	19,8	14	3,3%	18,4
Übrige Rehabilitation	5 550	5,8%	21,1	8	1,9%	46,1
Psychosomatisch-sozialmedizinisch	3 947	4,2%	26,0	25	5,9%	34,6
Querschnittslähmung	827	0,9%	44,6	2	0,5%	19,0
Total	95 216	100,0%	23,6	426	100,0%	24,3

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

²⁴ Die Aussage bzgl. überdurchschnittlicher MAHD bei Querschnittslähmungen bezieht sich auf die ausgewiesene MAHD im nationalen Schnitt. Für den Kanton Appenzell Ausserrhoden ist

gemäss Tabelle T 5.2 eine deutlich tiefere MAHD festzustellen. Dieser Wert ist aber aufgrund der niedrigen Fallzahl mit entsprechender Zurückhaltung zu interpretieren.

5.1.2 Versorgungsangebot

Die Spitalliste Rehabilitation 2017 des Kantons Appenzell Ausserrhoden umfasst insgesamt zehn Leistungserbringer, wovon mit der Berit Klinik, der Rheinburg-Klinik AG in Walzenhausen (nachfolgend: Rheinburg-Klinik) und der Klinik Gais, drei Leistungserbringer ihren Standort innerhalb des Kantons haben. Hinzu kommen ausserkantonale Leistungserbringer aus den Kantonen Thurgau, Zürich, Graubünden und Basel-Stadt. Auf die zehn Leistungserbringer verteilen sich 25 Leistungsaufträge in insgesamt zehn Leistungsgruppen.

Tabelle T 5.3 zeigt ausgewählte Kennzahlen zu den Listenspitälern in der stationären Rehabilitation. Daraus wird beispielsweise ersichtlich, dass die Rheinburg-Klinik wie auch die Universitätsklinik Balgrist einen überdurchschnittlichen Anteil zusatzversicherter Patientinnen und Patienten aufweisen. Ebenso wird deutlich, dass die Patientinnen und Patienten der innerkantonalen Listenspitäler grossmehrheitlich aus anderen Kantonen stammen. Lediglich bei 6,8% bzw. 10,4% der stationären Aufenthalte in der Klinik Gais bzw. der Rheinburg-Klinik handelt es sich um innerkantonale Patientinnen und Patienten.

Der OKP-Anteil beschreibt den Anteil der Fälle, bei denen die Krankenversicherung als Hauptgarant für die Grundversicherungsleistungen erfasst ist. Nebst der Krankenversicherung kommen insbesondere die IV, die UV und die MV als Hauptgarant in Frage. Der OKP-Anteil in Bezug auf die rehabilitativen Hospitalisierungen in Listenspitälern liegt in der Regel bei über 90%. Einen deutlich niedrigeren OKP-Anteil verzeichnet beispielsweise das Rehabilitationszentrum des Universitätskinderospitals Zürich, was darauf zurückzuführen ist, dass rehabilitative Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen häufiger über die Invalidenversicherung finanziert sind.

In Abbildung G 5.4 ist die Entwicklung der Fallzahlen für die kantonalen Listenspitäler dargestellt. Insgesamt verzeichneten die kantonalen Listenspitäler im Jahr 2012 2'335 stationäre Rehabilitationsfälle. Die Zahl der rehabilitativen Hospitalisierungen in kantonalen Listenspitälern stieg bis 2014 auf 2'588 und reduzierte sich anschliessend. Sie belief sich im Jahr 2016 auf 2'046 Fälle. Der markante Rückgang zwischen 2015 und 2016 ist massgeblich auf die neue Zuordnung in der Klinik Gais zurückzuführen, wobei ein grosser Teil des Leistungsangebots der Klinik Gais ab 2016 der Psychiatrie zugeschrieben wird (vgl. dazu auch Anhang 6). Hinzu kommt auch,

T 5.3 Rehabilitation – Kennzahlen Listenspitäler Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2016

	Fälle	%AR	%HP/P	%OKP
Kantonale Listenspitäler				
Klinik Gais	1 287	6.8%	24%	100%
Rheinburg-Klinik	759	10.4%	56%	95%
Berit Klinik ^a	---	---	---	---
Ausserkantonale Listenspitäler				
kneipp-hof Dussnang	2 008	4.1%	25%	99%
Rehaklinik Zihlschlacht	1 048	2.3%	26%	96%
Kispi - Reha-Zentrum Affoltern	198	0.0%	11%	31%
Universitätsklinik Balgrist	402	1.2%	41%	87%
Zürcher RehaZentrum Wald	2 149	0.2%	25%	97%
Zürcher RehaZentrum Davos	1 582	0.9%	21%	97%
REHAB Basel	450	0.0%	17%	74%

Fälle: Stationäre Austritte

%AR: Anteil Patienten mit Wohnsitz im Kanton Appenzell Ausserrhoden

%OKP: Anteil der Fälle mit Hauptgarant 'Krankenversicherung' für Grundversicherungsleistungen

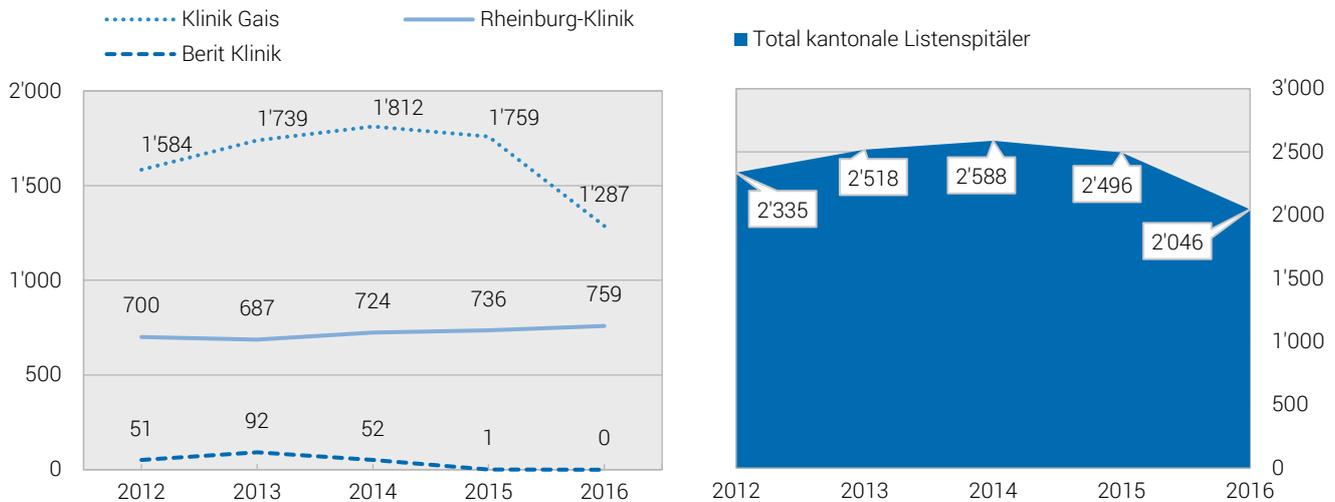
%HP/P: Anteil Fälle in der Liegeklasse halbprivat oder privat

^a Die Berit Klinik wies im Jahr 2016 gemäss MS keine rehabilitativen Fälle aus

Als Listenspitäler werden alle Leistungserbringer bezeichnet, die mindestens in einer Leistungsgruppe über einen Leistungsauftrag des Kantons Appenzell Ausserrhoden verfügen und dementsprechend auf der «Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2017 Rehabilitation» aufgeführt sind.



G 5.4 Rehabilitation – Fallzahlen kantonale Listenspitäler, 2012-2016



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

dass die Berit Klinik im Jahr 2016 keine Rehabilitationsfälle mehr ausweist. Dies könnte auf die aktuellen Restrukturierungen in der Berit Klinik im Zusammenhang mit der Neueröffnung des Rehabilitations- und Kurzentrums am Standort Niederteufen zurückzuführen sein. Es ist anzunehmen, dass die Berit Klinik in den kommenden Jahren wieder Rehabilitationsfälle verzeichnet, mindestens im Umfang wie im Jahr 2013. Ohne diese Umstände wäre die Zahl der stationären Rehabilitationsbehandlungen im Kanton Appenzell Ausserrhoden zwischen 2015 und 2016 weitgehend stabil geblieben.

Tabelle T 5.4 zeigt die innerkantonalen Fälle und Versorgungsanteile der Listenspitäler nach Leistungsbereich für das Jahr 2016. In den Leistungsbereichen Querschnittslähmung, pulmonale und psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation sowie in der Sammelkategorie übrige Rehabilitation sind im Jahr 2016 weniger als 30 Fälle zu verzeichnen, weshalb in diesen Bereichen die Versorgungsanteile nur bedingt

aussagekräftig sind. In der muskuloskelettalen Rehabilitation wurden im Jahr 2016 18% der Patientinnen und Patienten aus Appenzell Ausserrhoden in der Rheinburg-Klinik hospitalisiert. 48% der muskuloskelettalen Rehabilitationsbehandlungen erfolgten in ausserkantonalen Listenspitälern, insbesondere zu nennen ist hierbei der kneipp-hof Dussnang mit 44%. Schliesslich sind 35% der Behandlungen in der muskuloskelettalen Rehabilitation auf Hospitalisierungen in Kliniken zurückzuführen, die nicht auf der Spitalliste Rehabilitation des Kantons Appenzell Ausserrhoden geführt sind. Dieser Anteil der Nicht-Listenspitäler ist in der internistisch-onkologischen Rehabilitation mit 34% etwa gleich hoch. Geringer fällt er in der neurologischen und der kardiovaskulären Rehabilitation mit 18% bzw. 19% aus.

T 5.4 Rehabilitation – Fallzahlen und Versorgungsanteile nach Listenspital und Diagnosegruppe, 2016

	Muskuloskelettal	Neurologisch	Querschnittslähmung	Kardiovaskulär	Pulmonal	Internistisch-onkologisch	Psychosomatisch-sozialmedizinisch	Übrige Rehabilitation	Total
--	------------------	--------------	---------------------	----------------	----------	---------------------------	-----------------------------------	-----------------------	-------

Fälle (Patient/innen aus dem Kanton AR)

Kantonale Listenspitäler	31	47	0	59	0	15	13	1	166
Klinik Gais		1		59		13	13	1	87
Rheinburg-Klinik	31	46				2			79
Berit Klinik									
Ausserkantonale Listenspitäler	84	22	0	0	6	14	1	3	130
kneipp-hof Dussnang	77					6			83
Rehaklinik Zihlschlacht	2	21						1	24
Kispi - Reha-Zentrum Affoltern									
Universitätsklinik Balgrist	3	1						1	5
Zürcher RehaZentrum Wald					2	2			4
Zürcher RehaZentrum Davos	2				4	6	1	1	14
REHAB Basel									
Übrige Kliniken	61	15	2	14	8	15	11	4	130

Versorgungsanteil

Kantonale Listenspitäler	18%	56%	0%	81%	0%	34%	52%	13%	39%
Klinik Gais		1%		81%		30%	52%	13%	20%
Rheinburg-Klinik	18%	55%				5%			19%
Berit Klinik									
Ausserkantonale Listenspitäler	48%	26%	0%	0%	43%	32%	4%	38%	31%
kneipp-hof Dussnang	44%					14%			19%
Rehaklinik Zihlschlacht	1%	25%						13%	6%
Kispi - Reha-Zentrum Affoltern									
Universitätsklinik Balgrist	2%	1%						13%	1%
Zürcher RehaZentrum Wald					14%	5%			1%
Zürcher RehaZentrum Davos	1%				29%	14%	4%	13%	3%
REHAB Basel									
Übrige Kliniken	35%	18%	100%	19%	57%	34%	44%	50%	31%

< 5%
 ≥ 5%
 ≥ 10%
 ≥ 20%

Als Listenspitäler werden alle Leistungserbringer bezeichnet, die mindestens in einer Leistungsgruppe über einen Leistungsauftrag des Kantons Appenzell Ausserrhoden verfügen und dementsprechend auf der «Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2017 Rehabilitation» aufgeführt sind.

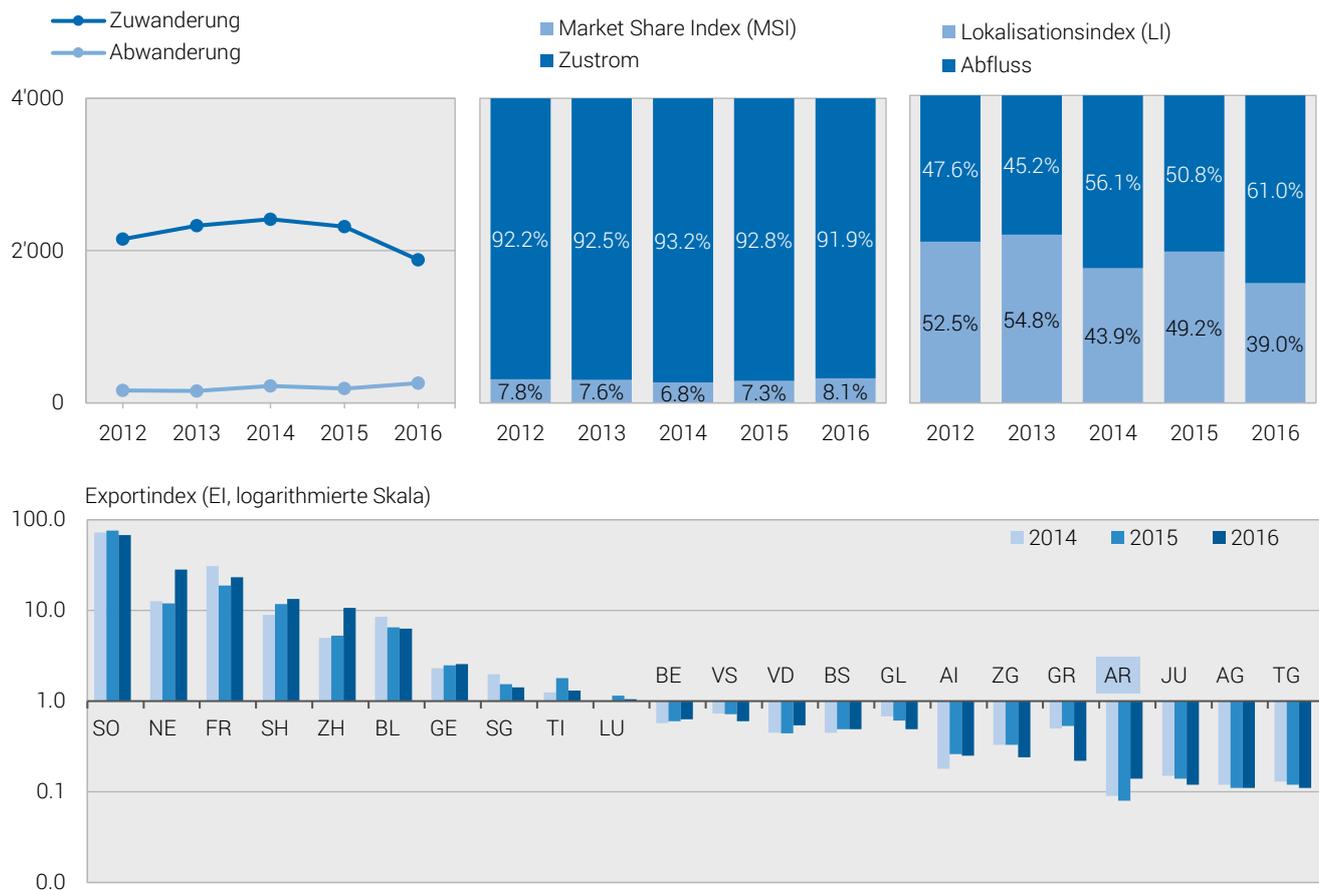
5.1.3 Patientenströme

Die Analyse der Patientenströme dient dazu, die Abhängigkeiten zwischen kantonalen Versorgungssystemen darzustellen, so dass diese entsprechend in den kantonalen Spitalplanungen berücksichtigt werden können. Weitere Ausführungen zur Bedeutsamkeit der Patientenströme und der interkantonalen

Koordination im Rahmen der kantonalen Spitalplanungen finden sich in Abschnitt 1.2.5. Eine ausführliche Beschreibung der verwendeten Indikatoren zur Beschreibung der Patientenströme ist im Kapitel zu den Patientenströmen in der Akutso-matik enthalten (vgl. Tabelle T 3.6 auf Seite 30).

G 5.5 Rehabilitation – Indikatoren Patientenströme Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2012-2016

Bereich	Indikator	2012	2013	2014	2015	2016
Import	Zuwanderung	2 153	2 328	2 413	2 315	1 880
	Zustrom	92,2%	92,5%	93,2%	92,8%	91,9%
Export	Abwanderung	165	157	224	187	260
	Abfluss	47,6%	45,2%	56,1%	50,8%	61,0%
Verhältnis Import/Export	Lokalisationsindex (LI)	52,5%	54,8%	43,9%	49,2%	39,0%
	Market Share Index (MSI)	7,8%	7,6%	6,8%	7,3%	8,1%
	Nettowanderung	1 988	2 171	2 189	2 128	1 620
	Exportindex (EI)	0,08	0,07	0,09	0,08	0,14



Bemerkung: In der Grafik zum Exportindex fehlen die Kantone Uri, Schwyz, Ob- und Nidwalden. Da in diesen Kantonen keine innerkantonalen Angebote betreffend die stationäre Rehabilitation bestehen und entsprechend auch keine Zuwanderung in diese Kantone erfolgt, kann kein Exportindex berechnet werden.

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

Abbildung G 5.5 fasst die zentralen Indikatoren zu den Patientenströmen betreffend die stationäre Rehabilitation im Kanton Appenzell Ausserrhoden zusammen. Der Zustrom bewegt sich im Zeitraum zwischen 2012 und 2016 weitgehend konstant bei über 90%. D.h. mehr als 9 von 10 Patientinnen und Patienten, die in einer Rehabilitationsklinik im Kanton Appenzell Ausserrhoden hospitalisiert wurden, stammten aus einem anderen Kanton. Die absolute Zahl der Zuwanderung sinkt zwischen 2015 und 2016 von 2'315 auf 1'880 Fälle. Dies wird bedingt durch die neue Abgrenzung des Leistungsangebots der Klinik Gais (vgl. dazu auch Anhang 6).

Die Abwanderung steigt im Analysezeitraum von 165 auf 260 Fälle. Im Jahr 2016 beträgt der Abfluss somit 61,0%, was so viel heisst wie, dass rund 6 von 10 Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden für eine Behandlung eine Rehabilitationsklinik ausserhalb des Kantons aufsuchten.

Insgesamt verzeichnet der Kanton Appenzell Ausserrhoden in Bezug auf die stationäre Rehabilitation deutlich mehr Zuwanderung als Abwanderung, was sich in der positiven Netowanderung ausdrückt. Ebenfalls ersichtlich ist dies anhand des Exportindexes. Ein Exportindex kleiner als 1 bedeutet,

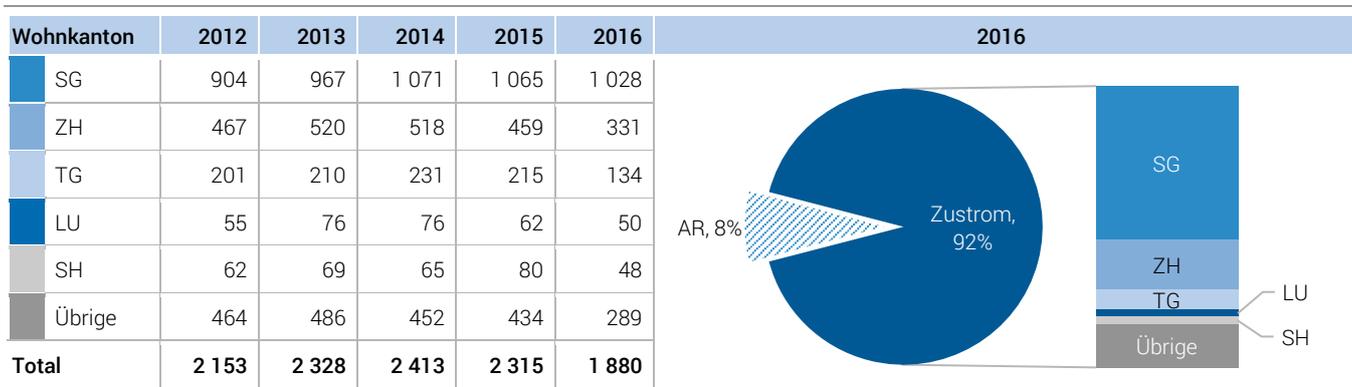
dass die Zuwanderung die Abwanderung übertrifft. Der Kanton Appenzell Ausserrhoden gehört zu den Kantonen mit dem niedrigsten Exportindex.

Zuwanderung und Zustrom

In den Abbildungen G 5.6 und G 5.7 ist die Zuwanderung bzw. der Zustrom nach Wohnkanton der Patientinnen und Patienten aufgeschlüsselt. Rund 50% der Hospitalisierungen in Rehabilitationskliniken im Kanton Appenzell Ausserrhoden sind auf Patientinnen und Patienten aus dem Kanton St. Gallen zurückzuführen. Weitere 16% bzw. 7% auf Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Zürich bzw. Thurgau. Darauf folgen Patientinnen und Patienten aus den Kantonen Luzern und Schaffhausen. Insgesamt 14% verteilen sich auf die übrigen Kantone.

In Abbildung G 5.7 wird nochmals deutlich, dass in den Kliniken mit Standort im Kanton Appenzell Ausserrhoden hauptsächlich ausserkantonale Patientinnen und Patienten behandelt werden. Sowohl in der Klinik Gais als auch in der Rheinburg-Klinik machen Patientinnen und Patienten aus dem Kanton St. Gallen die grösste Gruppe aus. Des Weiteren stammen wesentliche Zuwanderungsströme aus den Kantonen Zürich,

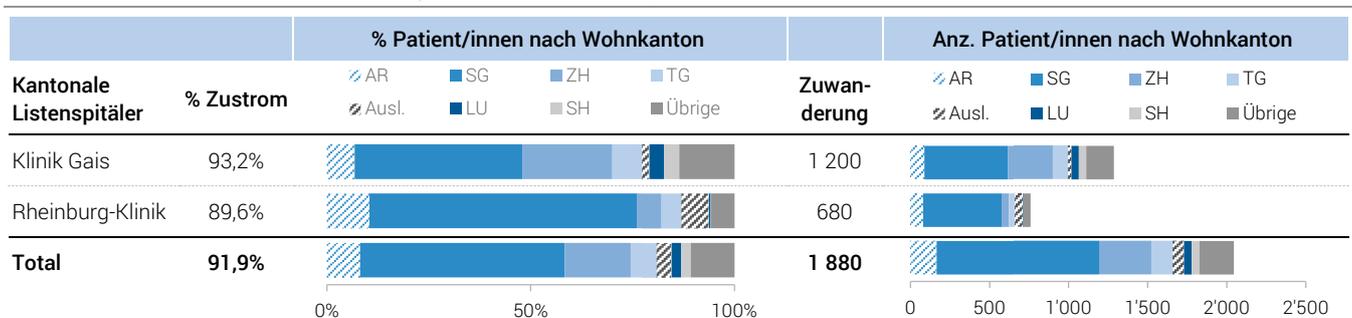
G 5.6 Rehabilitation – Zuwanderung nach Wohnkanton der Patientinnen und Patienten, 2012-2016



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

G 5.7 Rehabilitation – Zuwanderung und Zustrom nach Spital und Wohnkanton, 2016



Bemerkung: Die Berit Klinik wies im Jahr 2016 gemäss MS keine rehabilitativen Fälle aus und ist deshalb in der Darstellung oben nicht aufgeführt.

Quelle: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

Thurgau, Luzern und Schaffhausen sowie auch aus dem Ausland.

Aus der Aufschlüsselung der Zuwanderung nach Leistungsbereich in Tabelle T 5.5 wird einerseits ersichtlich, dass – absolut betrachtet – die grössten Zuwanderungsströme im Leistungsbereich der kardiovaskulären Rehabilitation zu beobachten sind. Im Jahr 2016 wurden 891 Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen für eine kardiovaskuläre Rehabilitationsbehandlung in einem Spital im Kanton Appenzell Ausserrhodens hospitalisiert, das sind beinahe die Hälfte der 1'880 zugewanderten Fälle. In Bezug auf die Zuwanderung kaum eine Bedeutung spielen der Leistungsbereich Querschnittslähmung sowie die pulmonale und die übrige Rehabilitation, was nicht weiter überraschend ist, da kein Spital mit Standort im Kanton Appenzell Ausserrhodens über entsprechende Leistungsaufträge verfügt. Andererseits zeigt Tabelle T 5.5, dass der Anteil ausserkantonalen Patientinnen und Patienten (Zustrom) in den Leistungsbereichen der muskuloskelettalen, neurologischen, kardiovaskulären, internistisch-onkologischen sowie in der psychosomatisch-sozialmedizinischen

Rehabilitation um die 90% liegt. Mit anderen Worten ausgedrückt, stammen rund neun von zehn Patientinnen und Patienten, die innerhalb der genannten Leistungsbereiche in einem Spital im Kanton Appenzell Ausserrhodens behandelt wurden, aus einem anderen Kanton.

Abbildung G 5.8 zeigt den Anteil der Fälle nach Liegeklasse, welcher als Proxy für den Anteil zusatzversicherter Patientinnen und Patienten verwendet werden kann. Im Vergleich zwischen inner- und ausserkantonalen Patientinnen und Patienten, die im Kanton Appenzell Ausserrhodens hospitalisiert wurden, zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede, was die Liegeklasse angeht. In beiden Fällen liegt der Anteil bei über 30% und damit deutlich über dem Anteil in der Akutomatik (20% im Jahr 2016, vgl. Abbildung G 3.11 auf Seite 34). Zu bedenken ist dabei, dass in der MS jeweils die real in Anspruch genommene Liegeklasse und nicht der Versicherungsstatus kodiert wird. Zwar ist die Liegeklasse ein geeigneter Proxy für den Versicherungsstatus, allerdings kann es zu Abweichungen kommen, wenn allgemeinversicherte Patientinnen und Patienten ein Upgrade erfahren. Dies könnte die doch wesentlichen Abweichungen im Anteil HP/P zwischen

T 5.5 Rehabilitation – Zuwanderung und Zustrom nach Leistungsbereich, 2012-2016

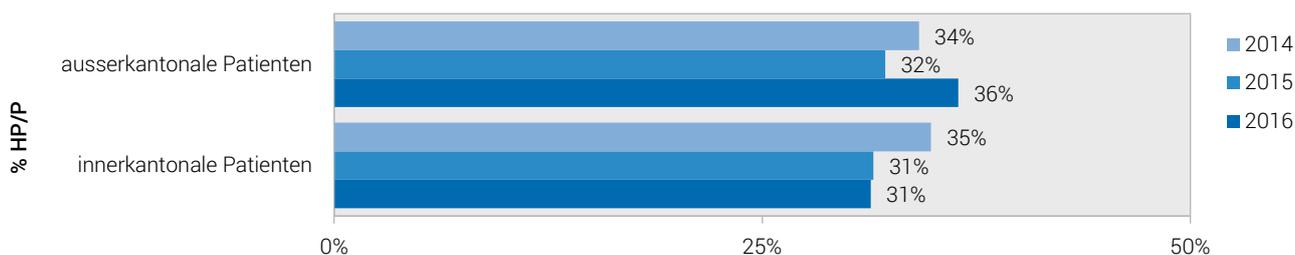
Leistungsbereich	Zuwanderung: Ausserkantonale Patient/innen hospitalisiert im Kanton AR						%Zustrom	
	2012	2013	2014	2015	2016	Trend	2016	
Muskuloskelettal	266	263	303	282	289		90,3%	
Neurologisch	361	356	351	330	378		88,9%	
Querschnittslähmung	3	5	6	1	2		* *	
Kardiovaskulär	775	805	946	901	891		93,8%	
Pulmonal	6	13	10	3	10		* *	
Internistisch-onkologisch	79	130	134	158	136		90,1%	
Psychosomatisch-sozialmedizinisch	661	725	651	626	169		92,9%	
Übrige Rehabilitation	2	31	12	14	5		* *	
Total	2 153	2 328	2 413	2 315	1 880		91,9%	

* Der Zustrom wird lediglich für SPLB ausgewiesen, in denen im Jahr 2016 mindestens 10 Fälle in Kliniken mit Standort im Kanton Appenzell Ausserrhodens verzeichnet sind.

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

G 5.8 Rehabilitation – Patientenstruktur bei ausser- vs. innerkantonalen Patientinnen und Patienten, 2014-2016



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

Akutsomatik und Rehabilitation erklären. Allerdings ist es auch denkbar, dass die Wahrscheinlichkeit eines stationären Rehabilitationsaufenthalts bei zusatzversicherten Patientinnen und Patienten in der Rehabilitation tatsächlich höher ist, was dann in Bezug auf eine effiziente und bedarfsgerechte Versorgung kritisch zu überprüfen wäre. Anhand der vorliegenden Analysen kann dieser Sachverhalt nicht abschliessend geklärt werden.

Abwanderung und Abfluss

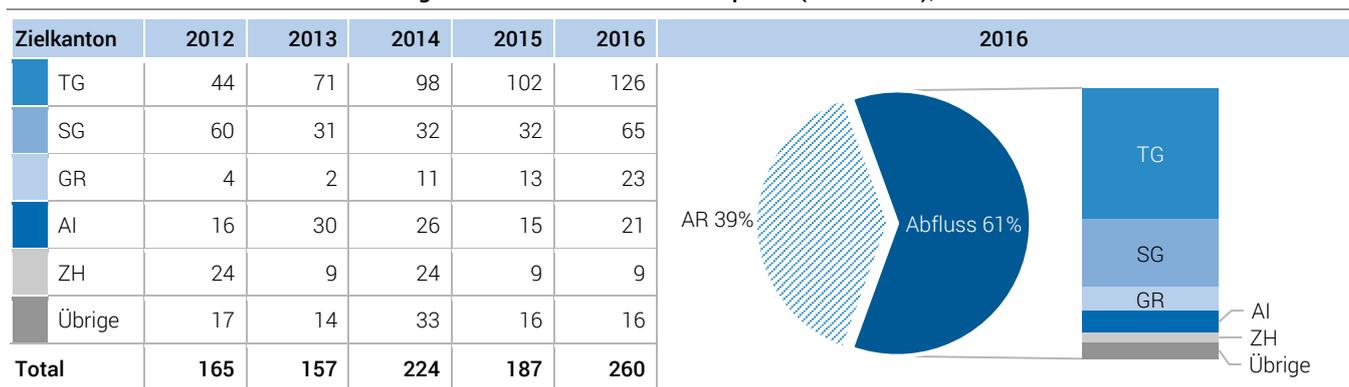
Die Abbildung G 5.9 zeigt die Abwanderung aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden in den Zielkanton, in welchem die Rehabilitationsbehandlung erfolgte. Insgesamt erfolgten im Jahr 2016 bei 61% der rehabilitativen Behandlungen von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden in einer Klinik ausserhalb des Kantons. 30% der Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden

wurden in einer Klinik im Kanton Thurgau hospitalisiert, weitere 15% im Kanton St. Gallen. Jeweils 5% der Rehabilitationsaufenthalte wurden in den Kantonen Graubünden und Appenzell Innerrhoden verzeichnet. Insgesamt stieg die Abwanderung im Zeitraum zwischen 2012 und 2016 von 165 auf 260 Fälle.

In Tabelle T 5.6 ist die Abwanderung nach Leistungsbereich dargestellt. Mit Ausnahme der kardiovaskulären Rehabilitation werden in allen Leistungsbereichen über 40% der Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden in der stationären Rehabilitation ausserhalb ihres Wohnkantons behandelt. In der muskuloskelettalen Rehabilitation ist die Abwanderung zwischen 2012 und 2016 sukzessive angestiegen, so dass der Abfluss im Jahr 2016 82,4% beträgt.

Auch zwischen inner- und ausserkantonalen Hospitalisierungen lassen sich hinsichtlich des Anteils zusatzversicherter Patientinnen und Patienten keine wesentlichen Unterschiede erkennen. Gemäss Abbildung G 5.10 beläuft sich der Anteil der Patientinnen und Patienten in den Liegeklassen privat oder halbprivat in beiden Fällen auf etwas über 30%.

G 5.9 Rehabilitation – Abwanderung nach Standortkanton des Spitals (Zielkanton), 2012-2016



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

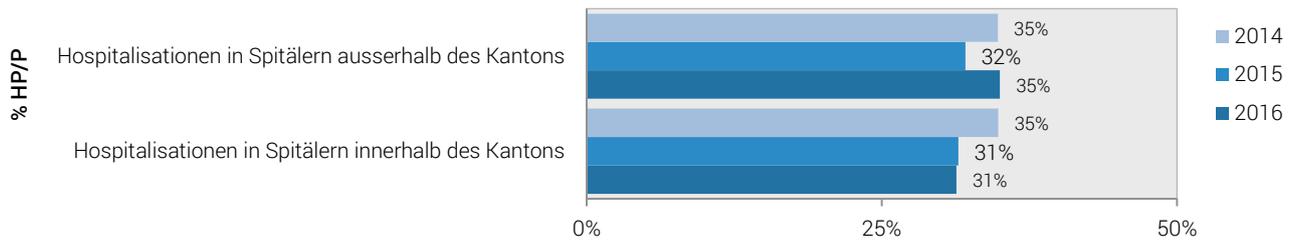
T 5.6 Rehabilitation – Abwanderung und Abfluss nach Leistungsbereich, 2012-2016

Leistungsbereich	Abwanderung: Hospitalisierungen von Patient/innen aus dem Kanton AR ausserhalb des Kantons					Trend	% Abfluss
	2012	2013	2014	2015	2016		
Muskuloskelettal	79	99	123	110	145		82,4%
Neurologisch	23	16	38	28	37		44,0%
Querschnittslähmung	1	2	7	3	2		100,0%
Kardiovaskulär	5	5	11	9	14		19,2%
Pulmonal	18	11	11	7	14		100,0%
Internistisch-onkologisch	30	20	18	16	29		65,9%
Psychosomatisch-sozialmedizinisch	8	2	10	13	12		48,0%
Übrige Rehabilitation	1	2	6	1	7		87,5%
Total	165	157	224	187	260		61,0%

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

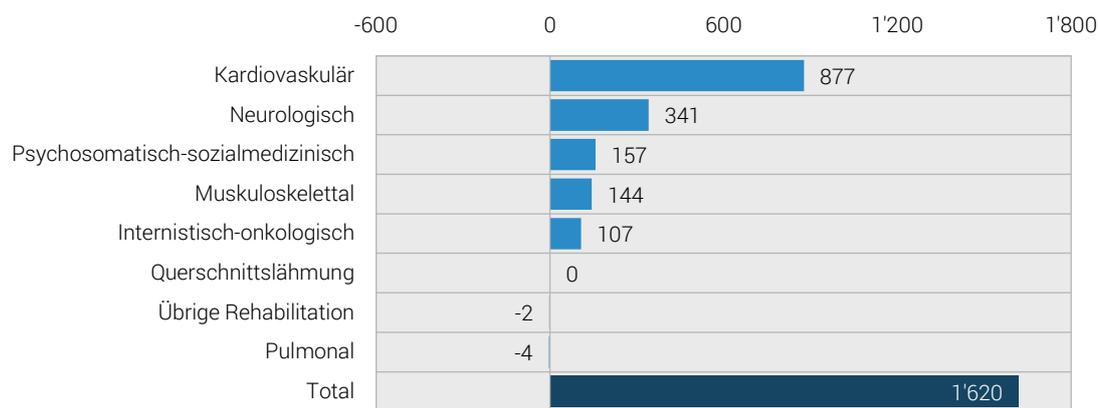
G 5.10 Rehabilitation – Patientenstruktur bei ausserkantonalen vs. innerkantonalen Hospitalisierungen, 2014-2016



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

G 5.11 Rehabilitation – Nettowanderung nach Leistungsbereich, 2016



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

© Obsan 2018

Nettowanderung

In Abbildung G 5.11 ist schliesslich die Nettowanderung nach Leistungsbereich dargestellt. Zwar haben wir im vorangehenden Abschnitt zur Abwanderung gesehen, dass – mit Ausnahme der kardiovaskulären Rehabilitation – in allen Leistungsbereichen über 40% der Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden in der stationären Rehabilitation ausserhalb ihres Wohnkantons behandelt werden. Gleichwohl weist der Kanton Appenzell Ausserrhoden nicht nur in der kardiovaskulären, sondern auch in der neurologischen, psychosomatisch-sozialmedizinischen, muskuloskelettalen und internistisch-onkologischen Rehabilitation eine positive Nettowanderung aus.

Das heisst, die Zuwanderung in diesen Leistungsbereichen ist noch grösser als die Abwanderung. Insgesamt übersteigt die Zuwanderung in den Kanton Appenzell Ausserrhoden die Abwanderung um 1'620 Fälle. Grundsätzlich wird daraus die wesentliche wechselseitige Abhängigkeit der kantonalen Versorgungssysteme in der stationären Rehabilitation deutlich.

5.2 Bedarfsprognose

Basierend auf der Inanspruchnahme im Jahr 2016 wurde unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung der Versorgungsbedarf für das Jahr 2030 in der stationären Rehabilitation prognostiziert. Die Prognose basiert auf dem Modell des Obsan. In Kapitel 2.2 des vorliegenden Berichts sind das Prognosemodell und die zugrundeliegenden Einflussfaktoren beschrieben. Im Kasten K 14 sind zudem die verwendeten Prognoseszenarien für die stationäre Rehabilitation (Minimalszenario, Basisszenario und Maximalszenario) definiert. In den folgenden Darstellungen werden der prognostizierte Bedarf aus der Perspektive der Wohnbevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden dargelegt und in der Regel das Referenzjahr 2016 sowie das Prognosejahr 2030 dargestellt.

Grundlage für die Prognosen bildeten die Hospitalisierungsrate sowie die MAHD im Referenzjahr. Anhand von Tabelle T 5.7 wird deutlich, dass in der Rehabilitation grundsätzlich die Rate der Hospitalisierungen mit zunehmendem Alter steigt. Im Schnitt betrug die Hospitalisierungsrate für die Bevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden im Jahr 2016

7,8 Hospitalisierungen pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Im Vergleich zur Schweiz weist der Kanton Appenzell Ausserrhoden somit eine unterdurchschnittliche Hospitalisierungsrate auf, gleichzeitig ist die MAHD mit 24,3 Tagen länger als im nationalen Schnitt (23,6 Tage). Da allerdings der Unterschied hinsichtlich der Hospitalisierungsrate grösser ist als in Bezug auf die MAHD resultiert daraus für den Kanton Appenzell Ausserrhoden eine im nationalen Vergleich unterdurchschnittliche Rate der Pflgetage pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Für die vergleichsweise niedrige Hospitalisierungsrate im Referenzjahr 2016 sind unterschiedliche Erklärungsansätze denkbar. Zum einen wird seit dem Jahr 2016 ein Teil der psychiatrischen Rehabilitationsleistungen der Klinik Gais der Psychiatrie zugeordnet. Nicht alle Kantone differenzieren innerhalb der psychiatrischen Rehabilitation zwischen psychiatrischen und Rehabilitationsangeboten, was zu Verschiebungen in der Abgrenzung zwischen diesen Bereichen führen kann. Betrachtet man allerdings die Hospitalisierungsraten nach

K 14 Prognoseszenarien Rehabilitation			
Annahmen	Minimalszenario (Min)	Basisszenario (Basis)	Maximalszenario (Max)
Bevölkerungsentwicklung	BFS, tiefes Szenario	BFS, Referenzszenario	BFS, hohes Szenario
Hospitalisierungsrate / Fälle	Als Grundlage für die Prognose der Fallzahlen dienen die kantonalen Hospitalisierungsraten pro Diagnosegruppe und Altersgruppe gemäss Referenzjahr		
MAHD / Pflgetage	Szenario CH: Angleichung MAHD an den Schweizer Mittelwert pro Leistungsbereich	Referenzszenario: Keine Angleichung der MAHD, Grundlage der Prognose bildet die kantonale MAHD nach Leistungsbereich	Referenzszenario: Keine Angleichung der MAHD, Grundlage der Prognose bildet die kantonale MAHD nach Leistungsbereich
Quelle: Obsan			© Obsan 2018

T 5.7 Rehabilitation – Hospitalisierungsrate, Rate der Pflgetage und MAHD nach Altersgruppe, 2016

Altersgruppe	Hospitalisierungsrate (pro 1'000 Einwohner)		Rate Pflgetage (pro 1'000 Einwohner)		Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD)	
	AR	CH	AR	CH	AR	CH
0–17	---	0,5	---	17,5	---	37,1
18–64	4,8	5,1	142,4	131,3	29,7	25,7
65–69	18,7	21,0	406,0	474,4	21,7	22,6
70–74	24,7	32,9	514,1	713,5	20,8	21,7
75–79	32,1	49,8	674,0	1 097,5	21,0	22,0
80–84	25,6	68,8	477,9	1 512,3	18,6	22,0
85–89	38,0	79,1	816,0	1 853,0	21,5	23,4
90+	11,3	76,7	260,8	1 938,2	23,2	25,3
Total	7,8	11,3	188,5	266,6	24,3	23,6

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS); Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

© Obsan 2018

Leistungsbereich (vgl. Abbildung G 5.2 auf Seite 61) weist der Kanton Appenzell Ausserrhoden gerade in Bezug auf die psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation eine im nationalen Vergleich durchschnittliche Hospitalisierungsrate auf. Es sind insbesondere die muskuloskelettale, die pulmonale sowie die internistisch-onkologische Rehabilitation, in denen sich für den Kanton Appenzell Ausserrhoden eine unterdurchschnittliche Rate ausmachen lässt. Als weiterer Erklärungsansatz könnten zum ändern die Restrukturierungen in der Berit Klinik angeführt werden (vgl. auch Kapitel 5.1.2). Im Zuge der Neueröffnung des Rehabilitations- und Kurzentrums am Standort Niederteufen ist es denkbar, dass mehr ambulante anstelle von stationären Rehabilitationsleistungen erbracht wurden. In diesem Fall wäre es plausibel anzunehmen, dass die Hospitalisierungsrate in den Folgejahren wieder ansteigen würde, wenn das Rehabilitations- und Kurzentrum in Betrieb genommen wird. Es ist jedoch so, dass die Hospitalisierungsrate der Wohnbevölkerung aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden im gesamten Zeitraum zwischen 2012 und 2016 konstant unterhalb der gesamtschweizerischen Rate lag (vgl. Abbildung G 5.2 auf Seite 61). Infolgedessen handelt es sich nicht um ein temporäres Phänomen, das sich durch zeitlich befristete Restrukturierungen erklären liesse. Welche Gründe

für die vergleichsweise niedrige Hospitalisierungsrate des Kantons Appenzell Ausserrhoden ausschlaggebend sind und welche Konsequenzen sich daraus für die künftige Entwicklung und somit für die Prognose des Versorgungsbedarfs ergeben, kann somit nicht abschliessend eruiert werden. Da es sich aber um ein weitgehend konstantes Phänomen handelt, ist es plausibel, für die Prognose des künftigen Versorgungsbedarfs im Kanton Appenzell Ausserrhoden auf die kantonalen Hospitalisierungsraten gemäss Tabelle T 5.7 abzustützen.

5.2.1 Prognostizierter Versorgungsbedarf

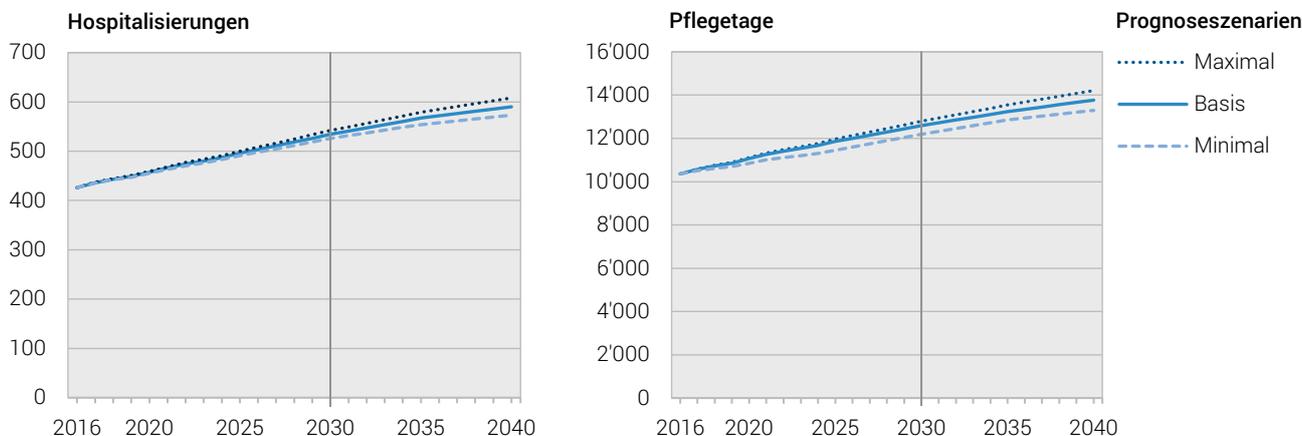
Tabelle T 5.8 gibt einen Überblick über die prognostizierte Entwicklung der kantonalen Wohnbevölkerung, deren Hospitalisierungen sowie der Pflgetage bis 2030. Im Basisszenario ist bis 2030 in Bezug auf die ständige Wohnbevölkerung eine Zunahme von +0,4% pro Jahr zu erwarten. Im gleichen Zeitraum steigt die Zahl der stationären Rehabilitationsleistungen und Pflgetage um durchschnittlich +1,6% bzw. +1,4% pro Jahr. Über den gesamten Zeitraum von 2016 bis 2030 entspricht

T 5.8 Rehabilitation – Vergleich Ist vs. Bedarfsprognose, 2016 vs. 2030

	2016	Min		Basis		Max	
		2030	CAGR	2030	CAGR	2030	CAGR
Ständige Wohnbevölkerung	54 954	56 178	+0,2%	57 812	+0,4%	59 557	+0,6%
Hospitalisierungen	426	526	+1,5%	534	+1,6%	542	+1,7%
Hospitalisierungsrate (pro 1'000)	7,8	9,4	+1,4%	9,2	+1,3%	9,1	+1,2%
Pflgetage (PT)	10 360	12 197	+1,2%	12 592	+1,4%	12 790	+1,5%
Rate Pflgetage (pro 1'000)	188,5	217,1	+1,0%	217,8	+1,0%	214,8	+0,9%

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS); Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) © Obsan 2018

G 5.12 Rehabilitation – Prognostizierter Versorgungsbedarf, 2017-2040



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS); Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) © Obsan 2018

T 5.9 Rehabilitation – Prognostizierter Versorgungsbedarf; Fälle nach Leistungsbereich und Szenario 2016 vs. 2030

Leistungsbereich	2016	Prognose 2030							
		Min	Differenz	Basis	Differenz	Max	Differenz		
Muskuloskelettal	176	229	+30%	232	+32%	236	+34%		
Neurologisch	84	99	+18%	101	+20%	103	+23%		
Querschnittslähmung	2	2	*	2	*	3	*		
Kardiovaskulär	73	92	+26%	93	+27%	94	+29%		
Pulmonal	14	18	+29%	18	+29%	18	+29%		
Internistisch-onkologisch	44	52	+18%	53	+20%	54	+23%		
Psychosomatisch-sozialmedizinisch	25	24	-4%	25	0%	26	+4%		
Übrige Rehabilitation	8	9	+13%	9	+13%	9	+13%		
Total	426	526	+23%	534	+25%	542	+27%		

* In Leistungsbereichen mit weniger als 5 Hospitalisierungen im Referenzjahr wird keine prozentuale Veränderung ausgewiesen.

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS); Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) © Obsan 2018

T 5.10 Rehabilitation – Prognostizierter Versorgungsbedarf, Pflgetage nach Leistungsbereich und Szenario 2016 vs. 2030

Leistungsbereich	2016	Prognose 2030							
		Min	Differenz	Basis	Differenz	Max	Differenz		
Muskuloskelettal	3 352	4 718	+41%	4 352	+30%	4 419	+32%		
Neurologisch	3 058	3 325	+9%	3 599	+18%	3 656	+20%		
Querschnittslähmung	38	106	*	48	*	48	*		
Kardiovaskulär	1 507	1 805	+20%	1 918	+27%	1 943	+29%		
Pulmonal	258	334	+29%	324	+26%	328	+27%		
Internistisch-onkologisch	914	1 061	+16%	1 045	+14%	1 061	+16%		
Psychosomatisch-sozialmedizinisch	864	612	-29%	857	-1%	880	+2%		
Übrige Rehabilitation	369	257	-30%	450	+22%	455	+23%		
Total	10 360	12 218	+18%	12 592	+22%	12 790	+23%		

* In Leistungsbereichen mit weniger als 5 Hospitalisierungen im Referenzjahr wird keine prozentuale Veränderung ausgewiesen.

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS); Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) © Obsan 201

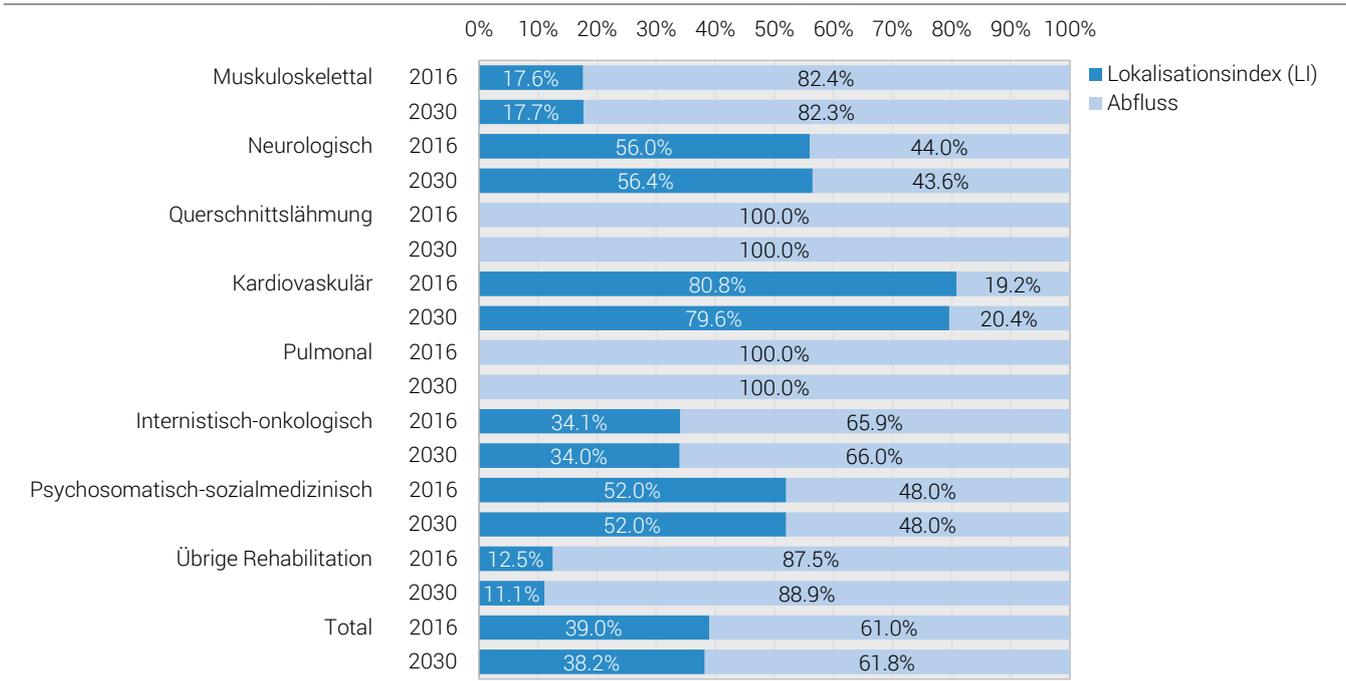
dies einer Zunahme um +25% in Bezug auf die Fälle (vgl. Tabelle T 5.9) und +22% hinsichtlich der Pflgetage (vgl. Tabelle T 5.10).

Die Differenz hinsichtlich der Zunahme der Bevölkerung und der Zunahme in der Zahl der Hospitalisierungen erklärt sich durch einen Anstieg der Hospitalisierungsrate von 7,8 auf 9,2 stationäre Fälle pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Der Anstieg der Hospitalisierungsrate lässt sich wiederum durch die demografische Alterung der Wohnbevölkerung erklären. Der Anteil der über 65-jährigen steigt bis 2030 voraussichtlich von 19% auf 25% (vgl. dazu Abbildung G 2.3 auf Seite 13). Gleichzeitig haben wir im vorangehenden Abschnitt gesehen (vgl. dazu auch T 5.7), dass die Rate stationärer Rehabilitationsleistungen in dieser Altersgruppe überdurchschnittlich hoch ist, wodurch sich der überproportionale Anstieg im prognostizierten Versorgungsbedarf erklärt

In den Tabellen T 5.9 und T 5.10 sind die prognostizierten Fallzahlen und Pflgetage aufgeschlüsselt gemäss den Leistungsbereichen der stationären Rehabilitation dargestellt. Mit Ausnahme der Leistungsbereiche Querschnittslähmung und psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation wird in allen Szenarien jeweils ein Anstieg des Versorgungsbedarfs prognostiziert. Gemäss dem Basisszenario wird ein Anstieg der Fallzahlen um +25% bis 2030 geschätzt. Aufgrund der zu erwartenden demografischen Alterung im Prognosezeitraum betrifft die grösste Zunahme im Basisszenario die muskuloskelettale Rehabilitation mit +32%.

Die Prognosen der Pflgetage in der stationären Rehabilitation decken sich weitgehend mit den Prognosen zu den Fallzahlen. Mit Ausnahme der psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitation ist auch in Bezug auf die Pflgetage mit einer Zunahme des Versorgungsbedarfs auszugehen. Ebenso

G 5.13 Rehabilitation – Prognostizierte Patientenströme, Fälle und Pflegetage 2016 vs. 2030



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS); Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) © Obsan 2018

ist der grösste Anstieg in der muskuloskelettalen Rehabilitation zu erwarten. Insgesamt ist die prognostizierte Zunahme hinsichtlich der Pflegetage etwas geringer als für die Fallzahlen, insbesondere im Minimalszenario, was mit der Angleichung der MAHD an den schweizerischen Durchschnitt zusammenhängt, von der in diesem Szenario ausgegangen wird. Allerdings führt die Annahme betreffend die Angleichung der MAHD an den schweizerischen Durchschnitt im Minimalszenario auch dazu, dass für einige Leistungsbereiche ein höherer Anstieg der Pflegetage prognostiziert wird als im Basis- bzw. im Maximalszenario. Dies gilt namentlich für den Leistungsbereich Querschnittslähmung sowie für die muskuloskelettale, die pulmonale und die internistisch-onkologische Rehabilitation.

5.2.2 Prognostizierte Patientenströme

Abbildung G 5.13 stellt den Vergleich zwischen Referenzjahr und der Prognose für das Jahr 2030 gemäss Basisszenario hinsichtlich des Lokalisationsindex und des Abflusses dar. Der Lokalisationsindex beschreibt den Anteil der kantonalen Patientinnen und Patienten, die in einem Spital innerhalb des Kantons hospitalisiert werden. Demgegenüber beschreibt der Abfluss den Anteil der kantonalen Patientinnen und Patienten, die für eine stationäre Behandlung ein Spital mit Standort ausserhalb des Kantons aufsuchen. Summiert ergeben der Lokalisationsindex und der Abfluss somit stets 100%.

Gemäss Prognose steigt der Anteil ausserkantonalen Behandlungen (Abfluss) bis 2030 geringfügig von 61,0% auf

61,8%. Dieser Anstieg wird insbesondere bedingt durch die Entwicklungen innerhalb der kardiovaskulären und der übrigen Rehabilitation. Ein geringfügiger Rückgang im Abfluss und somit ein Anstieg des Lokalisationsindex ist gemäss Prognose im Bereich der neurologischen Rehabilitation zu erwarten.

5.3 Fazit Rehabilitation

Bedarfsanalyse Rehabilitation

In der Rehabilitation gehört der Kanton Appenzell Ausserrhoden relativ gesehen zu den grössten Importkantonen in der Schweiz. Während sich die Inanspruchnahme stationärer Rehabilitationsleistungen durch die kantonalen Wohnbevölkerungen im Jahr 2016 auf 426 Fälle belief, wurden in Rehabilitationskliniken im Kanton insgesamt 1'880 Patientinnen und Patienten hospitalisiert. Somit betrug der Zustrom ausserkantonalen Patientinnen und Patienten im Jahr 2016 92% – oder mit anderen Worten – rund 9 von 10 Patientinnen und Patienten, die eine stationäre Rehabilitationsbehandlung im Kanton Appenzell Ausserrhoden in Anspruch nahmen, stammten aus einem anderen Kanton. Diese massgeblichen Zuwanderungsströme betreffen insbesondere die muskuloskelettale, die neurologische, die kardiovaskulären, die internistisch-onkologische sowie die psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation. Gleichzeitig ist es jedoch auch so, dass mehr als

60% der kantonalen Patientinnen und Patienten für einen Rehabilitationsaufenthalt eine Klinik ausserhalb des Kantons aufsuchen. Diese erheblichen Patientenströme verdeutlichen die Abhängigkeiten zwischen den kantonalen Versorgungssystemen innerhalb der stationären Rehabilitation und unterstreichen die Bedeutung der interkantonalen Koordination. Die Inanspruchnahme stationärer Rehabilitationsleistungen durch die Wohnbevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden stieg zwischen 2012 und 2016 von 347 auf 426 Fälle. Etwas mehr als 40% der Inanspruchnahme im Jahr 2016 betrifft die muskuloskelettale Rehabilitation, welche damit mehr als doppelt so viele Hospitalisierungen aufweist, als auf den nächstgrösseren Leistungsbereich entfallen.

Bedarfsprognose Rehabilitation

Aus der Prognose des Versorgungsbedarfs basierend auf dem Prognosemodell des Obsan resultiert für die stationäre Rehabilitation eine Zunahme der Fallzahlen um +25% im Zeitraum zwischen 2016 und 2030 (Basisszenario). Nach Leistungsbereichen unterschieden, ist die grösste Zunahme der Fallzahlen in der muskuloskelettalen (+32%) sowie in der pulmonalen Rehabilitation (+29%) zu erwarten. Die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate beträgt +1,6% und ist somit deutlich grösser als der prognostizierte Bevölkerungsanstieg, der auf durchschnittlich +0,4% pro Jahr geschätzt wird. Der überproportionale Anstieg des Versorgungsbedarfs lässt sich insbesondere aufgrund der demografischen Alterung der Bevölkerung erklären. Der Anteil der über 65-jährigen steigt im Kanton Appenzell Ausserrhoden bis 2030 voraussichtlich von 19% auf 25%. Weitgehend analog zur Prognose der Fallzahlen ist ebenso eine Zunahme der Pflage tage zu erwarten, wobei der prognostizierte Anstieg etwas geringer ausfällt (+22%).

6 Anhang

6.1 Änderungen in der Abgrenzung zwischen Psychiatrie und Rehabilitation in der Klinik Gais

Währenddessen vor 2016 sämtliche Fälle der Klinik Gais der Rehabilitation zugeordnet wurden, erfolgt seit 2016 eine Unterscheidung nach rehabilitativen und psychiatrischen Leistungen. Letztere werden seither dem Versorgungsbereich Psychiatrie zugeordnet und entsprechend nach den Finanzierungsregeln in der Psychiatrie abgerechnet. Die nachfolgende Tabelle schlüsselt die Fallzahlen der Klinik Gais innerhalb des Analysezeitraums auf und dient als Grundlage, um die Verschiebungen infolge dieser neuen Abgrenzung nachvollziehen zu können.

T 6.1 Effekte infolge der Unterscheidung der rehabilitativen und psychiatrischen Leistungen in der Klinik Gais

	Patient/innen Kanton AR					ausserkantonale Patient/innen					Total				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Psychiatrie	21					410					431				
F30-F39 Affektive Störungen	18					356					374				
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	3					54					57				
Bemerkungen	Der Anstieg in der Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen durch die AR-Bevölkerung zwischen 2015 und 2016 (von 572 auf 620 Fälle) ist zu knapp der Hälfte (44%) auf die neue Zuordnung eines Teils der Fälle in der Klinik Gais zurückzuführen.					Der Anstieg in der Zuwanderung von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten zwischen 2015 und 2016 innerhalb der Psychiatrie (von 250 auf 721 Fälle) ist mehrheitlich (87%) auf die neue Zuordnung eines Teils der Fälle in der Klinik Gais zurückzuführen. Analog gilt dies für die Kennzahlen Zustrom und Exportindex.									
Rehabilitation	75	90	87	82	87	1'509	1'649	1'725	1'677	1'200	1'584	1'739	1'812	1'759	1'287
Muskuloskelettal						5		3	1	7	5		3	1	7
Neurologisch					1	2	2	1	2	7	2	2	1	2	8
Kardiovaskulär	48	49	49	54	59	775	804	946	900	891	823	853	995	954	950
Pulmonal		1	1			4	10	10	3	8	4	11	11	3	8
Internistisch-onkologisch	4	12	19	11	13	63	108	118	144	117	67	120	137	155	130
Psychosomatisch-sozialmedizinisch	23	27	18	17	13	659	720	646	624	168	682	747	664	641	181
Übrige Rehabilitation		1			1	1	5	1	3	2	1	6	1	3	3
Total	75	90	87	82	108	1 509	1 649	1 725	1 677	1 610	1 584	1 739	1 812	1 759	1 718
Bemerkungen	Ohne die neue Zuordnung eines Teils der Fälle in der Klinik Gais hätte sich der Anstieg der Anzahl Fälle der AR-Bevölkerung in der Rehabilitation zwischen 2015 und 2016 auf +16% anstelle von +10% belaufen (unter der Annahme, die Klinik Gais hat vergleichbare Fälle, die 2016 der Psychiatrie zugeordnet sind, bereits in den vorangehenden Jahren innerhalb ihres Leistungsauftrags in der Rehabilitation behandelt).					Ohne die neue Zuordnung eines Teils der Fälle in der Klinik Gais wären die Zuwanderung und der Zustrom in der Rehabilitation zwischen 2015 und 2016 weitgehend stabil geblieben (unter der Annahme, die Klinik Gais hat vergleichbare Fälle, die 2016 der Psychiatrie zugeordnet sind, bereits in den vorangehenden Jahren innerhalb ihres Leistungsauftrags in der Rehabilitation behandelt).									

6.2 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

6.2.1 Tabellenverzeichnis

T 3.1	Akutsomatik – Inanspruchnahme der kantonalen Wohnbevölkerung nach SPLB, 2012-2016	19
T 3.2	MAHD nach den häufigsten DRG, 2016	22
T 3.3	Akutsomatik – Kennzahlen Listenspitäler Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2016.....	23
T 3.4	Akutsomatik – Versorgungsanteile nach Spital und SPLB, 2016.....	25
T 3.5	Akutsomatik – Abdeckungsgrad der Spitalliste des Kantons Appenzell Ausserrhoden nach SPLG, 2016	27
T 3.6	Indikatoren Patientenströme.....	30
T 3.7	Akutsomatik – Zuwanderung und Zustrom nach SPLB, 2012-2016	33
T 3.8	Akutsomatik – Abwanderung und Abfluss nach SPLB, 2012-2016.....	35
T 3.9	Akutsomatik – Hospitalisierungsrate, Rate der Pflgetage und MAHD nach Altersgruppe, 2016	38
T 3.10	Akutsomatik – Vergleich Ist vs. Bedarfsprognose, 2016 vs. 2030.....	38
T 3.11	Akutsomatik – Prognostizierter Versorgungsbedarf, Fälle nach SPLB und Szenario 2016 vs. 2025	39
T 3.12	Akutsomatik – Prognostizierter Versorgungsbedarf, Pflgetage nach SPLB und Szenario 2016 vs. 2030	40
T 3.13	Akutsomatik – Prognostizierte Abwanderung nach Zielkanton (Basisszenario), Fälle und Pflgetage 2016 vs. 2030... 41	41
T 3.14	Akutsomatik – Prognostizierte Zuwanderung nach Wohnkanton (Basisszenario), Fälle und Pflgetage 2016 vs. 2030 41	41
T 4.1	Psychiatrie – Inanspruchnahme der kantonalen Wohnbevölkerung nach Diagnosegruppe, 2012-2016	45
T 4.2	Psychiatrie – MAHD nach Diagnosegruppe, 2016	47
T 4.3	Psychiatrie – Kennzahlen Listenspitäler Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2016.....	48
T 4.4	Psychiatrie – Fallzahlen und Versorgungsanteile nach Listenspital und Diagnosegruppe, 2016	49
T 4.5	Psychiatrie – Abwanderung und Abfluss nach SPLB, 2012-2016.....	52
T 4.6	Psychiatrie – Hospitalisierungsrate, Rate der Pflgetage und MAHD nach Altersgruppe, 2016.....	54
T 4.7	Psychiatrie – Vergleich Ist vs. Bedarfsprognose, 2016 vs. 2030	55
T 4.8	Psychiatrie – Prognostizierter Versorgungsbedarf, Fälle nach Leistungsbereich und Szenario 2016 vs. 2030	56
T 4.9	Psychiatrie – Prognostizierter Versorgungsbedarf, Pflgetage nach Diagnosegruppe und Szenario 2016 vs. 2030.....	56
T 5.1	Rehabilitation – Inanspruchnahme der kantonalen Wohnbevölkerung nach Leistungsbereich, 2012-2016.....	60
T 5.2	Rehabilitation – MAHD nach Leistungsbereich, 2016	62
T 5.3	Rehabilitation – Kennzahlen Listenspitäler Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2016.....	63
T 5.4	Rehabilitation – Fallzahlen und Versorgungsanteile nach Listenspital und Diagnosegruppe, 2016	65
T 5.5	Rehabilitation – Zuwanderung und Zustrom nach Leistungsbereich, 2012-2016	68
T 5.6	Rehabilitation – Abwanderung und Abfluss nach Leistungsbereich, 2012-2016	69
T 5.7	Rehabilitation – Hospitalisierungsrate, Rate der Pflgetage und MAHD nach Altersgruppe, 2016.....	71
T 5.8	Rehabilitation – Vergleich Ist vs. Bedarfsprognose, 2016 vs. 2030.....	72
T 5.9	Rehabilitation – Prognostizierter Versorgungsbedarf; Fälle nach Leistungsbereich und Szenario 2016 vs. 2030	73
T 5.10	Rehabilitation – Prognostizierter Versorgungsbedarf, Pflgetage nach Leistungsbereich und Szenario 2016 vs. 2030 73	73
T 6.1	Effekte infolge der Unterscheidung der rehabilitativen und psychiatrischen Leistungen in der Klinik Gais.....	77

6.2.2 Abbildungsverzeichnis

G 1.1	Idealtypischer Spitalplanungsprozess	6
G 2.1	Obsan-Modell zur Prognose des Versorgungsbedarfs	11
G 2.2	Bevölkerungsstand und Bevölkerungsentwicklung, 2012-2045	12
G 2.3	Bevölkerungsstand und Bevölkerungsentwicklung, 2016 vs. 2030	13
G 3.1	Akutsomatik – Globale Indikatoren zur Versorgungssituation, 2012-2016	18
G 3.2	Akutsomatik – Standardisierte Hospitalisierungsrate, 2012–2016	20
G 3.3	Akutsomatik – Alters- und geschlechterstandardisierte Hospitalisierungsrate nach SPLB und Wohnkanton, 2016	21
G 3.4	Akutsomatik – MAHD, 2012-2016	21
G 3.5	Akutsomatik – Fallzahlen kantonale Listenspitäler, 2012-2016	24
G 3.6	Akutsomatik – Abdeckungsgrad der Spitalliste des Kantons Appenzell Ausserrhoden nach SPLB, 2016	26
G 3.7	Akutsomatik – Mindestfallzahlen: Listenspitäler Appenzell Ausserrhoden 2017 Akutsomatik, Fallzahlen 2016	29
G 3.8	Akutsomatik – Indikatoren Patientenströme Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2012-2016	31
G 3.9	Akutsomatik – Zuwanderung nach Wohnkanton der Patientinnen und Patienten, 2012-2016	32
G 3.10	Akutsomatik – Zuwanderung und Zustrom in kantonale Listenspitäler nach Wohnkanton, 2016	32
G 3.11	Akutsomatik – Patientenstruktur bei ausserkantonalen vs. innerkantonalen Patientinnen und Patienten, 2014-2016	34
G 3.12	Akutsomatik – Abwanderung nach Standortkanton des Spitals (Zielkanton), 2012-2016	35
G 3.13	Akutsomatik – Patientenstruktur bei ausserkantonalen vs. innerkantonalen Hospitalisierungen, 2014-2016	36
G 3.14	Akutsomatik – Nettowanderung nach SPLB, 2016	37
G 3.15	Akutsomatik – Prognostizierter Versorgungsbedarf, 2017-2040	38
G 4.1	Psychiatrie – Globale Indikatoren zur Versorgungssituation, 2012-2016	44
G 4.2	Psychiatrie –MAHD, 2012-2016	45
G 4.3	Psychiatrie – Standardisierte Hospitalisierungsrate nach Diagnosegruppe, 2012-16	46
G 4.4	Psychiatrie – Fallzahlen kantonale Listenspitäler, 2012-2016	48
G 4.5	Psychiatrie – Indikatoren Patientenströme Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2012-2016	50
G 4.6	Psychiatrie – Zuwanderung nach Wohnkanton der Patientinnen und Patienten, 2012-2016	51
G 4.7	Psychiatrie – Zuwanderung und Zustrom nach Spital und Wohnkanton, 2016	51
G 4.8	Psychiatrie – Abwanderung nach Standortkanton des Spitals (Zielkanton), 2012-2016	52
G 4.9	Psychiatrie – Patientenstruktur bei ausserkantonalen vs. innerkantonalen Hospitalisierungen, 2014-2016	53
G 4.10	Psychiatrie – Nettowanderung nach Diagnosegruppe, 2016	53
G 4.11	Psychiatrie – Prognostizierter Versorgungsbedarf, 2017-2040	55
G 4.12	Psychiatrie – Prognostizierte Patientenströme , Fälle und Pflgetage 2016 vs. 2030 (Basisszenario)	57
G 5.1	Rehabilitation – Globale Indikatoren zur Versorgungssituation, 2012-2016	59
G 5.2	Rehabilitation – Standardisierte Hospitalisierungsrate pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner, 2012-2016	61
G 5.3	Rehabilitation – MAHD, 2012-2016	62
G 5.4	Rehabilitation – Fallzahlen kantonale Listenspitäler, 2012-2016	64
G 5.5	Rehabilitation – Indikatoren Patientenströme Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2012-2016	66
G 5.6	Rehabilitation – Zuwanderung nach Wohnkanton der Patientinnen und Patienten, 2012-2016	67
G 5.7	Rehabilitation – Zuwanderung und Zustrom nach Spital und Wohnkanton, 2016	67
G 5.8	Rehabilitation – Patientenstruktur bei ausser- vs. innerkantonalen Patientinnen und Patienten, 2014-2016	68
G 5.9	Rehabilitation – Abwanderung nach Standortkanton des Spitals (Zielkanton), 2012-2016	69
G 5.10	Rehabilitation – Patientenstruktur bei ausserkantonalen vs. innerkantonalen Hospitalisierungen, 2014-2016	70
G 5.11	Rehabilitation – Nettowanderung nach Leistungsbereich, 2016	70
G 5.12	Rehabilitation – Prognostizierter Versorgungsbedarf, 2017-2040	72
G 5.13	Rehabilitation – Prognostizierte Patientenströme, Fälle und Pflgetage 2016 vs. 2030	74

6.3 Glossar und Abkürzungen

Abdeckungsgrad (der Spitalliste)	Anteil der Hospitalisierungen in Spitälern mit Leistungsauftrag des Wohnkantons des Patienten innerhalb der betreffenden Leistungsgruppe (vgl. dazu auch GDK 2018, S.8).		
Altersquotient	<p>Im Allgemeinen ist für eine Gesellschaft nicht allein die Zahl älterer oder jüngerer Menschen von Bedeutung; wichtiger ist vielmehr das relative Verhältnis verschiedener Altersgruppen zueinander. Der Prozess der demografischen Alterung wirkt sich auf die Bevölkerungsstruktur dahingehend aus, dass die Anzahl der älteren Personen relativ gegenüber jüngeren zunimmt. Der Indikator Altersquotient gibt an, wie hoch die Belastung einer Volkswirtschaft bzw. der Bevölkerung im produktiven Alter, die den Wohlstand erwirtschaftet und den Grossteil der Steuern aufbringt, durch die aus Altersgründen nicht mehr erwerbsfähige Bevölkerung ist. Der Altersquotient berechnet sich wie folgt:</p> $\text{Altersquotient} = \frac{65^+ \text{-jährige}}{20\text{-}64\text{-jährige}}$ <p>Quelle: www.bfs.admin.ch</p>		
Aufenthaltsdauer	Die Berechnung der Aufenthaltsdauer erfolgt gemäss Definition von SwissDRG (2017):		
	Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation
	Austrittsdatum - Zwischenaustritte - Eintrittsdatum - Urlaubstage (gemäss SwissDRG ¹⁾) / Aufenthaltsdauer mit min. 1 Tag und max. 365 Tage	Austrittsdatum - Eintrittsdatum – Urlaubstage ²⁾ / Aufenthaltsdauer mit min. 1 Tag und max. 365 Tage	Austrittsdatum - Eintrittsdatum - Urlaubstage ⁵⁾ / Aufenthaltsdauer mit min. 1 Tag und max. 365 Tage
	<p>¹⁾ Die Zwischenaustritte betreffen die Tage ausserhalb des Spitals vor einer Rehospitalisierung. Ausserdem ist bei einem Todesfall die Aufenthaltsdauer eins (gemäss Definition SwissDRG).</p> <p>²⁾ Neue Definition vom BFS : ohne "+1"</p>		
bGS	Bereinigte (systematische) Gesetzessammlung des Kantons Appenzell Ausserrhoden		
BFS	Bundesamt für Statistik		
CAGR	<p>Die Wachstumsrate bezeichnet die relative Zunahme einer Größe in einem Zeitraum (einer Periode) oder auch, bei Betrachtung mehrerer Perioden, die mittlere relative Zunahme einer Größe pro Zeitspanne. Ausgewiesen ist die jährliche Wachstumsrate (engl. Compound Annual Growth Rate, CAGR). Die Formel lautet:</p> $\text{CAGR}(t_0, t) = \left(\frac{x(t)}{x(t_0)} \right)^{\frac{1}{n}} - 1, \quad n = \text{Anzahl Jahre}$		
CC	Komplikations- und/oder Komorbiditätswerte		
CHOP	Die Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) enthält die sogenannten Prozedurenkodes zur Abbildung spezifischer erbrachter medizinischer Leistungen. Der CHOP-Katalog basiert ursprünglich auf der amerikanischen ICD-9-CM, welche durch das CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) in Baltimore (USA) erstellt wurde.		
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren		
HKST	Hauptkostenstelle		
HP/P	In der Gruppe "HP/P" sind Patienten der Liegeklasse halbprivat und privat zusammengefasst (Ausprägungen 2 und 3 gemäss Variable 1.3.V02 der MS). Die Liegeklasse entspricht im Wesentlichen dem Versicherungsstatus, ist aber die real in Anspruch genommene Liegeklasse. Die Liegeklasse beschreibt, ob der Patient privat, halbprivat oder allgemein liegt, sei dies entsprechend seiner Zusatzversicherung oder eines Upgrades.		

ICD	Die "Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme" (ICD-10) wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt. In der Schweiz wird für die Kodierung der Diagnosen die „German Modification“ (GM) verwendet. Diese basiert auf der WHO-Version und wird vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) erstellt.
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (SR 831.20)
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin vom 14. März 2008 (bGS 812.13)
Jugendquotient	<p>Im Allgemeinen ist für eine Gesellschaft nicht allein die Zahl älterer oder jüngerer Menschen von Bedeutung; wichtiger ist vielmehr das relative Verhältnis verschiedener Altersgruppen zueinander. Der Prozess der demografischen Alterung wirkt sich auf die Bevölkerungsstruktur dahingehend aus, dass die Anzahl der älteren Personen relativ gegenüber jüngeren zunimmt. Der Jugendquotient gibt den prozentualen Anteil der Bevölkerung im Alter von 0 bis 19 Jahren im Verhältnis zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter von 20 bis 64 Jahren an:</p> $\text{Altersquotient} = \frac{\text{0-19-jährige}}{\text{20-64-jährige}}$ <p>Quelle: www.bfs.admin.ch</p>
KS	Krankenhausstatistik des Bundesamtes für Statistik
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10)
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (SR 832.102)
Leistungsauftrag, Leistungsvertrag, Leistungsvereinbarung	Die GDK (2018) definiert in ihren Empfehlungen zur Spitalplanung den Leistungsauftrag wie folgt: Ein Leistungsauftrag im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG ist eine auf die Versorgungsplanung gemäss Art. 58b KVV abgestützte, bedarfsorientierte Sicherung des Angebots eines Spitals auf der Spitalliste im Sinne von Art. 58b Abs. 3 KVV. Er enthält das ihm unter Auflagen und Bedingungen zugewiesene Leistungsspektrum. Der Leistungsauftrag im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG ist kein Auftrag im Sinne des OR, sondern eine durch den Kanton auferlegte Leistungsverpflichtung sowie ein entsprechender Vergütungsanspruch des Spitals gegenüber dem Versicherer und dem Kanton im definierten Umfang, gemäss KVG (Art. 49a Abs. 1 und 2 KVG). Davon unterschieden werden der Leistungsvertrag bzw. die Leistungsvereinbarung. Mit diesen Begriffen wird der Vertrag zwischen dem Kanton und einem Listenspital bezeichnet, der nach Massgabe der gesetzlichen Vorgaben und des Leistungsauftrags die vom Spital zu erbringenden Leistungen (Art, Menge), die von ihm zu liefernden Berichte und Daten, die vom Leistungsbesteller zu leistende Abgeltung sowie die Folgen des Nichteinhaltens der vertraglichen Vorgaben genauer regeln kann.
Liegeklasse	Die Liegeklasse entspricht im Wesentlichen dem Versicherungsstatus, ist aber die real in Anspruch genommene Liegeklasse. Die Liegeklasse beschreibt, ob der Patient privat, halbprivat oder allgemein liegt, sei dies entsprechend seiner Zusatzversicherung oder eines Upgrades. In der Gruppe "HP/P" sind Patienten der Liegeklasse halbprivat und privat zusammengefasst (Ausprägungen 2 und 3 gemäss Variable 1.3.V02 der MS).
Listenspital	Spital, das auf der kantonalen Spitalliste geführt wird und einen kantonalen Leistungsauftrag hat. Das Listenspital hat im Umfang des Leistungsauftrags eine Leistungsverpflichtung und einen gesetzlichen Anspruch gegenüber dem Versicherer und dem Kanton auf Vergütung gemäss KVG (Art. 49a Abs. 1 und 2 KVG).
MAHD	MAHD steht für die Mittlere Aufenthaltsdauer. Grundsätzlich entspricht die MAHD dem Mittelwert der Aufenthaltsdauern. Für die Prognose wird zusätzlich ein getrimmter Mittelwert angewendet (gekennzeichnet als MAHD _[a,b]). Um den Einfluss von Extremwerten zu begrenzen, wird dabei der Mittelwert lediglich in einem eingeschränkten Wertebereich berechnet. Zur Berechnung der Aufenthaltsdauer eines einzelnen Falls vgl. „Aufenthaltsdauer“.
MFZ	Mindestfallzahlen
MS	Medizinische Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik
MV	Militärversicherung

Notfall	In der MS wird bzgl. Eintrittsart (V1.2.V03) unterschieden zwischen: (1) Notfall (Behandlung innerhalb von 12 Stunden unabdingbar); (2) angemeldet, geplant, (3) Geburt (Kind in dieser Klinik geboren), (4) interner Übertritt, (5) Verlegung innerhalb 24 Stunden, (8) andere und (9) unbekannt.
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PCCL	Der PCCL (Patient Complication and Comorbidity Level) oder auch patientenbezogener Schweregrad genannt, ergibt sich aus der Kumulation der relevanten Nebendiagnosen. Dabei werden die einzelnen Komplikations- und/oder Komorbiditätswerte (CC) bzw. Nebendiagnosen gemäss SwissDRG-Katalog in einen Schweregrad von 0 bis 4 eingeteilt, wobei 0 für keine und 4 für eine äusserst schwere Komplikation oder Komorbidität bzw. Nebendiagnose steht. Somit ist der PCCL im Gegensatz zum CMI, der Auskunft über die durchschnittliche Fallschwere und den damit verbundenen zeitlichen, personellen sowie materiellen Ressourcenverbrauch (ökonomischer Schweregrad) einer Behandlung gibt, ein Mass für die Multimorbidität der stationär behandelten Patienten
PT	Die Pflage tage beschreiben die Summe der Aufenthaltstage aller Hospitalisierungen und werden ausgehend von der Definition zur Berechnung der Aufenthaltsdauer gemäss SwissDRG berechnet (→ Aufenthaltsdauer).
Spitalliste	Vom Kanton erlassene Liste, in der die Listenspitäler als Leistungserbringer gemäss Krankenversicherungsgesetzgebung aufgeführt sind. Die Spitalliste stellt die Summe der Leistungsaufträge dar.
SPLB	Spitalplanungs-Leistungsbereiche gemäss SPLG-Systematik der GDZH (GDK 2016), Zuteilung basierend auf SPLG Version 2016.1.1 der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.
SPLG	Spitalplanungs-Leistungsgruppen gemäss SPLG-Systematik der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (vgl. GDK 2016).
SR	Systematischen Rechtssammlung des Schweizer Bundesrechts
STATPOP	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte des Bundesamtes für Statistik
SVAR	Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden
UV	Unfallversicherung
Versorgungsanteil	Anteil der Hospitalisierungen in einem Spital bzw. an einem Standort im Verhältnis zur Gesamtzahl der Hospitalisierungen von Patienten aus einem bestimmten Kanton.
Vertragsspital	Spital ohne kantonalen Leistungsauftrag und damit ohne Listenplatz. Versicherer können gemäss Art. 49a Abs. 4 KVG Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der OKP abschliessen. Diese Vergütung darf nicht höher sein als der Anteil an den Vergütungen nach Art. 49a Abs. 2 KVG. Vertragsspitäler haben keinen Anspruch auf einen Kantonsbeitrag gemäss Art. 49a Abs. 1 und 2 KVG.
Wohnbevölkerung (ständige, nicht-ständige)	Die <i>ständige Wohnbevölkerung</i> umfasst alle schweizerischen Staatsangehörigen mit einem Hauptwohnsitz in der Schweiz und alle ausländischen Staatsangehörigen mit einer Anwesenheitsbewilligung für mindestens 12 Monate oder ab einem Aufenthalt von 12 Monaten in der Schweiz, das heisst, Niedergelassene, Aufenthalterinnen und Aufenthalter (inkl. anerkannte Flüchtlinge), Kurzaufhalterinnen und -aufenthalter mit einer kumulierten Aufenthaltsdauer von mindestens 12 Monaten, Personen im Asylprozess mit einer Gesamtaufenthaltsdauer von mindestens 12 Monaten, sowie Diplomaten und internationale Funktionärinnen und Funktionäre und deren Familienangehörige. Zur nichtständigen Wohnbevölkerung zählen ausländische Staatsangehörige mit einer Kurzaufenthaltsbewilligung (Ausweis L) für eine Aufenthaltsdauer von weniger als zwölf Monaten; Personen im Asylprozess (Ausweis F oder N) mit einer Gesamtaufenthaltsdauer von weniger als zwölf Monaten. Quelle: www.bfs.admin.ch

6.4 Referenzen

- AOLG (2003). Indikatorenansatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder: Band 2. Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG), URL: www.gsi-berlin.info.
- BFS (2016a). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone 2015-2045. www.bfs.admin.ch
- BFS (2016b). Bestand und Entwicklung der Bevölkerung der Schweiz: Definitive Ergebnisse 2015 – Einzig im Kanton Uri geht die Bevölkerungszahl zurück. Medienmitteilung vom 26.8.2016. www.bfs.admin.ch
- BFS (2017). Bevölkerungsentwicklung 2016: Provisorische Ergebnisse – Die Bevölkerung der Schweiz wächst auch 2016 weiter. Medienmitteilung vom 6.4.2017. www.bfs.admin.ch
- BFS (2018). Bevölkerungsentwicklung 2017: Provisorische Ergebnisse – Starker Rückgang des Bevölkerungswachstums im Jahr 2017. Medienmitteilung vom 6.4.2018. www.bfs.admin.ch
- Boyle P., Parkin D.M. (1991). "Statistical methods for registries", Chapter 11, S.138; in: Jensen, Parkin, MacLennan, Muir, Skeet: "Cancer Registration: Principles and Methods", Lyon 1991.
- Bucher, Hans-Peter (2008). Babyboomer kommen ins Rentenalter: Der Lebenszyklus der geburtenstarken Jahrgänge im Kanton Zürich 1970–2050. Statistisches Amt des Kantons Zürich, www.statistik.zh.ch.
- Departement Gesundheit AR (2010). Spitalplanung Appenzell Ausserrhoden 2012: Versorgungsbericht - Bisherige und zukünftige Entwicklung der kantonalen Nachfrage nach stationären, akutsomatischen und rehabilitativen Leistungen. www.ar.ch
- Departement Gesundheit AR (2010). Spitalplanung Appenzell Ausserrhoden 2012: Strukturbericht – Inner- und ausserkantonale Leistungserbringer Spitalplanung mit Definition der notwendigen stationären Leistungsangebote für die Sicherstellung der Spitalversorgung der Wohnbevölkerung. www.ar.ch
- Departement Gesundheit und Soziales AR (2016). Bericht zur Spitalplanung Appenzell Ausserrhoden 2017 Akutsomatik und Rehabilitation, interner Bericht.
- Departement Gesundheit und Soziales AR (2017). Bericht zur Spitalplanung Appenzell Ausserrhoden 2018 Psychiatrie, interner Bericht.
- Eurostat (2013). "Revision of the European Standard Population", eurostat methodologies and working papers, Eurostat, p.121.
- Felder, S.; Kägi, W.; Lobsiger, M.; Tondelli T.; Pfinninger T. (2014). Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulanten Sektor. Basel. www.fmh.ch
- Frick, U.; Krischker, S.; Gmel, G. (2013). Evaluation des Einflusses der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität der Spitalleistungen (stationär): Vorstudie zum Einbezug von Struktur- und Prozessqualität. Forschungsbericht No. 330 aus dem Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF, Zürich.
- GDK (2015). Planung der hochspezialisierten Medizin: Information zum Stand der Umsetzung. Statusbericht zuhanden des Departements des Innern (EDI). Bern: Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz, 27. April 2015. <http://www.gdk-cds.ch>
- GDK (2018a). Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung, unter Berücksichtigung der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vom 21. Dezember 2007 und der Rechtsprechung von 1.1.2012 bis 1.1.2018. Bern: Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz. Revidierte Version der vom Vorstand der GDK am 14.5.2009 verabschiedeten Empfehlungen, genehmigt von der GDK-Plenarversammlung vom 25.5.2018. <http://www.gdk-cds.ch>
- GDK (2018b). Anwendung einer Spitalleistungsgruppensystematik im Rahmen der kantonalen Spitalplanung: Empfehlung der GDK, Beschluss der GDK-Plenarversammlung vom 25. Mai 2018. Bern: Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz. <http://www.gdk-cds.ch>
- GDK (2018c). Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung: Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG, verabschiedet durch den Vorstand der GDK am 1. März 2018. <http://www.gdk-cds.ch>
- GDZH (2011). Zürcher Spitalplanung 2012: Strukturbericht. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, September 2011. www.gd.zh.ch
- GDZH (2016). Gesundheitsversorgungsbericht 2016. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Dezember 2016. www.gd.zh.ch
- GDZH (2017). Gesundheitsversorgungsbericht 2017. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Dezember 2017. www.gd.zh.ch
- Huber, K. (2015). Entwicklung der interkantonalen Patientenströme im Übergang zur freien Spitalwahl. Analyse der stationären akutsomatischen Spitalbehandlungen von 2010 bis 2013 (Obsan Dossier 48). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. <https://www.obsan.admin.ch>.

- Matter-Walstra, Klazien; Widmer, Marcel; Busato, André (2006). Analysis of patient flows for orthopedic procedures using small area analysis in Switzerland, in: BMC Health Serv Res 6, S. 119.
- Pellegrini, Sonia; Luyet, Stéphane (2012). Séjours hospitaliers hors du canton de domicile. Description des flux de patients et analyse des déterminants. Obsan Rapport 55. Neuchâtel: Obsan.
- SwissDRG (2017). SwissDRG AG, Grouper-Dokumentation, 7. Juli 2018. <https://grouper.swissdrg.org/grouper-doku-de.pdf>
- Weaver, F.; Cerboni, S.; Oettli, A.; Andenmatten, P.; Widmer, M. (2009). Modell zur Prognose der Inanspruchnahme als Instrument für die Spitalplanung. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Arbeitsdokument 32. www.obsan.admin.ch
- Widmer, P., Hochuli, P., Telser, H., & Reich, O. (2017). Erwünschte und unerwünschte Optimierungen betreffend Leistungsmengen und -verlagerungen im stationären Spitalbereich – 2. Teilstudie: Leistungsverlagerungen unter SwissDRG, Polynomics und Helsana. Erstellt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). www.aramis.admin.ch

Appenzell Ausserrhoden
Departement Gesundheit und Soziales
Kasernenstrasse 17
9102 Herisau

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



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Herausgegeben vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) und dem
Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Appenzell Ausserrhoden