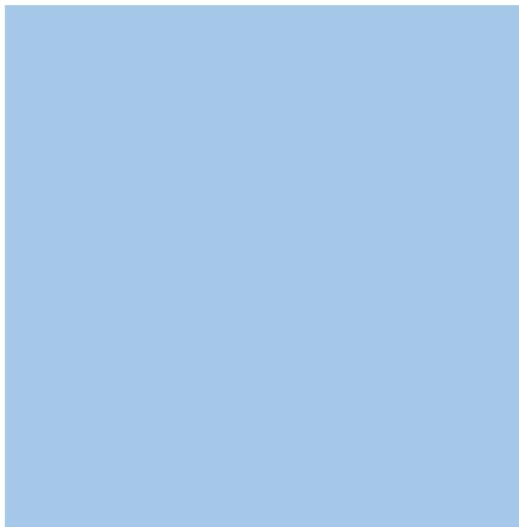


**Zwischenbericht zum Gesundheitsbericht
Appenzell Ausserrhoden 2012**
vom 21. Oktober 2014



Vorwort



Gesundheitsberichterstattung als Planungsinstrument

Geschätzte Leserinnen und Leser

Einen wesentlichen Anteil der kantonalen Gesundheitspolitik macht der Vollzug von Bundesvorgaben aus. Mit Blick auf die wachsende Zahl von Aufgaben und Akteuren in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung gewinnt die Koordination durch den Kanton an Bedeutung. In verbindlicher und gezielter Zusammenarbeit kann die Gesundheitsversorgung optimiert, können Gesundheitsförderung und Prävention gestärkt werden. Planerische Aufgaben mit langfristigem Zeithorizont und entsprechendem Vorlauf haben deshalb einen hohen Stellenwert. Zu nennen sind insbesondere die Spitalplanung, die Planung Rehabilitation, die Psychiatrieplanung sowie die Pflegeheimplanung.

Eine gezielte Planung und Steuerung von Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention kann nur auf einer soliden Grundlage erfolgen. Dazu braucht es Fakten und Analysen sowie Antworten auf folgende Fragen: Wie steht es um die Gesundheit der Ausserrhoderinnen und Ausserrhoder? In welchen Bereichen gilt es, genau hinzuschauen? Ist die Gesundheitsversorgung so ausgestaltet, dass Kanton und Gemeinden ihren Versorgungsauftrag langfristig wahrnehmen und die Bevölkerung ein zeitgemässes und bezahlbares Gesundheitswesen in Anspruch nehmen kann? Wird der Gesundheitsförderung und Prävention angemessen Rechnung getragen? Werden genügend Gesundheitsfachpersonen ausgebildet?

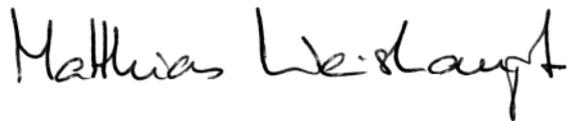
Mit der Gesundheitsberichterstattung Appenzell Ausserrhoden erarbeitet das Departement Gesundheit die erforderlichen Planungsgrundlagen für Politik, Verwaltung und Akteure des Gesundheitswesens. Seit der Publikation des Gesundheitsberichts 2012 sind zwei Jahre vergangen. Der Gesundheitsbericht wird geschätzt als wertvolles Arbeitsinstrument und kommt zur Anwendung in der Gesundheitsplanung sowie in der Zusammenarbeit des Departements Gesundheit mit den Institutionen des Gesundheitswesens.

Mit zwei Berichten, dem Bericht Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden von 2010 und dem Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden von 2012, wurden die Grundsteine für die kantonale Berichterstattung gelegt. Nun können mit dem Zwischenbericht 2014 erstmals Entwicklungen im Zeitverlauf dargestellt werden. Der Zwischenbericht informiert über wichtige Veränderungen im Gesundheitswesen und zeigt mit Blick auf die 2012 formulierten gesundheitspolitischen Herausforderungen den aktuellen Stand auf. Zudem gibt er Auskunft über den Zwischenstand, was Planung und Umsetzung der 2012 beschlossenen gesundheitspolitischen Massnahmen betrifft.

Der Zwischenbericht 2014 macht deutlich: Das Gesundheitswesen Appenzell Ausserrhoden bewegt sich. Wichtige Massnahmen konnten in Gang gesetzt und dank der gesundheitspolitischen Planung aus einer Gesamtschau heraus koordiniert werden. Einzelne Projekte

mussten im Rahmen des Entlastungsprogramms (EP) und der Aufgabenüberprüfung (AÜP) vorläufig zurückgestellt werden - eine Tatsache, mit der alle Departemente des Kantons konfrontiert sind. Gleichwohl ist die Bilanz positiv. Einiges wurde erreicht, wofür allen Beteiligten ein herzliches Dankeschön gebührt: den gesundheitspolitischen Akteuren im Kanton, dem Gesundheitsrat, den Arbeitsgruppen «Monitoring ambulante Gesundheitsversorgung» und «Monitoring Gesundheitsfachpersonen in Ausbildung» sowie den Mitarbeitenden des Departements. Sie alle haben sich intensiv mit den gesundheitspolitischen Herausforderungen auseinandergesetzt. Die Ergebnisse sind in die Erstellung des vorliegenden Zwischenberichts 2014 mit eingeflossen.

Der Kanton hat nun erste Erfahrungen in der Gesundheitsberichterstattung sammeln können. Diese legen es nahe, Anpassungen bei Aufbau und Rhythmus der Gesundheitsberichterstattung vorzunehmen. Folgende Änderungen wurden bereits vorgenommen oder sind geplant: Für einen Zwischenbericht ist der Zeitraum von zwei Jahren zu kurz. Deshalb hat der Regierungsrat im Rahmen der kantonalen Aufgabenüberprüfung (AÜP) erstens beschlossen, auf die Erstellung weiterer Zwischenberichte zu verzichten. Zweitens soll die Berichterstattung zu Gesundheitszustand und Gesundheitsversorgung, die in den Jahren 2010 und 2012 getrennt erfolgte, zusammengelegt und mit der Nationalen Gesundheitsbefragung des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan koordiniert werden. Vorgesehen ist, den Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden künftig alle fünf Jahre zu veröffentlichen. Der zweite Gesundheitsbericht ist somit für das Jahr 2019 geplant.



Dr. Matthias Weishaupt
Regierungsrat

Das Wichtigste in Kürze

Gesundheitspolitische Veränderungen auf Bundesebene

Der Bund hat seit 2012 weitere **nationale Strategien** entwickelt mit dem Ziel, die gesundheitspolitischen Herausforderungen bewältigen zu können und die Kosten bezahlbar zu halten. Koordinierte Massnahmen sollen die Chancengleichheit, die Versorgungsqualität und die Transparenz im Gesundheitswesen verbessern.

Die Umsetzung der nationalen Strategien sowie der jüngsten Volksabstimmungen hat diverse Neuerungen im Bereich der **rechtlichen Grundlagen** mit sich gebracht.

Im **Tarifsystem** sind verschiedene Anpassungen erfolgt. Noch sind nicht alle Mängel behoben. Weiterhin sind die Tariffestsetzungsverfahren mit grossem administrativem Aufwand verbunden. In verschiedenen Bereichen werden Massnahmen und Angebote bislang nur zum Teil von der Grundversicherung finanziert, obwohl ihre Wirksamkeit erwiesen ist. Dies gilt beispielsweise für Betreuungsleistungen und Tagesstrukturen in der ambulanten Psychiatrie.

Strategische Positionen Appenzell Ausserrhoden

Mit dem Gesundheitsbericht 2012 hat der Regierungsrat 14 strategische Positionen verabschiedet. Durch die Umsetzung der strategischen Positionen des Regierungsrats begegnet Appenzell Ausserrhoden den **demografischen und gesundheitspolitischen Herausforderungen** und nimmt eine Anpassung der nationalen Strategien an die lokalen Gegebenheiten vor.

Die **strategischen Positionen des Regierungsrats von 2012** sind auch in den kommenden Jahren handlungsleitend für die Gesundheitspolitik im Kanton. Sie werden laufend überprüft und bei Bedarf ergänzt, beispielsweise in den Bereichen «Qualität in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung», «Pflegegarantie in Alters- und Pflegeeinrichtungen» (umfassende Pflege bis zum Tod) sowie «Alter und Langzeitpflege». Die demografische Entwicklung, die für Appenzell Ausserrhoden einen weit überdurchschnittlichen Anteil an Personen über 64 Jahren ausweist, wird das Alter als einen zentralen Lebensabschnitt mit gesundheitspolitischem Handlungsbedarf in den Vordergrund rücken. Mit zunehmender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit stellen sich besondere gesundheitspolitische Aufgaben.

Umsetzung Massnahmen: Zwischenstand

Appenzell Ausserrhoden ist mit der **Umsetzung der Massnahmen auf Kurs**: Von zwanzig Massnahmen, die mit dem Gesundheitsbericht 2012 verabschiedet wurden, sind elf in Umsetzung und zwei abgeschlossen. Vier Massnahmen wurden in der Umsetzung abgebrochen (Gemeinsamer Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden) oder zurückgestellt (Psychiatrieversorgung Appenzell Ausserrhoden / Koordination in der stationären psychiatrischen Versorgung / Geriatriekonzept). Drei Massnahmen sind in Abklärung (Ambulante Notfallversorgung / Unterstützung von pflegenden Angehörigen) oder in Vorbereitung (Konzept Palliative Care Appenzell Ausserrhoden).

Gesundheitszustand: Veränderungen 2007 - 2012

Gemäss Ergebnissen der jüngsten Gesundheitsbefragung erfreuen sich die Ausserrhoderinnen und Ausserrhoder 2012 im Vergleich zu 2007 und zur Gesamtschweiz weiterhin einer **guten Gesundheit**. Bei genauerem Hinsehen zeigen sich indessen Entwicklungen, die zu beobachten sind oder bereits neuen Handlungsbedarf aufweisen.

Obwohl die Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz konstant hoch ist, haben in Appenzell Ausserrhoden die **psychischen Belastungen am Arbeitsplatz** zugenommen, und zwar deutlich stärker als in der Gesamtschweiz. Gleichzeitig zeigen neue Studien der OECD, dass in der Schweiz der Blick für psychische Probleme am Arbeitsplatz noch zu wenig geschärft ist.

Die **psychische Gesundheit im Alter** ist bei der künftigen Massnahmenplanung besonders in den Blick zu nehmen: Im Vergleich mit den Erwerbstätigen leiden Personen im Rentenalter zwar am wenigsten unter mittleren oder starken psychischen Belastungen, sind aber gleichzeitig am stärksten von depressiven Symptomen betroffen.

Das **Gesundheitsbewusstsein** in Appenzell Ausserrhoden ist bei den Männern gestiegen und bei den Frauen gesunken.

Gesundheitsversorgung: Veränderungen 2012 - 2014

Im ambulanten medizinischen Bereich (Somatik) konzentriert sich der Kanton darauf, die Rahmenbedingungen zu optimieren. In den kommenden Jahren zeichnet sich ein Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten ab. Seit 2012 setzt sich die kantonale Gesundheitspolitik intensiv mit der **Grundversorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte** auseinander. Dies geschieht im Bewusstsein um die grosse Bedeutung der Hausarztmedizin, die nach Möglichkeit unterstützt wird. Mit verschiedenen Massnahmen hat der Kanton die Rahmenbedingungen für die Grundversorgung verbessert. Dazu gehören etwa die Einführung des Ärztefons zur Entlastung der Notfallversorgung, die Schaffung von Praxisassistentenstellen oder eine höhere Entschädigung schulärztlicher Dienste. Eine finanzielle Unterstützung der medizinischen Notfallversorgung ist in Abklärung.

Ambulante Leistungen werden zunehmend auch in den Spitälern angeboten und genutzt. Damit können Versorgungsengpässe in der ambulanten Gesundheitsversorgung abgefedert werden, allerdings mit entsprechender Kostenfolge. Inwiefern neue Angebote an der Schnittstelle von Hausarztpraxis und Apotheke einen Beitrag leisten können, wird noch zu prüfen sein. Die **Arbeitsgruppe «Monitoring ambulante Gesundheitsversorgung»** beobachtet die Entwicklungen. Sie hat Empfehlungen und Massnahmenvorschläge formuliert zur Umsetzung des Ziels, die dezentrale ambulante Versorgung mit medizinischen und pflegerischen Leistungen in Appenzell Ausserrhoden auch mittel- und langfristig sicherzustellen.

Im Bereich der **ambulanten psychiatrischen Versorgung** ist in Appenzell Ausserrhoden wie auch gesamtschweizerisch eine Unterversorgung zu beobachten. Gleichzeitig steigt der Bedarf nach ambulanter psychiatrischer Versorgung. Ein Ende dieser Entwicklung scheint unwahrscheinlich. Mangel besteht bei den psychiatrischen Tageskliniken, bei den psychiatrischen Arztpraxen, in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie bei allgemeinen ambulanten Angeboten wie der psychiatrischen Spitex, den Ambulatorien und Sprechstunden. Schon jetzt müssen Patientinnen und Patienten lange Wartezeiten in Kauf nehmen, insbesondere für die Nachbehandlung nach einem stationären Aufenthalt. Die Kantone können aufgrund der freien Arztwahl die Patientenströme und die Nutzung des kantonalen Angebots nicht steuern. Erforderlich ist deshalb eine verstärkte interkantonale Zusammenarbeit zur bedarfsgerechten Bereitstellung der Grundversorgung im Bereich der ambulanten psychiatrischen Behandlungen. Im Juni 2013 hat der Regierungsrat das Grundlagenpapier Psychiatrieversorgung Appenzell Ausserrhoden zur Kenntnis genommen und eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die offene Fragen im Zusammenhang mit der Umsetzung, insbesondere

im Bereich der ambulanten/tagesklinischen Behandlungen, klären soll. Die Umsetzung kann aufgrund fehlender personeller und finanzieller Ressourcen vorläufig nicht in Angriff genommen werden und ist zurückgestellt.

Mit einer Reorganisation konnte die **Spitex** weiterentwickelt und regionalisiert werden, womit ein wichtiger Beitrag zur Umsetzung der Strategie «ambulant vor stationär» geleistet ist. Bis Mitte 2013 wurden die zwölf kleineren Spitexorganisationen in drei regionale Spitexorganisationen überführt, welche im Leistungsauftrag der Gemeinden tätig sind.

Der Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden SVAR ist seit Anfang 2012 nicht mehr eine Organisationseinheit der kantonalen Verwaltung, sondern eine selbstständige öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons. Als selbstständiger Betrieb führte der SVAR gemeinsam mit dem Spital Appenzell Abklärungen zu Risiken und Chancen für einen gemeinsamen **Spitalverbund Appenzellerland SVAL** durch. Die Beteiligten kamen Anfang 2014 zum Schluss, dass eine Fusion die Erwartungen nicht erfüllen kann und deshalb darauf verzichtet wird. Die Zusammenarbeit auf betrieblicher Ebene wird aber weitergeführt.

Über die Auswirkungen der Revision des Krankenversicherungsgesetzes kann nur zwei Jahre nach Inkrafttreten noch keine verlässliche Bilanz gezogen werden. Im stationären Bereich bringt die **neue Spitalfinanzierung** auch einen Kultur- und Strukturwandel mit sich. Der Kanton ist in seiner neuen Rolle als Leistungseinkäufer gefordert, den Akteuren des Gesundheitswesens im Sinne der Gleichbehandlung im Wettbewerb zu begegnen. Die Leistungsvereinbarungen mit den Leistungsanbietern bringen klare Regelungen und erhöhen Transparenz und Steuerungsmöglichkeiten. Es ist davon auszugehen, dass die freie Spitalwahl das Patientenwachstum der Spitäler mit Standort im Kanton Appenzell Ausserrhoden wesentlich begünstigt. Diese Spitäler behaupten sich bisher am Markt und wachsen.

Der Regierungsrat hat **neue Spitallisten** in Kraft gesetzt: auf Anfang 2013 die revidierten Spitallisten Akutsomatik und Rehabilitation, auf Anfang 2014 die erste Spitalliste Psychiatrie. Damit konnte eine seit langem ausgewiesene Versorgungslücke im Bereich der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie vertraglich geschlossen werden.

Im Bereich der **stationären Langzeitpflege** hat der Regierungsrat im Februar 2014 die Pflegeheimliste Appenzell Ausserrhoden genehmigt. Mit gleichem Beschluss hat der Regierungsrat den Leistungsauftrag von Einrichtungen, welche auf der kantonalen Pflegeheimliste bis zur höchsten Pflegestufe zugelassen sind, erweitert. Diese Einrichtungen sind zugelassen, auch Leistungen der Akut- und Übergangspflege zu erbringen. Das Departement Gesundheit wurde zudem beauftragt, geeignete Massnahmen zu entwickeln, damit das Prinzip der Pflegegarantie künftig als kantonaler Leistungsauftrag wahrgenommen werden kann und Bewohnende nicht mehr das Heim wechseln müssen, wenn ihre Pflegebedürftigkeit die zugelassene Pflegestufe übersteigt. Anfang Mai 2014 hat das Departement Gesundheit das Projekt «Basisqualität in Alters- und Pflegeeinrichtungen Appenzell Ausserrhoden» gestartet. Dabei werden die Qualitätsvorgaben für die Betriebsbewilligung und die Zulassung auf der Pflegeheimliste überprüft und zeitgemässe Instrumente zur Qualitätssicherung entwickelt.

Gesundheitsfachpersonen

Um die demografischen und gesundheitspolitischen Herausforderungen bewältigen zu können, braucht es genügend und gut ausgebildete Gesundheitsfachpersonen in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung. Bei den Gesundheitsfachpersonen ist indessen ein zunehmender Mangel zu verzeichnen. Die Umsetzung der Volksinitiative «Gegen Masseneinwanderung» wird entscheidend sein für die Rekrutierung von Gesundheitsfachpersonen aus dem Ausland. Die hohe Abhängigkeit von ausländischem Fachpersonal erhöht den Druck, in der Schweiz und in Appenzell Ausserrhoden mehr Gesundheitsfachpersonen auszubilden. Der anhaltende Trend zu Teilzeitarbeit bei Ärztinnen und Ärzten verschärft den

Rekrutierungswettbewerb zusätzlich, müssen doch zur Besetzung einer Vollzeitstelle mehrere Personen angestellt werden. Die **Arbeitsgruppe «Monitoring Gesundheitsfachpersonen in Ausbildung»** hat Empfehlungen und Massnahmenvorschläge erarbeitet. In der Folge wurde 2013 die Projektarbeit zur Schaffung eines Ausbildungsverbundes im Langzeitpflegebereich aufgenommen. In Zusammenarbeit mit dem Branchenverband CURAVIVA Appenzellerland wurde ein Ausbildungsverbund mit entsprechender Ausbildungsorganisation aufgebaut und das Anerkennungsverfahren am Bildungszentrum für Gesundheit und Soziales eingereicht.

Inhaltsübersicht

Vorwort	3
Das Wichtigste in Kürze	5
Inhaltsübersicht	9
Inhaltsverzeichnis	10
Strategische Positionen des Regierungsrates 2012 im Überblick	13
Massnahmen und Projekte im Überblick	15
Kapitel I	
Gesundheitsberichterstattung im Kontext	16
1 Ausgangslage	16
Kapitel II	
Gesundheitszustand	25
2 Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden 2007-2012	25
Kapitel III	
Gesundheitsversorgung	34
3 Gesundheitsversorgung in Appenzell Ausserrhoden 2012-2014	34
Kapitel IV	
Gesundheitsförderung und Prävention	59
4 Gesundheitsförderung und Prävention in Appenzell Ausserrhoden 2012-2014	59
Kapitel V	
Finanzierung	69
5 Finanzielle Aspekte des Gesundheitswesens 2012-2014	69
Kapitel VI	
Ausblick	78
6 Ausblick	78
Abkürzungsverzeichnis	79
Abbildungsverzeichnis	80
Tabellenverzeichnis	81
Literaturverzeichnis	82

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Das Wichtigste in Kürze	5
Inhaltsübersicht	9
Inhaltsverzeichnis	10
Strategische Positionen des Regierungsrates 2012 im Überblick	13
Massnahmen und Projekte im Überblick	15
Kapitel I	
Gesundheitsberichterstattung im Kontext	16
1 Ausgangslage	16
1.1 Datengrundlage	16
1.2 Qualität und Wirksamkeit	16
1.3 Nationale Gesundheitspolitik: Veränderungen 2012-2014	18
1.3.1 Nationale Strategien	18
1.3.2 Bundesgesetze	19
1.3.3 Tarifsysteem	21
1.3.4 Nationale Volksabstimmungen	22
1.4 Demografische Entwicklung	23
Kapitel II	
Gesundheitszustand	25
2 Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden 2007-2012	25
2.1 Körperliche Gesundheit	25
2.2 Psychische Gesundheit	28
2.3 Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen	30
Kapitel III	
Gesundheitsversorgung	34
3 Gesundheitsversorgung in Appenzell Ausserrhoden 2012-2014	34
3.1 Ambulante Gesundheitsversorgung: Wichtige Veränderungen	34
3.1.1 Registrierte Gesundheitsfachpersonen	34
3.1.2 Ambulante psychiatrische Versorgung	36
3.1.3 Spítex	37
3.2 Ambulante Gesundheitsversorgung: Herausforderungen – Zwischenstand	37
3.2.1 Hausärztinnen und Hausärzte (medizinische Grundversorgung)	37

Strategische Positionen des Regierungsrates 2012 im Überblick

Die strategischen Positionen des Regierungsrats haben keine Änderungen erfahren und bilden weiterhin die Grundlage für die Massnahmenplanung. Die Positionen sind nachfolgend im Überblick dargestellt. Die Ausführungen zu den Positionen finden sich im Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012; die Referenzseite ist jeweils angegeben. Der Gesundheitsbericht 2012 kann unter <http://www.ar.ch/departemente/departement-gesundheit/publikationen/> eingesehen werden.

Strategische Position 1: «Ambulant vor stationär»

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

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 72.

Strategische Position 2: «Dezentrale ambulante Grundversorgung»

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

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 72.

Strategische Position 3: «Interprofessionelle Grundversorgung»

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

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 73.

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

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

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 73.

Strategische Position 5: «Sicherung der kantonalen stationären Grundversorgung»

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

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 109.

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

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

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 110.

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

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

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 110.

Strategische Position 8: «Förderung der Ausbildung»

Der Regierungsrat hält die Ausbildung von genügend Fachpersonen durch die Leistungserbringer für eine zentrale Voraussetzung, um die medizinische, pflegerische und

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 113.

therapeutische Grundversorgung sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich zu sichern. Er beobachtet die Berufsverbände und Institutionen bei der Umsetzung ihres Ausbildungsauftrags und behält sich Massnahmen vor.

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 116.

Strategische Position 9: «Bedürfnisgerechte medizinische Versorgung im Alter»
Der Regierungsrat will das medizinische Angebot besser auf die Bedürfnisse der älteren Menschen abstimmen und die Versorgung auf die demografische Alterung im Kanton ausrichten.

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 118.

Strategische Position 10: «Würdevolles Sterben»
Der Regierungsrat unterstützt die Bestrebungen, für Patientinnen und Patienten den letzten Weg vor dem Tod nach Möglichkeit angst- und schmerzfrei sowie würdevoll zu gestalten. Er fördert die Dienstleistungen von Palliative Care.

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 129.

Strategische Position 11: «Gesundheitsförderung und Prävention wird umfassend verstanden»
Der Regierungsrat fördert das Wissen um die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und den Lebensverhältnissen einzelner Menschen oder bestimmter Bevölkerungsgruppen. Er berücksichtigt den Aspekt der Gesundheit in allen relevanten Politikbereichen: Gesundheit, Bildung, Soziales und Umwelt.

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 130.

Strategische Position 12: «Gesundheitsförderung und Prävention wirken langfristig kostendämpfend, nicht nur im Gesundheitswesen»
Der Regierungsrat ist überzeugt, dass Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention langfristig helfen, Gesundheitskosten zu verringern. Prävention wird deshalb auch zur Kostensteuerung eingesetzt.

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 130.

Strategische Position 13: «Impfungen werden als wirksamer Schutz vor Krankheiten wahrgenommen»
Der Regierungsrat unterstützt die Bestrebungen des Bundes und der WHO, durch die Erreichung der Impfziele ansteckende Krankheiten in der Schweiz möglichst zu eliminieren. Er hält an der Freiwilligkeit des Impfens fest. Die Impfziele sind durch gut verständliche ausgewogene und leicht verfügbare Information zu erreichen.

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 161.

Strategische Position 14: «Aktive und verantwortungsvolle Einflussnahme auf Kostensteigerungen im Gesundheitswesen»
Der Regierungsrat nimmt mit seiner Gesundheitspolitik aktiv Einfluss auf die steigenden Kosten der Gesundheitsversorgung und sichert die langfristige und nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens.

Massnahmen und Projekte im Überblick

Massnahme	Seite im Gesundheitsbericht 2012	Status Juni 2012	Seite im Zwischenbericht 2014	Status Dezember 2014
Ärztetfon	S. 74	in Umsetzung	S. 42	in Umsetzung
Ambulante Notfallversorgung	S. 74	in Prüfung	S. 42	in Abklärung
Psychiatrieversorgung Appenzell Ausserrhoden	S. 75	in Vorbereitung	S. 43	zurückgestellt
Spitextwicklung und -regionalisierung	S. 75	In Umsetzung	S. 43	abgeschlossen
Monitoring ambulante Versorgung in Appenzell Ausserrhoden	S. 76	in Vorbereitung	S. 44	in Umsetzung
Unterstützung von pflegenden Angehörigen	S. 76	in Prüfung	S. 45	in Abklärung
Gemeinsamer Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden	S. 111	In Umsetzung	S. 54	abgebrochen
Koordination in der stationären psychiatrischen Versorgung	S. 111	in Vorbereitung	S. 55	zurückgestellt
Praxisassistentenstellen	S. 114	In Umsetzung	S. 56	in Umsetzung
Monitoring Gesundheitsfachpersonen in Ausbildung	S. 115	in Vorbereitung	S. 57	in Umsetzung
Geriatriekonzept Appenzell Ausserrhoden	S. 117	in Vorbereitung	S. 58	zurückgestellt
Palliative Care Appenzell Ausserrhoden	S. 119	in Prüfung	S. 58	in Vorbereitung
5-Jahres-Aktionsplan 2009-2013 für eine Präventionspolitik Alkohol/Tabak/Cannabis in Appenzell Ausserrhoden	S. 130	In Umsetzung	S. 65	abgeschlossen
5-Jahres-Aktionsplan 2014-2018 für eine Präventionspolitik Alkohol/Tabak/Cannabis in Appenzell Ausserrhoden	S. 132	in Vorbereitung	S. 65	in Umsetzung
Gesundes Körpergewicht	S. 133	In Umsetzung	S. 66	in Umsetzung
Schulärztliche Untersuchungen	S. 134	In Umsetzung	S. 66	in Umsetzung
Schulzahnärztliche Untersuchungen	S. 135	In Umsetzung	S. 67	in Umsetzung
Ostschweizer Forum für psychische Gesundheit	S. 136	in Vorbereitung	S. 67	in Umsetzung
HPV-Impfprogramm	S. 136	In Umsetzung	S. 68	in Umsetzung
Zwäg is Alter	S. 137	in Prüfung	S. 68	in Umsetzung

Gesundheitsberichterstattung im Kontext

1 Ausgangslage

1.1 Datengrundlage

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung liefert Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung, über Krankheitsfolgen, über die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und über die Versicherungsverhältnisse. Die periodische Wiederholung ermöglicht die Beobachtung von Veränderungen und erlaubt, gesundheitspolitische Massnahmen auf ihre Auswirkungen hin zu überprüfen. Aus diesem Grund haben 18 Kantone die Stichprobe erhöht, um aussagekräftige Daten zu ihrem Kanton zu erhalten.¹ Die Ergebnisse sind im Bericht Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden - Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012² zusammengefasst. Die nachfolgenden Ausführungen zum Gesundheitszustand beruhen auf diesen aktuellsten Daten von 2012, die vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan ausgewertet wurden.

Die Ausführungen zur Gesundheitsversorgung, zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie zu den finanziellen Aspekten des Gesundheitswesens im vorliegenden Zwischenbericht 2014 beruhen auf möglichst aktuellen internen und externen Daten. In der Regel beträgt die Zeitspanne zwischen Erhebung und Auswertung zwei Jahre, wie beispielsweise bei der medizinischen Statistik des Bundes. Einzig die Daten, welche der Kanton selbst erhoben hat (z.B. zu den Gesundheitsfachpersonen), entsprechen dem Stand 2014.

1.2 Qualität und Wirksamkeit

In der Schweiz wird die Qualität der Gesundheitsversorgung nicht lückenlos erfasst. Falls Daten erhoben werden, stehen diese der Öffentlichkeit höchstens in aggregierter Form zur Verfügung. Detailergebnisse werden ausschliesslich betriebsintern verwendet. Dadurch fehlt zurzeit ein echter Qualitätswettbewerb zwischen den Leistungserbringern, der sich positiv auf das Behandlungsergebnis und die Gesundheitskosten auswirken könnte. Die vergleichbare Messung und gezielte Förderung von Qualität und Wirksamkeit sind wichtige gesundheitspolitische Anliegen des Bundes. Ziel ist es, bessere Behandlungsergebnisse zu erzielen sowie vermeidbare Folgeleistungen auf ein Minimum zu reduzieren. Zudem sollen durch die Verbesserung der Qualität unnötige Kosten eingespart werden.³ Dies soll mit der Umsetzung

¹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 130.

² Vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014).

³ Bundesrat (2013): S. 11.

der Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen erreicht werden. Im Sinne des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10) wird die Qualitätssicherung grundsätzlich als integraler Bestandteil der Leistungserbringung erachtet und umfasst alle im Gesetz genannten Leistungserbringer. Die neu durch den Bund aufgenommenen Aktivitäten ersetzen nicht die laufenden Qualitätsbestrebungen der verschiedenen Partner im Gesundheitswesen.⁴ Die Umsetzung der Qualitätsstrategie ist langfristig angelegt, erfolgt in Etappen und unter der Federführung des Bundes, was auch die Koordination bereits laufender Programme zur Qualitätssicherung⁵ beinhaltet. Der Bundesrat hat im Rahmen der Konkretisierung der Qualitätsstrategie 2013 entschieden, für die Umsetzung ein nationales Qualitätsinstitut bereitzustellen.⁶ Der Kanton Appenzell Ausserrhoden wird die auf nationaler Ebene erstellten Grundlagen für die Qualitätssicherung an die lokalen Gegebenheiten anpassen.

Das kantonale Gesundheitsgesetz sieht vor, dass im Gesundheitsbericht Qualität und Wirksamkeit der erbrachten Leistungen hinsichtlich der Gesundheitsbedürfnisse und der Ziele der Gesundheitspolitik zu evaluieren seien.⁷ Diese gesetzliche Vorgabe ist mit Augemass umzusetzen, denn es kann nicht darum gehen, umfassende Evaluationsprozesse und damit hohe Kostenfolgen auszulösen. Vielmehr soll vorhandenes Optimierungspotenzial in der Gesundheitsversorgung erkannt und ausgeschöpft werden. Beispielsweise kann die Qualität verbessert werden mit sinnvoller Koordination und verbindlicher Zusammenarbeit der verschiedenen Versorgungsbereiche. Dies umso mehr, als mit der Zunahme von chronischen (Mehrfach-)Erkrankungen die Zahl der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure steigt und damit auch der Bedarf an Vernetzung. Auch eine stärker integrierte Gesundheitsversorgung kann einen Beitrag zur Kostendämmung und zur Deckung des wachsenden nachfrageseitigen Bedarfs leisten.

In der stationären Gesundheitsversorgung hat es sich der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ zur Aufgabe gestellt, Qualitätskriterien an Kliniken weiterzuentwickeln sowie in den Fachbereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie vergleichbar zu machen. Alle Kliniken und Spitäler in Appenzell Ausserrhoden mit stationärem Leistungsangebot sind Mitglied von ANQ. Damit verpflichten sie sich, einheitliche Messungen der Ergebnisqualität vorzunehmen mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.⁸

In Appenzell Ausserrhoden wird Qualitätssicherung als Bestandteil der Leistungserbringung definiert, sowohl im Spitalbereich als auch in der Langzeitpflege. Der Kanton kann Qualitätsstandards festlegen. Ein Beispiel ist das Anfang Mai 2014 vom Departement Gesundheit gestartete Projekt «Basisqualität in Alters- und Pflegeeinrichtungen Appenzell Ausserrhoden». Die aktuellen Bewilligungsvoraussetzungen und qualitativen Mindestkriterien für die Pflegeheimliste sollen überprüft und den heutigen Erfordernissen angepasst werden. Auch sollen die qualitativen Bedingungen für die Bewilligung und Zulassung von Tages- und Nachtstätten definiert werden. Gleichzeitig werden Instrumente zu Qualitätsüberprüfung entwickelt und das Aufsichtskonzept erstellt.

4 Website Bundesamt für Gesundheit BAG: Qualitätsstrategie im Schweizerischen Gesundheitswesen: <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/14791/index.html?lang=de>, abgerufen am 24.7.2014.

5 zum Beispiel ANQ: <http://www.anq.ch/>, SanaCERT: <http://www.sanacert.ch/> oder EQUAM: <http://www.equam.ch/de/>, abgerufen am 12.8.2014.

6 Website Bundesamt für Gesundheit BAG: <http://www.swiss-q.admin.ch>, abgerufen am 12.8.2014.

7 Gesundheitsgesetz Appenzell Ausserrhoden vom 25.11.2007, Art. 12 Abs. 2 lit. d (GG, BGs 811.1).

8 Website Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ: <http://www.anq.ch/>, abgerufen am 11.8.2014.

1.3 Nationale Gesundheitspolitik: Veränderungen 2012-2014

1.3.1 Nationale Strategien

Der Dialog Nationale Gesundheitspolitik, die gemeinsame Plattform von Bund und Kantonen, hat im Oktober 2012 die Fortsetzung der **Nationalen Strategie Palliative Care** für die Jahre 2013 bis 2015 verabschiedet. Der Schwerpunkt der zweiten Phase liegt in der besseren Verankerung von Palliative Care in den bestehenden Strukturen des Gesundheits- und Bildungswesens. Damit soll gewährleistet werden, dass schwer kranke und sterbende Menschen in der Schweiz überall Zugang zu bedürfnisgerechter Palliative Care erhalten.⁹ Mit der Strategischen Position 10 «Würdevolles Sterben» hat der Regierungsrat von Appenzell Ausserrhoden 2012 Palliative Care hoch gewichtet. Im Kanton wird bereits von diversen Institutionen Palliative Care, zum Teil regional koordiniert, geleistet.

→ vgl. S. 56.

Unter externer Projektleitung und der Mitwirkung verschiedener Personen in den Projektgremien soll ein kantonales Konzept erarbeitet werden, welches die gemeinsame Ausrichtung für Palliative Care bezüglich Strukturen, Werten und Zielen in Appenzell Ausserrhoden definiert, damit die gesamte Bevölkerung in Appenzell Ausserrhoden Zugang zu vergleichbaren Leistungen erhält. Zentrale Grundlage dazu bildet die «Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015».

→ vgl. S. 13.

Anfang 2013 hat der Bundesrat mit **Gesundheit2020** eine nationale Strategie für das Gesundheitswesen lanciert. Mit 36 Massnahmen sollen aus einer Gesamtschau in allen Bereichen des Gesundheitswesens die Lebensqualität gesichert, die Chancengleichheit gestärkt, die Versorgungsqualität erhöht und die Transparenz verbessert werden. Damit soll das Schweizer Gesundheitssystem optimal auf die kommenden Herausforderungen ausgerichtet und gleichzeitig bezahlbar gehalten werden.¹⁰ Die gesundheitspolitischen strategischen Positionen des Regierungsrats von Appenzell Ausserrhoden von 2012 sind insgesamt kompatibel mit den Zielen und Strategien von Gesundheit2020.

→ vgl. S. 58.

Im November 2013 hat der Dialog Nationale Gesundheitspolitik die **Nationale Demenzstrategie 2014-2017** verabschiedet. Demenzerkrankungen zählen zu den häufigsten Erkrankungen im Alter. Sie betreffen nicht nur die Erkrankten selbst, sondern auch das Umfeld und die Gesundheitsfachpersonen. Die mit der Nationalen Demenzstrategie lancierten Projekte sollen die Bevölkerung sensibilisieren, bedarfsgerechte Angebote fördern, die Versorgungsqualität sicherstellen und die Fachkompetenz stärken.¹¹ Ende Mai 2014 wurden erste Projekte in den Bereichen Sensibilisierung, Diagnostik, Finanzierung und Verbesserung der Datenlage lanciert.¹² Die Nationale Demenzstrategie wird in die bis 2016 zurückgestellte Erarbeitung des Geriatriekonzepts Appenzell Ausserrhoden einfließen.

→ vgl. S. 67.

Zum gleichen Zeitpunkt hat der Dialog Nationale Gesundheitspolitik die Erarbeitung der **Nationalen Strategie Prävention nicht übertragbarer Krankheiten** bis 2016 beschlossen. Die Strategie soll die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung verbessern und die Prävention in der Gesundheitsversorgung stärken. Die Berichte zu Problemanalyse und Handlungsoptionen sollen ab 2015 die Grundlage für die Strategie- und Massnahmenplanung bilden.¹³ Die psychische Gesundheit ist Bestandteil dieser Nationalen Strategie. Appenzell Ausserrhoden hat sich gemeinsam mit den Kantonen Appenzell Innerrhoden, St. Gallen und dem Fürs-

9 Website Bundesamt für Gesundheit BAG Strategie Palliative Care: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/index.html?lang=de>, abgerufen am 24.7.2014.

10 Medienmitteilung Bundesrat vom 23.1.2013: Bundesrat lanciert mit Gesundheit2020 eine umfassende Strategie fürs Gesundheitswesen, <http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=de&msg-id=47540>, abgerufen am 12.8.2014.

11 Website CURAVIVA: <http://www.curaviva.ch>, abgerufen am 12.8.2014.

12 Medienmitteilung Bundesamt für Gesundheit BAG vom 27.5.2014: Erste Projekte der Nationalen Demenzstrategie lanciert, <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13916/index.html?lang=de>, abgerufen am 12.8.2014.

13 Website Bundesamt für Gesundheit BAG Nichtübertragbare Krankheiten: <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/index.html?lang=de>, abgerufen am 24.7.2014.

tentum Liechtenstein intensiv mit dem Thema Depression auseinandergesetzt und 2012 das Ausserrhoder Bündnis gegen Depression in das Ostschweizer Forum für psychische Gesundheit überführt.

Die Zukunft des Schweizer Gesundheitssystems wird stark durch digitale Technologien geprägt. **eHealth** ist ein Instrument zur Umsetzung der strategischen Ziele von Gesundheit2020. Die digitalen Technologien haben das Potenzial, die Qualität der Behandlungsprozesse, die Patientensicherheit und die Effizienz im Gesundheitswesen zu steigern. Mit eHealth kann die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen gestärkt werden. Beispiele für eHealth sind elektronische Patientendossiers mit zeit- und ortsunabhängigen Zugriffsmöglichkeiten, Online-Dienste mit Gesundheitsinformation zur Förderung der persönlichen Gesundheitskompetenz oder Telemedizin zur medizinischen Beratung und Behandlung auf Distanz. Der Umgang mit Gesundheitsdaten ist heikel und stellt hohe Anforderungen an den Datenschutz. Appenzell Ausserrhoden beobachtet die Entwicklungen im Bereich eHealth.

Gemäss Beschluss im Dialog Nationale Gesundheitspolitik von Mai 2014 wollen Bund und Kantone die **koordinierte Versorgung** stärken. Gesundheitsfachleute und Institutionen sollen in der Betreuung und Behandlung von Patientinnen und Patienten besser zusammenarbeiten. Die zunehmende Spezialisierung in der Gesundheitsversorgung führt unter anderem dazu, dass es an den Schnittstellen zwischen Hausärztin und Hausarzt und Spezialistin und Spezialisten oder Spital immer wieder zu unklaren Situationen kommt. Grund ist oft, dass Informationen nicht weitergegeben werden und die einzelnen Behandlungsschritte ungenügend aufeinander abgestimmt sind. Im Zentrum der Bemühungen zur Förderung der koordinierten Versorgung stehen jene 10% der Patientinnen und Patienten, die 70 bis 80% der Gesundheitsleistungen beanspruchen und meistens von mehreren Gesundheitsfachpersonen und Institutionen betreut werden. Erste Schritte zur Verbesserung der Koordination und damit der Qualität der Behandlung sind die vom Parlament beschlossene Verbesserung des Risikoausgleichs, die neu in der Verfassung verankerte Stärkung der Grundversorgung, die geplante Umsetzung der Qualitätsstrategie des Bundes sowie die Lancierung des Programms Sichere Medikation an Schnittstellen.¹⁴

1.3.2 Bundesgesetze

Im Juni 2012 hat der Bund zusammen mit Partnern im Gesundheitswesen den Masterplan Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung gestartet. Die Revision des **Medizinalberufegesetzes MedBG** stellt eine wichtige Massnahme zu dessen Umsetzung dar. Mit der Nennung der Hausarztmedizin in den Aus- und Weiterbildungszielen der Ärztinnen und Ärzte soll diese medizinische Fachrichtung gestärkt werden. Zudem ist künftig ein grösserer Kreis von Gesundheitsfachpersonen dem MedBG unterstellt. Eine Bewilligung brauchen alle Personen, die eine selbstständige fachliche Verantwortung übernehmen, unabhängig davon, ob sie angestellt sind oder nicht.¹⁵

Ende September 2012 stellte sich der Ständerat gegen das **Nationale Präventionsgesetz**, welches dem Bund ermöglicht hätte, Massnahmen zur Krankheitsvorsorge besser zu steuern und zu koordinieren. In Appenzell Ausserrhoden ist der Kanton gemäss Verfassung und Gesundheitsgesetz verpflichtet, für Gesundheitsförderung und Prävention zu sorgen.

Mit Inkrafttreten des neuen **Kindes- und Erwachsenenschutzrechts KESR** per 1. Januar 2013 haben die Kantone Wohn- und Pflegeeinrichtungen, in denen urteilsunfähige Per-

¹⁴ Medienmitteilung Eidgenössisches Departement des Inneren vom 23.5.2014: Bund und Kantone wollen die koordinierte Versorgung stärken, <https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=53102>, abgerufen am 12.8.2014.

¹⁵ Bundesblatt Nr. 30 vom 7.8. 2013 (BBl 2013 6205): Botschaft zur Änderung des Medizinalberufegesetzes (MedBG) vom 3.7.2013.

sonen betreut werden, einer Aufsicht zu unterstellen, soweit nicht durch bundesrechtliche Vorschriften bereits eine Aufsicht gewährleistet ist. Diese Vorschrift ist in Appenzell Ausserrhoden bereits erfüllt, da eine Bewilligungspflicht für Wohn- und Pflegeeinrichtungen im kantonalen Gesundheitsgesetz festgeschrieben ist.¹⁶

Am 1. April 2013 ist das **Bundesgesetz über die Psychologieberufe PsyG** in Kraft getreten. Es zielt darauf ab, den Schutz der psychischen Gesundheit zu verbessern und Menschen, die persönliche psychologische Dienstleistungen in Anspruch nehmen, vor Täuschung zu schützen.¹⁷

Die Kantone haben sich der Strategie eHealth Schweiz angeschlossen. In der Nationalen Strategie Gesundheit 2020 hat der Bundesrat deren Ziele festgeschrieben. Der Bund beteiligt sich aktiv an der Umsetzung der Strategie, vor allem mit der Erarbeitung des **Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier EPDG**,¹⁸ welches dem Parlament Ende Mai 2013 überwiesen wurde. Appenzell Ausserrhoden beobachtet die parlamentarischen Beratungen.

Mit der erneuten Einführung des **Zulassungsstopps im KVG** können die Kantone seit Mitte 2013 wieder auf eine allfällige Überversorgung durch Ärztinnen und Ärzte auf ihrem Gebiet reagieren. Mit Beschluss vom 2. Juli 2013, RRB 2013/361, hat der Regierungsrat von Appenzell Ausserrhoden entschieden, auf die Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung von Ärztinnen und Ärzten zu verzichten, nicht zuletzt auch, um zusätzlichen administrativen Aufwand im kantonalen Gesundheitswesen zu vermeiden.¹⁹ Am 20. Juni 2014 hat der Bundesrat den Entwurf für eine Teilrevision des KVG in die Vernehmlassung gegeben. Die gesundheitspolitische Steuerung im ambulanten Bereich soll verbessert werden durch die Schaffung neuer Steuerungsmöglichkeiten, mit denen die Kantone auf eine Über- oder Unterversorgung reagieren können.²⁰ Die Kantone sollen die Möglichkeit erhalten, das ambulante Angebot nach Region und Fachgebiet zu regeln. Der Bund soll nur aktiv werden können, wenn die finanzielle Tragbarkeit des Systems gefährdet ist. Steigen die Kosten im ambulanten Bereich in einem Kanton überdurchschnittlich stark, und trifft der Kanton keine Massnahmen, um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, kann der Bundesrat im Kanton bei den Tarifen im ambulanten Bereich Anpassungen vornehmen.²¹

In der Schweiz zeichnet sich ein Mangel an Gesundheitsfachpersonal ab. Zugleich nimmt die Zahl alter und chronisch kranker Menschen stetig zu. Eine gesundheitspolitische Priorität des Bundesrates ist es, sicherzustellen, dass in Zukunft genügend Gesundheitsfachpersonen mit den richtigen Ausbildungen zur Verfügung stehen. Zurzeit profitiert die Schweiz davon, dass rund ein Drittel der Gesundheitsfachpersonen im Ausland ausgebildet worden ist. Wenn sich die Arbeitsbedingungen in den Herkunftsländern verändern, könnte es in der Schweiz rasch an qualifizierten Fachpersonen fehlen.²² Der Bundesrat hat deshalb in der Strategie Gesundheit 2020 das Ziel gesetzt, mehr und gut qualifizierte Gesundheitsfachpersonen auszubilden. Mit dem neuen **Gesundheitsberufegesetz GesBG** wird die Voraussetzung dazu geschaffen. Es legt einheitliche Anforderungen an die Ausbildungen an den Fach-

16 Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden (2014): S. 4.

17 Website Bundesamt für Gesundheit BAG: Psychologieberufegesetz:

<http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/00994/14189/index.html?lang=de>, abgerufen am 9.8.2014.

18 Website Bundesamt für Gesundheit BAG: Entwurf des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier, <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10357/10360/index.html?lang=de>, abgerufen am 24.7.2014.

19 Medienmitteilung Regierungsrat Appenzell Ausserrhoden vom 5.7.2013: Appenzell Ausserrhoden verzichtet auf Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte, [http://www.ar.ch/aktuell/news-aus-den-departementen/detail/article/appenzell-ausserrhoden-verzichtet-auf-zulassungsstopp-fuer-aerztinnen-und-aerzte/?no_cache=1&tx_ttnews\[backPid\]=9496&cHash=1b4cfd4c7bde3e22dad127ca2eeff72d](http://www.ar.ch/aktuell/news-aus-den-departementen/detail/article/appenzell-ausserrhoden-verzichtet-auf-zulassungsstopp-fuer-aerztinnen-und-aerzte/?no_cache=1&tx_ttnews[backPid]=9496&cHash=1b4cfd4c7bde3e22dad127ca2eeff72d), abgerufen am 12.8.2014.

20 Bundesrat (2014): S. 3.

21 Medienmitteilung Bundesrat vom 20. Juni 2014: Massnahmen zur Verhinderung von Über- und Unterversorgung, <http://www.edi.admin.ch/dokumentation/05464/05748/index.html?lang=de>, abgerufen am 12.8.2014.

22 Bundesrat (2013): S. 5.

hochschulen fest und regelt die selbstständige Berufsausübung. Die Vernehmlassung des Vorentwurfs wurde im April 2014 abgeschlossen.²³

Der Kanton Appenzell Ausserrhoden hat als einer der wenigen Kantone zusätzlich zur interkantonalen beziehungsweise eidgenössischen Zulassung für Arzneimittel eine kantonale Zulassungspraxis für nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel etabliert. Mit der Einführung des eidgenössischen Heilmittelgesetzes im Jahr 2002 wurden kantonale Neuzulassungen nicht mehr gestattet, wobei eine Übergangsfrist beschlossen und mehrmals, zuletzt bis Ende 2017, verlängert wurde.²⁴ Im Rahmen der laufenden Revision des **Heilmittelgesetzes HMG** hat der Nationalrat Anfang Mai 2014 beschlossen, dass verschiedene Arzneimittel von Swissmedic in einem vereinfachten Zulassungsverfahren bewilligt werden sollen. Neben pflanzlichen Heilmitteln sind dies unter anderem Heilmittel, die sich im EU- und EFTA-Raum bewährt haben, traditionell eingesetzte Heilmittel sowie Arzneimittel, die seit mehr als 15 Jahren in einem Kanton zugelassen sind. Diese Kategorie umfasst auch Naturheilmittel aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden.²⁵

1.3.3 Tarifsystem

Der Ärztetarif **TARMED** ist seit rund zehn Jahren in Kraft. Der medizinische und technische Fortschritt hat seither zu Verschiebungen in der Tarifstruktur geführt. Diese ist insgesamt nicht mehr sachgerecht und muss angepasst werden. Da sich die Tarifpartner - Versicherer und Leistungserbringer - nicht einigen konnten, passt der Bundesrat die Tarifstruktur erstmals im Rahmen seiner subsidiären Kompetenz an. Seit 1. Oktober 2014 sinkt die Entschädigung für gewisse technische Leistungen; die Grundversorger, namentlich die Hausärztinnen/Hausärzte und Kinderärztinnen/Kinderärzte, erhalten gleichzeitig einen Zuschlag pro Konsultation in der Arztpraxis. Damit wird eine Massnahme des Masterplans medizinische Grundversorgung und Hausarztmedizin umgesetzt.²⁶

Am 1. Januar 2013 ist die Version 2.0 der **Tarifstruktur SwissDRG** in Kraft getreten. Der Wechsel von Tagespauschalen zur Vergütung von Leistungen der Spitäler im stationären Bereich über leistungsbezogene Pauschalen hat schweizweit erhebliche Verschiebungen in der Finanzierung der stationären Gesundheitsversorgung mit sich gebracht, so auch in Appenzell Ausserrhoden. Für eine verlässliche Zwischenbilanz ist es noch zu früh. Der Basisfallpreis wird zwischen den Tarifpartnern vereinbart. Sofern keine Einigung in der Verhandlung möglich ist, muss der Kanton einen Tarif festsetzen, ansonsten genehmigt der Regierungsrat das Verhandlungsergebnis.

Stationäre psychiatrische Behandlungen werden heute noch mit Tagespauschalen abgerechnet, d.h. dass ein längerer Aufenthalt in einer Klinik höhere Kosten zur Folge hat. Die Tagespauschalen sind je nach Kanton und Vertragspartner unterschiedlich ausgestaltet. Ein nationales Tarifsystem wird zurzeit im Projekt **TARPSY** erarbeitet.²⁷ Ziel ist es, künftig auch psychiatrische Behandlungen mit Fallpauschalen abzurechnen. Die schweizweite Einführung des Tarifsystems (Version 1.0) ist per 2018 geplant.

23 Website Bundesamt für Gesundheit BAG: Vorentwurf zu einem Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe: neue rechtliche Grundlage im Interesse der öffentlichen Gesundheit, <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/14208/14209/index.html?lang=de>, abgerufen am 24.7.2014.

24 Website Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden Fachstelle Gesundheitsfachpersonen und Heilmittelkontrolle: <http://www.ar.ch/departemente/departement-gesundheit/amt-fuer-gesundheit/gesundheitsfachpersonen-und-heilmittelkontrolle/heilmittelkontrolle/>, abgerufen am 24.7.2014.

25 NZZ 7. Mai 2014: <http://www.nzz.ch/meinung/kommentare/sinnvolle-kompromisse-1.18298072>, abgerufen am 6.8.2014.

26 Bundesrat Medienmitteilung vom 20.6.2014: <https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msgid=53404>, abgerufen am 6.8.2014.

27 Website H+ TARPSY: http://www.hplus.ch/de/dienstleistungen/andere_tarife/andere_stationaere_tarife/tarpsy/, abgerufen am 24.7.2014.

1.3.4 Nationale Volksabstimmungen

Mit grosser Mehrheit lehnten die Stimmberechtigten am 17. Juni 2012 die **Managed-Care-Vorlage** ab. Die Vorlage wollte die integrierte Versorgung im Gesetz verankern und sah einen zusätzlich verfeinerten Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen vor. Effizienz und Qualität im Gesundheitswesen sollten verbessert werden, insbesondere durch eine bessere Zusammenarbeit und Koordination zwischen allen Leistungserbringern. Infolge der Ablehnung der Vorlage können sich Versicherte nach wie vor für Versicherungsformen entscheiden, welche die Wahlfreiheit bezüglich der Leistungserbringer einschränken. Zu solchen Versicherungsformen zählen auch die integrierten Versorgungsnetze.²⁸

Am 22. September 2013 haben die Stimmberechtigten dem revidierten **Epidemiengesetz EpG** zugestimmt. Die Totalrevision soll eine zeitgemässe Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten gewährleisten sowie zu einer verbesserten Bewältigung von Krankheitsausbrüchen mit grossem Gefährdungspotenzial für die öffentliche Gesundheit beitragen. Im Weiteren bestehen nun die Voraussetzungen, um schweizweit einheitliche, effiziente Massnahmen zur Prävention, Überwachung und Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen sowie Infektionen in Spitälern und Pflegeeinrichtungen zu ergreifen. Beim Impfen sehen Gesetz und Verordnungen keinen Zwang vor. Das Gesetz tritt voraussichtlich am 1. Januar 2016 in Kraft.²⁹ Die Gesetzesrevision hat kaum Auswirkungen auf das Tagesgeschäft der Kantone. Erst in ausserordentlichen Lagen (z.B. Pandemie) kommen die zusätzlichen Kompetenzen des Bundes zum Tragen.

Das **Ja zur Masseneinwanderungsinitiative** in der Abstimmung vom 9. Februar 2014 gefährdet die Gesundheitsversorgung in der Schweiz in ihrer ganzen Breite, denn der Bedarf an Gesundheitsfachpersonen nimmt stark zu. Der Mehrbedarf kann mit den vorhandenen Ausbildungsplätzen nicht gedeckt werden. Ob die Gesundheitsversorgung künftig gewährleistet ist, hängt ab von der Arbeitsmigration, den verfügbaren Studienplätzen und der Attraktivität der Gesundheitsberufe. Neben der Erhöhung der Anzahl Gesundheitsfachpersonen gilt es, die Verweildauer im Beruf zu verlängern. Dazu sind für die Berufspersonen Anreize zu schaffen, länger und mit einem höheren Arbeitspensum im erlernten Gesundheitsberuf zu bleiben, in den erlernten Beruf wiedereinzusteigen oder aber auch noch in höherem Alter einen Gesundheitsberuf zu erlernen.³⁰

Mit dem **Ja zum Bundesbeschluss über die medizinische Grundversorgung** vom 18. Mai 2014 wurden Bund und Kantone verpflichtet, gemeinsam die medizinische Grundversorgung zu stärken und die Hausarztmedizin zu fördern. Noch sind es vor allem Hausärztinnen und Hausärzte in Einzelpraxen, die bei Krankheiten und Notfällen gängige Behandlungen und unkomplizierte Eingriffe vornehmen. Dieses bewährte System ist mittelfristig gefährdet, weil viele Hausärzte ins Pensionsalter kommen und keine Nachfolge für ihre Praxen finden. Zudem droht ein Mangel an qualifizierten Gesundheitsfachpersonen. Der neue Verfassungsartikel verschafft Bund und Kantonen die rechtliche Grundlage, um die medizinische Grundversorgung neu auszurichten und die Hausarztmedizin gezielt zu fördern. Der Bund kann die Aus- und Weiterbildung im medizinischen Bereich auf eine verstärkte Zusammenarbeit der Gesundheitsfachpersonen ausrichten. Der Bund soll zudem dafür sorgen, dass die Leistungen der Hausärztinnen und Hausärzte angemessen abgegolten werden. Der Bundesrat ist daran, im Rahmen seines Masterplans «Hausarztmedizin und medizinische Grundversor-

28 Website Bundesamt für Gesundheit BAG: Abstimmung über die integrierte Versorgung vom 17. Juni 2012, <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/06506/06664/index.html>, abgerufen am 6.8.2014.

29 Website Bundesamt für Gesundheit BAG Revision Epidemiengesetz EpG: <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/03030/03209/03210/index.html?lang=de>, abgerufen am 24.7.2014 und Medienmitteilung Eidgenössisches Departement des Inneren EDI vom 7.7.2014, abgerufen am 6.8.2014.

30 Medienmitteilung Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) vom 8.4.2014: Schmerzhaft wird es, wenn ausländische Gesundheitsfachleute ausbleiben, <http://www.gesundheit.zhaw.ch/de/gesundheitsueberuns/medien-news/detail/news/schmerzhaft-wird-es-wenn-auslaendische-gesundheitsfachleute-ausbleiben.html>, abgerufen am 12.8.2014 und vgl. Rüesch, Peter et al. (2014).

gung» die Hausarztmedizin aufzuwerten und eine finanzielle Besserstellung umzusetzen. Die Zuständigkeiten von Bund und Kantonen bleiben unverändert. Es ist weiterhin Aufgabe der Kantone, die medizinische Versorgung sicherzustellen. Durch die Ausrichtung auf eine enge Vernetzung und Zusammenarbeit der Gesundheitsfachleute soll sichergestellt werden, dass die Behandlung in hoher Qualität erfolgt. So können Komplikationen und teure Nachbehandlungen verhindert werden, was sich positiv auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen auswirkt.³¹ Die Bevölkerung von Appenzell Ausserrhoden hat sich in der Abstimmung vom 18. Mai 2014 mit 17 284 Ja und 3760 Nein mit grosser Deutlichkeit für die Hausarztmedizin ausgesprochen.

Am 28. September 2014 haben die Stimmberechtigten Schweizerinnen und Schweizer über die **Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse»**³² abgestimmt. Die Initiative forderte, dass der Bund eine öffentlich-rechtliche Einrichtung für die ganze Schweiz schafft. Diese sollte die Vielzahl von rund 60 Krankenkassen ablösen. Rund 38 % der Stimmberechtigten haben sich dafür ausgesprochen und 62 % dagegen. Mit der deutlichen Ablehnung der Initiative gibt es im Schweizer Gesundheitssystem keinen Systemwechsel. Um die bestehenden Schwächen zu beheben, haben Bundesrat und Parlament bereits Massnahmen ergriffen und Reformen eingeleitet. So soll die unerwünschte Risikoselektion - also der Anreiz für Krankenkassen, vor allem Gesunde mit geringem Krankheitsrisiko zu versichern - mit einem verfeinerten Risikoausgleich weiter eingeschränkt werden. Noch in der parlamentarischen Diskussion sind eine stärkere Aufsicht über die Krankenversicherer sowie die klarere Trennung der obligatorischen Grundversicherung von der Zusatzversicherung, damit sensible Daten über die Versicherten nicht weitergegeben werden können.³³

1.4 Demografische Entwicklung

Die Bevölkerung von Appenzell Ausserrhoden ist nur leicht und im gesamtschweizerischen Vergleich (2010–2012: CH 2.1%) unterdurchschnittlich gewachsen (2010–2012: AR 0.8%). Der Anteil der über 64-jährigen Bevölkerung ist grösser als im schweizerischen Durchschnitt (2012: AR 18.1%, alle Kantone 17.4%).³⁴ Die Szenarien des Bundesamtes für Statistik BFS zur Bevölkerungsentwicklung in den Kantonen prognostizieren für Appenzell Ausserrhoden einen weit **überdurchschnittlichen Anteil an Personen über 64 Jahren**. Im Jahr 2030 wird der Kanton Genf mit 20.3% den kleinsten Anteil an Personen im Rentenalter aufweisen, während in Appenzell Ausserrhoden mit 29.1% der höchste Wert erreicht wird. In Appenzell Ausserrhoden kommen im Jahr 2030 auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter 55 Personen im Rentenalter.³⁵ Die Bevölkerungszusammensetzung hat sich erwartungsgemäss entwickelt. In weniger als 20 Jahren wird die grösste Zahl von Personen das Rentenalter erreichen. Die durchschnittliche Lebenserwartung beträgt in der Schweiz 2012 für Männer 80.5 Jahre und für Frauen 84.7 Jahre.

Es ist mit einer steigenden Zahl von hilfe-, pflege- und betreuungsbedürftigen Personen zu rechnen, selbst wenn sich gleichzeitig die Gesundheit im Alter positiv entwickelt. Dabei ist die Zunahme der Hilfebedürftigkeit mit dem Alter markanter als jene der Pflegebedürftigkeit. Insbesondere bei zu Hause lebenden alten Menschen ist eine **Unterscheidung zwi-**

31 Medienmitteilung Bundesamt für Gesundheit BAG vom 24.2.2014. Abstimmung vom 18.5.2014: Ja zum Bundesbeschluss über die medizinische Grundversorgung, <http://www.edi.admin.ch/dokumentation/05464/05688/index.html?lang=de>, abgerufen am 12.8.2014.

32 Website Bundesamt für Gesundheit BAG: Initiative «Für eine öffentliche Krankenkasse»: <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/13677/index.html?lang=de>, abgerufen am 24.7.2014.

33 Medienmitteilung Bundesrat vom 16.6.2014: Abstimmung vom 28.9.2014. Nein zur Initiative Für eine öffentliche Krankenkasse, <https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=53359>, abgerufen am 12.8.2014.

34 Website Bundesamt für Statistik BFS Kennzahlen Schweiz und Appenzell Ausserrhoden: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/regionen/kantone/ar/key.html>, abgerufen am 24.7.2014.

35 Bundesamt für Statistik BFS (2007): S. 3, 12, 13.

schon Pflegebedarf und Hilfebedarf zentral. Die Hilfebedürftigkeit im Alter betrifft Aktivitäten in der eigenen Wohnung und ausser Haus beispielsweise im Bereich Mobilität. Bei den über 65-Jährigen zu Hause lebenden Menschen kann gut ein Fünftel mindestens eine Aktivität des Alltagslebens³⁶ nicht mehr selbstständig erledigen, bei den über 85-Jährigen ist es mehr als die Hälfte. Obwohl im Alter primär Pflegebedürftigkeit zu einem Wechsel in eine Alters- oder Pflegeeinrichtung beiträgt, können auch soziale, psychische und wirtschaftliche Probleme zu einem Übertritt führen. Gesamtschweizerisch ist fast ein Viertel der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner nicht oder höchstens leicht pflegebedürftig.³⁷ Im Kanton Appenzell Ausserrhoden leben vergleichsweise viele Personen in Alters- oder Pflegeheimen, die keinen oder nur einen geringen Pflegebedarf aufweisen (2008: 38 %).³⁸

Appenzell Ausserrhoden weist einerseits bei den Pflegeeinrichtungen die höchste Betendichte aller Kantone der Schweiz bei gleichzeitig hoher interkantonalen Klienten-Wanderung auf. Bei den verfügbaren Plätzen auf 1000 Einwohnerinnen und Einwohner über 65 Jahre verzeichnet Appenzell Ausserrhoden den höchsten kantonalen Wert in der Schweiz (2012 AR: 120.3 Plätze; CH: 65.6 Plätze).³⁹ Andererseits liegt die **Versorgungsdichte** im Bereich Spitex unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt. Aufgrund aktualisierter Szenarien der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit ist für Appenzell Ausserrhoden innerhalb der nächsten zwei Jahrzehnte mit einer Erhöhung der Zahl älterer pflegebedürftiger Menschen um 40 bis 50 % zu rechnen.⁴⁰ Die Situation ist in der Pflegeheimplanung zu beleuchten.

Die steigende Zahl von pflegebedürftigen Menschen im Kanton erfordert nicht zwangsläufig einen entsprechenden Ausbau der stationären Versorgung. Dem **zunehmenden Pflegebedarf** kann auch durch einen Ausbau der ambulanten Pflege und Betreuung begegnet werden. Eine gewisse Verlagerung von stationärer zu ambulanter Pflege ist möglich, aber schwere Pflegebedürftigkeit ist nicht ohne weiteres ambulant zu behandeln. Viele Personen, die in Alters- und Pflegeeinrichtungen leben, leiden neben funktionalen Einschränkungen an Demenzerkrankungen (40%) oder depressiven Störungen (26%). Gerade für diese Menschen können stationäre Pflegeeinrichtungen von hoher Bedeutung sein.

Mit der Umsetzung der Strategischen Positionen 7, 9 und 10 begegnet der Kanton Appenzell Ausserrhoden den demografischen und gesundheitspolitischen Herausforderungen.

36 Aktivitäten des Alltagslebens sind z.B. Einkaufen, Hausarbeit erledigen, Essen zubereiten, administrative Aufgaben erledigen, vgl. Höpflinger et al. (2011): S. 8.

37 Höpflinger et al. (2011): S. 7, 8, 9.

38 Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden (2013b): S. 9.

39 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 6.

40 Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden (2013b): S. 8.



Gesundheitszustand

2 Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden 2007 - 2012

Im Jahr 2012 führte das Bundesamt für Statistik schweizweit eine Gesundheitsbefragung durch. Der Kanton Appenzell Ausserrhoden hat wie schon bei der Befragung von 2007 die Stichprobengrösse erhöht, damit die Daten auch kantonsspezifisch ausgewertet werden können. Neu verzichtet der Kanton im Sinne einer koordinierten Gesundheitsberichterstattung auf die Publikation eines eigenen Berichts zum Gesundheitszustand. In diesem Kapitel werden wesentliche Veränderungen seit 2007⁴¹ sowie die wichtigsten Ergebnisse zum Gesundheitszustand der Ausserrhoder Bevölkerung im gesamtschweizerischen Vergleich dargestellt.

Wo der Gesundheitszustand der Ausserrhoder Bevölkerung eine gesundheitspolitische Herausforderung darstellt und zur Umsetzung von Massnahmen und Projekten führt, werden die Ergebnisse im Kapitel IV, Gesundheitsförderung und Prävention, noch einmal aufgegriffen.

→ Das Referenzkapitel zum Vergleich mit den Ergebnissen der Gesundheitsbefragung von 2007 sowie weitergehende Informationen finden sich im Bericht *Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden 2010* auf den Seiten 18-78⁴²

2.1 Körperliche Gesundheit

Bei den Personen, die in der Befragung angegeben haben, sich bei **guter bis sehr guter Gesundheit** zu fühlen, verlaufen die Veränderungen gegenläufig. Während in Appenzell Ausserrhoden dieser Anteil bei den Frauen von 86.5% im Jahr 2007 auf 88.6% im Jahr 2012 gestiegen ist, hat er bei den Schweizerinnen von 85.4% im Jahr 2007 auf 81.3% im Jahr 2012 abgenommen.

Anders als bei den Frauen hat bei den Männern der Anteil der Personen mit (sehr) guter selbst wahrgenommener Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden zwischen 2007 und 2012 parallel zur gesamtschweizerischen Entwicklung, aber weniger deutlich abgenommen (AR: minus 2.7%, CH: minus 3.9%). Beim Total der Personen mit (sehr) guter selbst wahrgenommener Gesundheit ist in Appenzell Ausserrhoden ein stabil hoher Anteil zu verzeichnen (AR 2012: 88.7%; 2007: 88.8%). Er liegt 2012 deutlich höher als jener der Gesamtschweiz 2012: 82.8%), wo dieser Anteil stark gesunken ist (CH 2007: 86.7%).⁴³

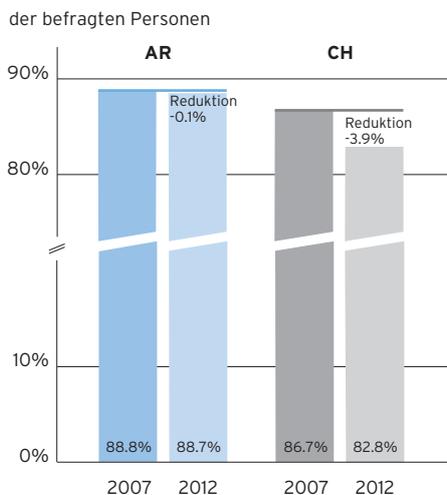
→ vgl. Bericht *Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden 2010*, S. 18-35

41 Weil der Kanton Appenzell Ausserrhoden seine Stichprobe lediglich für die Jahre 2007 und 2012 erweitert hat, sind die Daten aus den früheren Jahren mit Vorsicht zu interpretieren. Auf einen Vergleich mit Jahren vor 2007 wird deshalb verzichtet. vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 6.

42 vgl. Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden (2010), im Folgenden: Bericht *Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden 2010*.

43 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 17.

Abb. 1: Entwicklung Anteil Personen mit (sehr) guter selbst wahrgenommener Gesundheit 2007-2012



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung, 2012, Tab. 2.2; eigene Darstellung, 2014

Auch der Anteil der Personen mit lang andauerndem Gesundheitsproblem⁴⁴ ist in Appenzel Ausserrhoden im Total zwischen 2007 (AR: 27.1%) und 2012 (AR: 27.4%) stabil geblieben. Anders in der Gesamtschweiz, wo sich der Anteil von 2007 (CH: 27.3%) bis 2012 (CH: 31.9%) erhöht hat. Am deutlichsten zeigt sich der Unterschied zwischen Appenzel Ausserrhoden und der Gesamtschweiz mit Blick auf das Alter (50- bis 64-Jährige), den Bildungsabschluss (Tertiärstufe) und das Einkommen (Haushaltsäquivalenzeinkommen⁴⁵ von 60 000 CHF und mehr): In diesen Dimensionen haben in Appenzel Ausserrhoden gegenüber der Gesamtschweiz weit unterdurchschnittlich viele Personen ein **lang andauerndes Gesundheitsproblem**. Bezogen auf die Männer folgt die Entwicklung im Kanton jener der Gesamtschweiz: Der Anteil Männer mit lang andauerndem Gesundheitsproblem hat sich sowohl in Appenzel Ausserrhoden wie in der Gesamtschweiz erhöht (AR 2007: 22.4 %, 2012: 27.0 %). Bei den Frauen zeigt sich die umgekehrte Entwicklung, die gegenläufig zu jener in der Gesamtschweiz verläuft: Gesamtschweizerisch betrachtet, steigt auch bei den Frauen dieser Anteil (CH 2007: 28.2 %; 2012: 33.8 %), während er in Appenzel Ausserrhoden deutlich sinkt (AR 2007: 31.3 %; 2012: 27.9 %) und so das Niveau des Anteils Männer mit lang andauerndem Gesundheitsproblem erreicht.⁴⁶

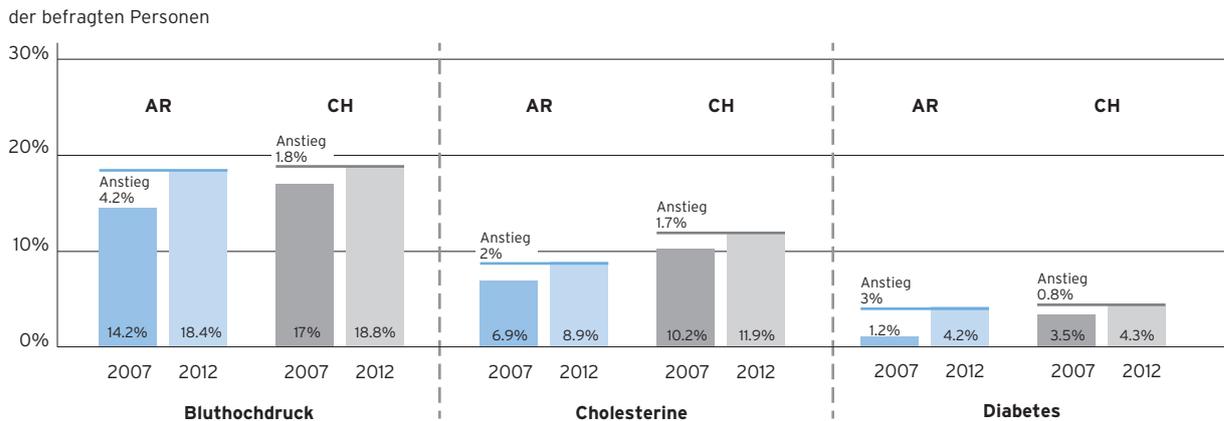
Herz-Kreislauferkrankungen haben einen hohen Anteil an den chronischen Krankheiten. Die Risikofaktoren Bluthochdruck, Cholesterinspiegel und Diabetes sind dabei ausschlaggebend. In Appenzel Ausserrhoden ist für alle drei Risikofaktoren ein im Vergleich mit der Gesamtschweiz überdurchschnittlicher Anstieg zu verzeichnen.

44 Lang andauerndes Gesundheitsproblem: ein gesundheitliches Problem chronischer Natur, welches mindestens seit sechs Monaten andauert oder voraussichtlich noch sechs Monate andauern wird. Die Ergebnisse weisen den Anteil der Personen in der Bevölkerung aus, welche die Frage nach einem lang andauernden Gesundheitsproblem mit «Ja» beantwortet haben, vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 19.

45 Die Gesundheitsbefragung unterscheidet folgende Haushaltsäquivalenzeinkommen: monatliches Nettoeinkommen unter 3000 CHF / zwischen 3000 und 4500 CHF / zwischen 4500 und 6000 CHF / über 6000 CHF. Das Haushaltsäquivalenzeinkommen bezeichnet das Einkommen eines jeden Haushaltsmitgliedes unter Berücksichtigung des Gesamteinkommens des Haushaltes, der Haushaltsgrösse und des Alters der Haushaltsmitglieder, vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 117.

46 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 19.

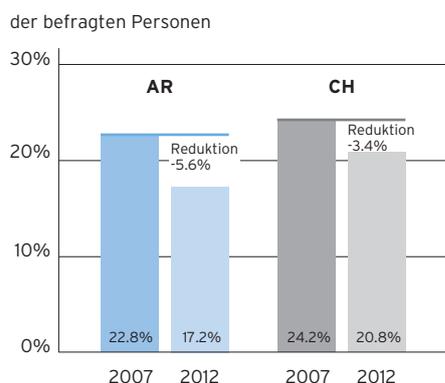
Abb. 2: Entwicklung Risikofaktoren Herz-Kreislaufkrankheiten 2007-2012



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung, 2012, Tab. 2.10, Tab. 2.12, Tab. 2.14; eigene Darstellung, 2014

Beim Risikofaktor Bluthochdruck ist seit der letzten Gesundheitsbefragung eine Zunahme zu verzeichnen (AR 2007: 14.2%; 2012: 18.4%). Damit wird 2012 fast der nationale Durchschnittswert erreicht, wobei der Anstieg in Appenzell Ausserrhoden deutlicher ausfällt als in der Gesamtschweiz (CH 2007: 17.0%; 2012: 18.8%).⁴⁷ Beim Risikofaktor hoher Cholesterinspiegel zeigt sich eine ähnliche Entwicklung. Auch hier verläuft der Anstieg in Appenzell Ausserrhoden deutlicher als in der Schweiz und ist auf einen im Vergleich überdurchschnittlichen Anstieg des Risikos bei den Männern zurückzuführen (Männer 2007 AR: 9.7%, CH: 12.2%; 2012 AR: 12.6%, CH: 13.5%). Bei den Frauen hat der Wert kaum zugenommen und liegt weit unter dem gesamtschweizerischen Wert (Frauen 2007 AR: 4.4%, CH: 8.5%; 2012 AR: 4.9%, CH: 10.5%). Der kantonale Totalwert für den Risikofaktor hoher Cholesterinspiegel liegt indessen weiterhin unter dem gesamtschweizerischen Wert (AR 2007: 6.9%, 2012: 8.9%; CH 2007: 10.2%, 2012: 11.9%).⁴⁸ Eine ähnliche Entwicklung ist beim Risikofaktor Diabetes feststellbar. Auch hier hat der überproportionale Anstieg des Risikofaktors bei den Männern von 1.4% im Jahr 2007 (CH: 4.1%) auf 5.9% im Jahr 2012 (CH: 5.6%) dazu geführt, dass der Ausserrhoder Totalwert für den Risikofaktor Diabetes das nationale Niveau erreicht (2007 AR: 1.2%, CH: 3.5%; 2012 AR: 4.2%, CH: 4.3%).

Abb. 3: Entwicklung Anteil Personen mit starken körperlichen Beschwerden 2007-2012



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung, 2012, Tab. 2.6; eigene Darstellung, 2014

47 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 26.

48 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 28.

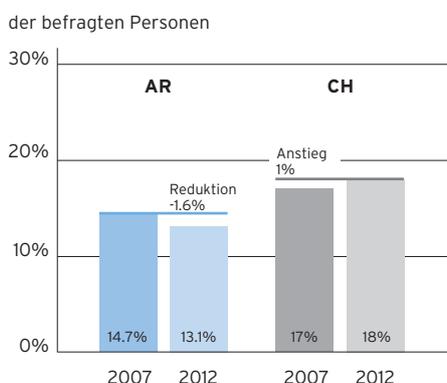
Der Anteil Personen mit **starken körperlichen Beschwerden**⁴⁹ ist bei den Männern und Frauen in Appenzell Ausserrhoden seit der letzten Gesundheitsbefragung gesunken (AR 2007: 22.8 %; 2012: 17.2 %)⁵⁰ und liegt weiterhin unter dem Wert der Gesamtschweiz (CH 2007: 24.2 %; 2012: 20.8 %).⁵¹ Dies spricht für eine Verbesserung des Gesundheitszustands in Appenzell Ausserrhoden.

2.2 Psychische Gesundheit

→ vgl. Bericht Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden 2010, S. 35-44.

Die psychische Gesundheit der Bevölkerung wird anhand der Merkmale «mittlere bis starke psychische Belastung»,⁵² «Kontrollüberzeugung»⁵³ und «depressive Symptomatik»⁵⁴ beschrieben. Der Anteil Personen mit **mittlerer bis starker psychischer Belastung** ist in Appenzell Ausserrhoden deutlich tiefer als in der Gesamtschweiz und hat - gegenläufig zur Gesamtschweiz - bei den Ausserrhoderinnen und Ausserrhodern leicht abgenommen (2007 AR: 14.7 %, CH: 17.0 %; 2012 AR: 13.1 %, CH: 18.0 %).

Abb. 4: Entwicklung Anteil Personen mit mittlerer bis starker psychischer Belastung 2007-2012



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung, 2012, Tab. 2.16; eigene Darstellung, 2014

Die psychische Belastung ist bei Personen zwischen 15 und 34 Jahren in Appenzell Ausserrhoden am grössten und beträgt 2012 16.0 % (CH: 18.0 %). Werden die Altersgruppen gesamtschweizerisch betrachtet, liegt der Wert 2012 bei den 50- bis 64-Jährigen mit 19.1% (AR: 13.0 %) an der Spitze. Am wenigsten psychisch belastet sind 2012 in Appenzell Ausserrhoden

49 In der Gesundheitsbefragung ist der Anteil der Bevölkerung dargestellt, der angibt, in folgenden Dimensionen unter starken körperlichen Beschwerden zu leiden: Rücken-/Kreuzschmerzen, Schulter-/Nackenschmerzen, Ein-/Durchschlafstörungen, allgemeine Schwäche/Müdigkeit, Kopf-/Gesichtsschmerzen, Durchfall/Verstopfung, Schmerzen/Druck im Bauch, Herzklopfen/-jagen, Brustschmerzen. Vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 22.

50 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 21.

51 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 21.

52 Die psychische Belastung wird erfasst mit der Häufigkeit von fünf Zuständen, die in den letzten vier Wochen vor der Befragung aufgetreten sind: Nervosität; Niedergeschlagenheit oder Verstimmung; Entmutigung oder Deprimiertheit; Ruhe, Ausgeglichenheit oder Gelassenheit; Glücksgefühl. vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 36.

53 Die Kontrollüberzeugung leitet sich ab aus dem Grad der Zustimmung zu vier Einschätzungen über die Kontrolle des eigenen Lebens: Mit Problemen nicht fertig werden; sich im Leben hin und her geworfen fühlen; wenig Kontrolle über die Dinge haben; sich den eigenen Problemen ausgeliefert fühlen. vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 39.

54 Depressive Symptome werden erfasst aus den Angaben zu neun Zuständen in den zwei Wochen vor der Befragung von «wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten» bis «Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten». vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 42.

die über 65-Jährigen mit einem Anteil von 9.6%. Dies stellt einen grossen Unterschied dar zum gesamtschweizerischen Ergebnis von 2012, wo 16.1% der Personen im Rentenalter angegeben haben, unter mittleren bis starken psychischen Belastungen zu leiden. Frauen geben insgesamt häufiger als Männer an, psychisch belastet zu sein (2007 Frauen AR: 17.6%, CH: 19.0%; Männer AR: 11.2%, CH: 14.9% / 2012 Frauen AR: 15.8%, CH: 20.8%; Männer AR: 10.6%, CH: 15.1%). Personen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe sind in Appenzell Ausserrhoden 2012 am wenigsten psychisch belastet (2012 AR: 8.5%, CH: 13.6%). Innerhalb der Einkommensklassen zeigt sich ein besonders grosser Unterschied zwischen der untersten Einkommensklasse⁵⁵ (2012 AR: 16.1%, CH: 21.5%) und der höchsten Einkommensklasse,⁵⁶ wo 2012 der Anteil der Personen mit mittlerer oder starker psychischer Belastung 6.9% (CH: 12.4%) beträgt.⁵⁷

Ausserrhoderinnen und Ausserrhoder haben zunehmend das Gefühl, ihr eigenes Leben kontrollieren zu können. Der Anteil Personen mit **geringer Kontrollüberzeugung** ist in Appenzell Ausserrhoden stark gesunken, während er gesamtschweizerisch auf deutlich höherem Niveau praktisch stabil blieb (2007 AR: 17.6%, CH: 20.4%; 2012 AR: 12.0%, CH: 20.6%). Dieser Wert ist 2012 bei den Ausserrhoder Frauen (12.2%) und Männern (11.7%) in etwa gleich.⁵⁸

Bei der Messung **depressiver Symptome** kann kein Vergleich mit den Ergebnissen von 2007 angestellt werden, da die Fragen zwischenzeitlich geändert wurden.⁵⁹ Total ist 2012 der Anteil von Personen mit depressiven Symptomen in Appenzell Ausserrhoden mit 2.4% deutlich tiefer als in der Gesamtschweiz (6.5%). In Übereinstimmung mit den Werten der psychischen Belastung ist der Anteil von Personen mit depressiven Symptomen bei Personen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe am geringsten (2012 AR: 0.9%, CH: 4.7%). Nicht übereinstimmend ist das Ergebnis mit Blick auf das Alter, wo die über 65-Jährigen die am stärksten von depressiven Symptomen betroffene Altersgruppe sind (2012 AR: 3.0%, CH: 2.8%) im Gegensatz zur psychischen Belastung, wo die über 65-Jährigen die am wenigsten betroffene Altersgruppe darstellen. Mit Blick auf die Einkommensklassen lässt sich feststellen, dass Personen aus der untersten Einkommensklasse (2012 AR: 1.9%) und Personen aus der obersten Einkommensklasse (2012 AR: 1.8%) im Kanton in etwa gleich stark von depressiven Symptomen betroffen sind. Dies im Gegensatz zur Gesamtschweiz, wo 2012 Personen der untersten Einkommensklasse mit 8.3% gesamtschweizerisch am häufigsten und im Vergleich mit Appenzell Ausserrhoden mehr als viermal und Personen der obersten Einkommensklasse mit 4.5% mehr als doppelt so oft depressive Symptome wie in Appenzell Ausserrhoden aufweisen.⁶⁰

Die Ergebnisse zur **psychischen Belastung am Arbeitsplatz**⁶¹ sind besonders interessant vor dem Hintergrund des OECD-Berichtes von Anfang 2014 zu psychischer Gesundheit und Beschäftigung und dem für die Schweiz ausgewiesenen Handlungsbedarf.⁶² Arbeitstempo und Arbeiten unter Termindruck sowie damit verbunden die psychische Belastung am Arbeitsplatz haben für die Ausserrhoderinnen und Ausserrhoder stark zugenommen: Gaben

55 Haushaltsäquivalenzeinkommen bis 3000 CHF.

56 Haushaltsäquivalenzeinkommen 6000 CHF und mehr.

57 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 34.

58 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 40.

59 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 42.

60 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 42.

61 Psychische Belastung am Arbeitsplatz: Ein hohes Arbeitstempo und Arbeiten unter Termindruck können - neben vielen weiteren Einflüssen - zu einer psychischen Belastung am Arbeitsplatz führen, die indessen nicht zwingend mit einer Schädigung der Gesundheit verbunden sein muss. Die Anteile beziehen sich auf die erwerbstätigen Personen in der Bevölkerung, die mindestens drei Viertel der Zeit unter Termindruck und hohem Tempo arbeiten. Vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 85.

62 Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (2014): S. 38 ff.

2007 noch 37.4 % (CH: 41.3 %)⁶³ der Erwerbstätigen eine hohe psychische Belastung am Arbeitsplatz an, waren es 2012 bereits 55.5 % (CH: 49.4 %).⁶⁴ Damit fiel die Zunahme psychischer Belastung am Arbeitsplatz in Appenzell Ausserrhoden deutlich stärker aus als im gesamtschweizerischen Durchschnitt. Mit Blick auf die Einkommen fällt der Spitzenwert in der zweituntersten Einkommensklasse⁶⁵ auf: Hier ist der Anteil von 39.9 % (2007 CH: 41.5 %)⁶⁶ auf 61.1 % (2012, CH: 49.5 %) gestiegen.⁶⁷ Trotz Zunahme von Termindruck und Tempo sind in Appenzell Ausserrhoden 90.8 % der Erwerbstätigen mit ihrer Arbeitssituation zufrieden (2012 CH: 88.3 %).⁶⁸ Die Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz ist konstant hoch geblieben (2007 AR: 90.1 %, CH: 87.3 %).

Neben Termindruck und Arbeitstempo kann die Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren und arbeitslos zu werden, eine psychische Belastung darstellen. Die **Zuversicht, nach einem Arbeitsplatzverlust eine gleichwertige Stelle zu finden**, spielt eine wichtige Rolle und trägt dazu bei, Ängste abzubauen. Diese Zuversicht hat zwischen 2007 und 2012 in Appenzell Ausserrhoden wie auch in der Gesamtschweiz zugenommen. 2007 befürchtete mit 53.2 % (CH: 60.0 %) noch mehr als die Hälfte der befragten Ausserrhoder Erwerbstätigen, bei einem Arbeitsplatzverlust nur schwer wieder eine Stelle zu finden. 2012 waren es in Ausserrhoden noch 47 %, in der Schweiz 52.5 %. Diese Entwicklung betrifft indessen lediglich die Frauen. Bei den Männern ist die Einschätzung, es sei schwer, nach einem Arbeitsplatzverlust eine gleichwertige Stelle zu finden, in Appenzell Ausserrhoden gleichbleibend hoch (2007: 48.5 %; 2012: 48.9 %), bei den Frauen hingegen ist die Arbeitsplatzzuversicht gestiegen (2007: 58.5 %; 2012: 44.0 %). Am meisten Befürchtungen, nach einem Stellenverlust nur schwer wieder einen Arbeitsplatz zu finden, haben die 50- bis 64-Jährigen (2012 AR und CH: 73.4 %).⁶⁹ Aber auch in dieser Altersgruppe ist die Arbeitsmarktzufversicht gestiegen, in Appenzell Ausserrhoden im Vergleich zur Gesamtschweiz allerdings weniger ausgeprägt (2007 AR: 76.8 %, CH: 81.5 %).⁷⁰

2.3 Gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen

Die Gesundheit kann durch **gesundheitsbewusste Einstellungen und Verhaltensweisen** beeinflusst werden. Die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung in Appenzell Ausserrhoden und in der Gesamtschweiz führt einen Lebensstil, bei dem Gesundsein einen wichtigen Stellenwert innehat. Im Total weichen die Werte kaum von jenen der Gesamtschweiz ab und zeigen sich recht stabil (2007 AR: 89.2 %, CH: 87.7 %; 2012 AR: 86.8 %, CH: 85.6 %).⁷¹ Grosse Unterschiede gibt es im Kanton mit Blick auf die Geschlechter. Bei den Ausserrhoder Frauen hat der Anteil mit einer beachtenden Gesundheitseinstellung im Gegensatz zu den Männern deutlich abgenommen. Während der Anteil der gesundheitsbewusst lebenden Ausserrhoder Männer von 79.8 % (2007 CH: 84.6 %) auf 87.4 % (2012 CH: 83.2 %) gestiegen ist, ist er bei den Ausserrhoder Frauen von 96.8 % (2007 CH: 90.7 %) auf 86.2 % (2012 CH: 87.9 %) gesunken.⁷²

→ vgl. Bericht **Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden 2010**, S. 53-77.

63 Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden (2010): S. 7, 85.

64 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 85.

65 Haushaltsäquivalenzeinkommen 3 000 bis 4 500 CHF.

66 Zahlen 2007: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden (2010): S. 85.

67 Der Anteil bezieht sich auf die erwerbstätigen Personen in der Bevölkerung, die mindestens drei Viertel der Zeit unter Termindruck und/oder hohem Tempo arbeiten. Es wird ausdrücklich erwähnt, dass damit nicht zwingend eine Schädigung der Gesundheit damit verbunden sei. Vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 85.

68 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 86.

69 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 88.

70 Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden (2010): S. 89.

71 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 56.

72 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 56.

Auch das **Körpergewicht**⁷³ übt einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit aus. Der Anteil an Personen mit *Übergewicht/Adipositas* ist weiter angestiegen, wobei Appenzell Ausserrhoden leicht unter dem schweizerischen Wert liegt (2007 AR: 36.8 %, CH: 38.9 %; 2012 AR: 41.5 %, CH: 42.2 %). Männer sind deutlich häufiger übergewichtig oder von Adipositas betroffen als Frauen (2012 Männer AR: 49.1 %, Männer CH: 51.9 %; 2012 Frauen AR: 32.8 %, Frauen CH: 32.9 %). Auch Personen mit *Untergewicht* können von Gewichts- und Gesundheitsproblemen betroffen sein. Während Männer mit 0.9 % in Appenzell Ausserrhoden kaum von Untergewicht betroffen sind, liegt der Anteil bei den Frauen mit 7.3 % deutlich und auch im Vergleich mit der Gesamtschweiz höher (2012 CH Frauen: 5.8 %, Männer: 0.8 %). Umgekehrt sind Ausserrhoder Männer mit 8.9 % (2012 CH: 11.6 %) stärker von Adipositas betroffen als Frauen (2012 AR: 5.9 %, CH: 9.6 %). Bei den Personen mit einem BMI von grösser 25 haben Männer weniger Probleme mit ihrem Körpergewicht als Frauen. Liegt der BMI über 25, sind 55 % der Frauen mit ihrem Körpergewicht unzufrieden. Bei den Männern sind nur 30 % unzufrieden. Bei den normalgewichtigen Personen sind 2012 in Appenzell Ausserrhoden Männer und Frauen zu einem fast gleich hohen Anteil von nahezu 95 % mit ihrem Gewicht zufrieden.⁷⁴

Im Vergleich zu 2007 achten weiterhin mehr Ausserrhoderinnen und Ausserrhoder auf eine gesunde **Ernährung** als die Bevölkerung der Schweiz insgesamt, allerdings ist ihr Anteil parallel zum gesamtschweizerischen Trend zurückgegangen (2007 AR: 75.3 %, CH: 70.5 %; 2012 AR: 71.7 %, CH: 67.9 %).⁷⁵

Ausserrhoderinnen und Ausserrhoder betreiben mehr **körperliche Aktivität** als die Schweizer Bevölkerung (2012 AR: 76.4 %, CH: 72.5 %), vor allem die Frauen liegen deutlich über dem nationalen Durchschnittswert (2012 Frauen AR: 78.2 %, Frauen CH: 69.1 %). Im Gegensatz dazu liegt der Anteil der körperlich aktiven Männer mit 74.8 % leicht unter demjenigen der Gesamtschweiz mit 75.9 %. Während die Männer im gesamtschweizerischen Durchschnitt ihre körperliche Aktivität stark erhöht haben (CH 2007: 68.3 %; 2012: 75.9 %), sind 2012 in Appenzell Ausserrhoden mit 74.8 % weniger Männer als 2007 (76.3 %) körperlich aktiv. Wird die körperliche Aktivität im Zusammenhang mit dem Körpergewicht in den Blick genommen, zeigt sich, dass die normalgewichtigen Personen sowohl bei den aktiven⁷⁶ Personen (63.4 %) wie auch bei den körperlich inaktiven⁷⁷ Personen (52.6 %) die Mehrheit ausmachen. In der Gruppe der körperlich Teilaktiven⁷⁸ sind indessen die Personen mit einem BMI grösser 25 mit 59.3 % in der Überzahl.⁷⁹

Der **Medikamentenkonsum**⁸⁰ ist – anders als in der Gesamtschweiz – in Appenzell Ausserrhoden deutlich zurückgegangen. 2007 waren es in Appenzell Ausserrhoden total 43.0 % (CH: 46.3 %) der befragten Personen, die in der Woche vor der Befragung ein Medikament eingenommen haben. 2012 waren es noch 35.8 % (CH: 48.6 %).

73 Mit dem Body-Mass-Index BMI können Gewichtsprobleme identifiziert werden. Übergewicht haben Personen mit einem BMI zwischen 25 und 30 und unter starkem Übergewicht, Adipositas, leiden Personen mit einem BMI grösser 30.

74 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 58-60.

75 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 61.

76 Körperlich aktiv: unregelmässig bzw. regelmässig aktiv oder trainiert. Vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 66.

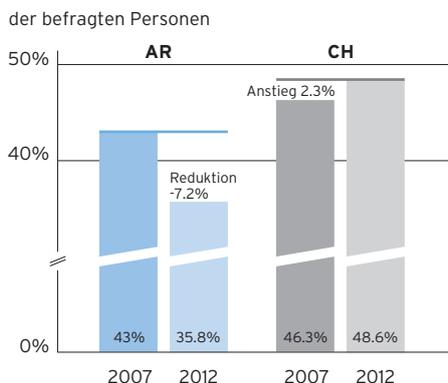
77 Körperlich inaktiv: unter 30 Minuten mässige körperliche Aktivität und keine intensive körperliche Aktivität pro Woche, vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 66.

78 Körperlich teilaktiv: 20 bis 149 Minuten mässige körperliche Aktivität oder 1 Mal intensive körperliche Aktivität pro Woche, vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 66.

79 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 66, 68.

80 Die Ergebnisse zeigen den Anteil der Personen in der Bevölkerung, welche die Frage «Haben Sie in den letzten 7 Tagen irgendein Medikament genommen?» mit «Ja» beantwortet haben. Vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 76.

Abb. 5: Entwicklung Anteil Personen mit Medikamentenkonsument in der Woche vor der Befragung 2007-2012

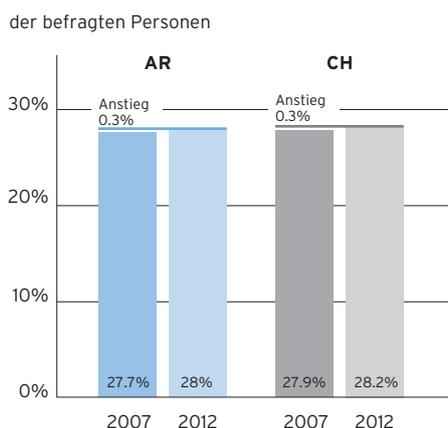


Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung, 2012, Tab. 3.20; eigene Darstellung, 2014

Die Ausserrhoder Frauen konsumieren insgesamt und besonders deutlich im Zeitvergleich weniger Medikamente als die Schweizerinnen (2007 AR: 48.7 %, CH: 51.3 %; 2012 AR: 32.8 %, CH: 53.2 %). Auch die Ausserrhoder Männer konsumieren deutlich weniger Medikamente als die Schweizer Männer insgesamt (2007 AR: 36.5 %, CH: 41.0 %; 2012 AR: 38.6 %, CH: 43.8 %). Bei den Ausserrhoder Männern hat der Medikamentenkonsument parallel zur nationalen Entwicklung zugenommen, bei den Ausserrhoder Frauen zeigt sich gegenläufig zum gesamtschweizerischen Trend ein starker Rückgang.⁸¹

Der **Tabakkonsum** und damit der Anteil der Raucherinnen und Raucher hat sich in Appenzel Ausserrhoden parallel zur Gesamtschweiz geringfügig erhöht (2007 AR: 27.7 %, CH: 27.9 %; 2012 AR: 28.0 %, CH: 28.2 %). Bei den Männern in Appenzel Ausserrhoden ist der Anteil der Raucher von 32.8 % (2007) auf 37.1 % (2012) angestiegen – anders als in der Gesamtschweiz, wo im Zeitvergleich praktisch gleich viele Männer rauchten (2007 CH: 32.3 %; 2012 CH: 32.4 %). Bei den Frauen ist der Anteil an Raucherinnen von 23.3 % auf 18.2 % gesunken. Auch diese Entwicklung unterscheidet sich von der Gesamtschweiz, wo der Anteil an Raucherinnen leicht zugenommen hat (CH 2007: 23.6 %; 2012: 24.2 %).⁸²

Abb. 6: Entwicklung Anteil Raucherinnen/Raucher 2007-2012



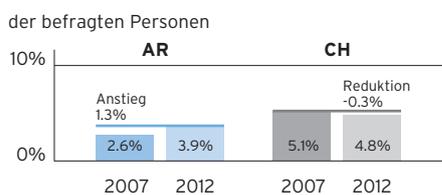
Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung, 2012, Tab. 3.12; eigene Darstellung, 2014

81 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 7, 76.

82 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 70.

Seit der Einführung des Passivrauchschutzes im Jahr 2008 hat sich die Zahl der bei der Arbeit durch **Passivrauchen**⁸³ betroffenen Personen im Kanton von 14.9% im Jahr 2007 (CH: 15.5%) auf 8.3% im Jahr 2012 (CH: 9.9%) reduziert. Männer sind analog zu den gesamtschweizerischen Werten noch heute sehr viel häufiger von Passivrauchen betroffen als Frauen (2012 Männer AR: 10.3%, Frauen AR: 5.4% / Männer CH: 13.2%, Frauen CH: 5.9%).⁸⁴ Der Anteil von Personen mit einem mittleren bis hohem Risiko bezüglich **Alkoholkonsum**⁸⁵ ist in Appenzell Ausserrhoden gegenläufig zum nationalen Trend (CH 2007: 5.1%; 2012: 4.8%) gestiegen (AR 2007: 2.6%; 2012: 3.9%). Die Annäherung an den gesamtschweizerischen Wert ist auf den zunehmenden Anteil der Ausserrhoder Frauen mit mittlerem bis hohem Risiko zurückzuführen. Dieser Wert ist von 1.6% (2007 CH: 4.6%) auf 4.4% (2012 CH: 4.1%) gestiegen.

Abb. 7: Entwicklung Anteil Personen mit einem mittleren bis hohem Risiko bezüglich Alkoholkonsum 2007-2012



Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung, 2012, Tab. 3.16; eigene Darstellung, 2014

Demgegenüber ist der Anteil der Männer mit mittlerem bis hohem Risiko bezüglich Alkoholkonsum analog zur gesamtschweizerischen Entwicklung gesunken (2007 AR: 3.8%, CH: 5.7%; 2012 AR: 3.5%, CH: 5.5%). Im gesamtschweizerischen Vergleich ist Appenzell Ausserrhoden neben den Kantonen Uri, Thurgau, Tessin und Genf einer der wenigen Kantone, in denen der Anteil Frauen mit mittlerem bis hohem Risiko beim Alkoholkonsum höher ist als jener der Männer.⁸⁶

In Appenzell Ausserrhoden haben gleich viele Personen wie in der Schweiz in ihrem Leben schon einmal Cannabis konsumiert (2012 AR und CH: 29.5%). 2007 war beim **Cannabis-konsum**⁸⁷ der Unterschied von Appenzell Ausserrhoden gegenüber der Gesamtschweiz noch gross (2007 AR: 18.6%, CH: 25.5%). Seither hat eine Angleichung stattgefunden, wobei die Ausserrhoder Männer einen höheren Wert ausweisen als die Männer der gesamten Schweiz (2012 Frauen AR: 21.2%, Frauen CH: 23.0% / Männer AR: 36.5%, Männer CH: 35.7%).⁸⁸

83 Die Ergebnisse zum Passivrauchen beziehen sich auf erwerbstätige Personen, die während einem Viertel der Arbeitszeit oder mehr dem Tabakrauch anderer Personen ausgesetzt sind. Vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 71.

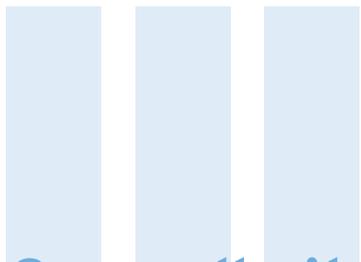
84 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 71.

85 Konsum von mehr als 20 g Alkohol pro Tag bei Frauen und 40 g Alkohol pro Tag bei Männern. Vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 73.

86 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 73, 74.

87 Die Ergebnisse beziehen sich auf Personen, welche die Frage, ob sie in ihrem Leben schon einmal Cannabis konsumiert haben, mit «Ja» beantwortet haben. Vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 75.

88 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 75.



Gesundheitsversorgung

3 Gesundheitsversorgung in Appenzell Ausserrhoden 2012 - 2014

3.1 Ambulante Gesundheitsversorgung: Wichtige Veränderungen

In diesem Kapitel sind die wichtigsten Veränderungen seit 2012 dargestellt, die in der ambulanten Gesundheitsversorgung Appenzell Ausserrhoden zu verzeichnen sind. Anschliessend findet sich ein Zwischenstand zu den im Gesundheitsbericht 2012 aufgeführten Herausforderungen. Dieser Abschnitt wird ergänzt durch neue Herausforderungen, die sich für die ambulante Gesundheitsversorgung abzeichnen. Das Kapitel wird abgeschlossen mit einer Übersicht zum Stand der Umsetzung der 2012 beschlossenen Massnahmen.

3.1.1 Registrierte Gesundheitsfachpersonen

Die Zahl aller registrierten Gesundheitsfachpersonen (Kliniken und Praxen exkl. Gesundheitsfachpersonen in Ausbildung) ist gestiegen. Mitte 2014 waren 897 Gesundheitsfachpersonen (2012: 825) bei der zuständigen Fachstelle registriert. Die um 8.7 % höhere Zahl entspricht indessen nicht einem realen Wachstum der Gesundheitsfachpersonen, denn sie erklärt sich zum einen aus Nacherfassungen, die aufgrund neuer Regelungen notwendig wurden. Für den nächsten Gesundheitsbericht ist also damit zu rechnen, dass dieses Wachstum zurückgeht. Zum anderen sind viele registrierte Gesundheitsfachpersonen in Appenzell Ausserrhoden sowohl in der ambulanten wie in der stationären Gesundheitsversorgung tätig. Dies gilt insbesondere für Spezialärztinnen und Spezialärzte, die im Kanton Appenzell Ausserrhoden oder häufig auch ausserkantonale in eigener Praxis und gleichzeitig in belegärztlicher Tätigkeit an einem Spital tätig sind.

Die gestiegene Zahl registrierter Gesundheitsfachpersonen ist auch insofern zu relativieren, als längst nicht alle vollzeitlich tätig sind. Die im Jahr 2012 registrierten 825 Gesundheitsfachpersonen besetzten 564 Vollzeitstellen. In der ersten Jahreshälfte 2014 besetzten die 897 registrierten Gesundheitsfachpersonen 608 Vollzeitstellen. Der durchschnittliche Beschäftigungsgrad hat von 68.4 % (2012) auf 67.8 % abgenommen. Der Rückgang des Beschäftigungsgrads lässt sich auch in einzelnen Berufsgruppen beobachten. Die durchschnittlichen Teilzeitpensen der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sind seit 2012 von 68.5 % auf 64.8 % gesunken. Auch die Hausärztinnen und Hausärzte arbeiten zunehmend in Teilzeitpensen. 2014 waren sie durchschnittlich zu 85.3 %, 2012 noch zu 90.4 % berufstätig.

→ Das Referenzkapitel für einen Vergleich mit dem Stand 2012 sowie für weitergehende Information findet sich im Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012 auf den Seiten 52-119.⁸⁹

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 50-68.

⁸⁹ Vgl. Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden (2012), im Folgenden: Gesundheitsbericht 2012.

Es ist davon auszugehen, dass der Trend zu mehr Teilzeitarbeit bei den registrierten Gesundheitsfachpersonen anhält. Beispielsweise hat der Anteil Frauen, welche ein Medizinstudium absolvieren, stark zugenommen, von 40.7 % im Jahr 1990 auf 59.6 % im Jahr 2011. Somit ist die Rekrutierung von genügend Gesundheitsfachpersonal auch zunehmend davon abhängig, ob Familie und Beruf miteinander zu vereinbaren sind. Hierzu braucht es gleichermaßen familienfreundliche Arbeitsbedingungen und ein bedarfsgerechtes Angebot an familienergänzenden Betreuungsangeboten.

Die zunehmende Teilzeitarbeit der Ärztinnen und Ärzte hat auch grosse Auswirkungen auf die durch die öffentliche Hand finanzierten Ausbildungskosten. Pro Studienjahr kostet eine angehende Medizinerin, ein angehender Mediziner 120 000 CHF.⁹⁰ Bei einer Studiedauer von 6 Jahren fallen Kosten von 720 000 CHF an - nur für die Grundausbildung. Nach dem Grundstudium fallen weitere 60 000 CHF pro Jahr für die Facharztausbildung an, wobei die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung bereits Leistungen im Versorgungssystem erbringen. Die Facharztausbildung dauert fünf bis zehn Jahre. In der Summe kostet die Ausbildung eines Arztes oder einer Ärztin mindestens 1 Million Franken. Appenzell Ausserrhoden leistet gemäss Interkantonaler Universitätsvereinbarung (bGS 411.5) in den Bereichen Human-, Zahn- und Tiermedizin pro Jahr und Studierende einen bedeutenden finanziellen Beitrag an die universitären Ausbildungskosten. Im ersten und zweiten Ausbildungsjahr sind dies rund 25 000 Franken, ab dem dritten Ausbildungsjahr rund 50 000 CHF. Um den ärztlichen Personalbedarf sicherstellen zu können, müssten bereits heute doppelt so viele Ärztinnen und Ärzte ausgebildet werden, mit erheblichen finanziellen Folgen für die öffentliche Hand. Mit zunehmender Teilzeitarbeit von ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten steigt der Personal- und Ausbildungsbedarf mit entsprechender Kostenfolge noch zusätzlich. Diese Entwicklung stellt eine Veränderung im Sinne einer Verschärfung der Situation dar. Indessen sind die Kosten für die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten den produktiven Leistungen für das Gesundheitswesen gegenüberzustellen, die diese bereits während der Ausbildung erbringen.

Aus folgender Tabelle sind die Veränderungen bei der Anzahl registrierter Gesundheitsfachpersonen in Appenzell Ausserrhoden ersichtlich.

Tabelle 1: Veränderungen Anzahl registrierte Gesundheitsfachpersonen ausserhalb von Kliniken/Spitälern 2012-2014

Registrierte Gesundheitsfachpersonen	2012	2014	Veränderung
Spezialärzt/-innen, ambulant tätig	37	38	+1
Hausärzt/-innen	40	43	+3
Psychiater/-innen, ambulant tätig	20	19	-1
Apotheker/-innen	12	14	+2
Zahnärzt/-innen	90	85	-5
Psycholog/-innen, Psychotherapeut/-innen	26	52	+26
freischaffende Pflegefachpersonen	19	26	+7
Hebammen ⁹¹	30	37	+7
Physiotherapeut/-innen und Osteopath/-innen	51 ⁹²	67 ⁹³	+18
Medizinische Masseur/Masseusen	33	42	+9
Ergotherapeut/-innen	6	7	+1
Hörakustiker/-innen	1	3	+2
Podolog/-innen	2	5	+2
Heilpraktiker/-innen	223	234	+11
TOTAL	590	672	+82

Quelle: Datenbank von Appenzell Ausserrhoden für Gesundheitsfachpersonen und Heilmittel (LIMSOPHY), 2014; Auswertung Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden (Stand 31.7.2014), 2014

90 Website Bundesamt für Gesundheit BAG: Kosten der Ausbildung: <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/00408/00559/?lang=de> abgerufen am 24.7.2014.

91 50 % der Hebammen haben ihren Hauptsitz ausserhalb des Kantons.

92 Davon 6 Osteopath/-innen, die auch über eine Registrierung als Physiotherapeut/-innen verfügen.

93 Davon 6 Osteopath/-innen, die auch über eine Registrierung als Physiotherapeut/-innen verfügen. Eine Gesundheitsfachperson verfügt ausschliesslich über eine Bewilligung als Osteopatin/Osteopat.

In der Tabelle aufgeführt sind lediglich die Berufe, in denen sich die Anzahl registrierter Gesundheitsfachpersonen seit 2012 verändert hat. Die Zunahme bei den Hausärztinnen und Hausärzten ist auf erfasste Stellvertretungen und Personen mit einer 90-Tages-Bewilligung zurückzuführen. Der Rückgang bei den Zahnärztinnen und Zahnärzten ist eine Folge von Pensionierungen und Praxisaufgaben. Die Zahl der registrierten Psychologinnen und Psychotherapeuten hat sich seit 2014 verdoppelt. Dies ist zu erklären mit einer Änderung der Bewilligungspraxis aufgrund des neuen Psychologieberufegesetzes, welches seit 1.1.2013 in Kraft ist. Mit der Registrierung als Psychologin/Psychologe unter der Übergangsregelung konnten die Gesundheitsfachpersonen ihren Besitzstand wahren.

3.1.2 Ambulante psychiatrische Versorgung

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 54-58.

In der ambulanten psychiatrischen Versorgung (exklusive Klinikambulatorien) ist eine starke Mobilität von Patientinnen und Patienten in den Kanton Appenzell Ausserrhoden zu verzeichnen. Zwei Drittel des auf Kantonsgebiet generierten Abrechnungsvolumens werden ausserkantonalen Patientinnen und Patienten in Rechnung gestellt. Umgekehrt lassen sich Ausserrhoderinnen und Ausserrhoder zunehmend in anderen Kantonen ambulant psychiatrisch behandeln. So fallen 40% des von Ausserrhoder Patientinnen und Patienten generierten Abrechnungsvolumens ausserhalb des Kantons an. Der Anteil der von Ausserrhoder Patientinnen und Patienten ausserhalb des Kantons bezogenen und verrechneten ambulanten psychiatrischen Leistungen ist zwischen 2007 und 2012 um rund 48% gestiegen. Der Bedarf nach ambulanter psychiatrischer Versorgung steigt insgesamt. Ein Ende dieser Entwicklung scheint unwahrscheinlich.

Gegenläufig zur Bedarfsentwicklung sind die personellen Kapazitäten der ambulanten psychiatrischen Versorgung in Praxen seit 2012 gesunken (2012: 20 Psychiater/-innen; 2014: 19 Psychiater/-innen). Die sinkende Anzahl Psychiaterinnen und Psychiater in Verbindung mit einer erhöhten Nachfrage nach psychiatrischen Leistungen führt zwangsläufig zu Versorgungsengpässen.

Der Bedarf an Psychiaterinnen und Psychiatern kann bei weitem nicht mit Schweizer Nachwuchs gedeckt werden. In nächster Zeit ist infolge Pensionierungen mit einem weiteren Kapazitätsabbau zu rechnen, womit von einer Verschärfung der Unterversorgung auszugehen ist. Schon jetzt müssen Patientinnen und Patienten lange Wartezeiten in Kauf nehmen, insbesondere für die Nachversorgung im Anschluss an eine stationäre Behandlung. Es wird zu prüfen sein, welche Kompensationsmöglichkeiten durch andere Gesundheitsfachpersonen bestehen. Zudem stellt sich die Frage, inwieweit die Angebotslücke im Kanton durch eine noch stärkere Nutzung des ausserkantonalen Leistungsangebots ausgeglichen und die ambulante psychiatrische Versorgung der Ausserrhoder Bevölkerung gewährleistet werden kann.

Seit Anfang 2013 betreibt das Psychiatrische Zentrum Appenzell Ausserrhoden PZA eine Hotline für Angehörige. Angehörige von Menschen, die an einer psychischen Erkrankung leiden, sind häufig verunsichert und stellen sich Fragen zu den Krankheitsbildern und dem Umgang mit den Belastungen der Krankheit. Mit dem Betrieb des kostenlosen Angehörigentelefon trägt das PZA diesen Bedürfnissen Rechnung. Diese Dienstleistung wird in Anspruch genommen von Angehörigen der im PZA behandelten Patientinnen und Patienten sowie von Angehörigen psychisch Erkrankter, die nicht in stationärer Behandlung sind. Zudem ist das PZA aktives Mitglied des Netzwerks Angehörigenarbeit Psychiatrie NAP.⁹⁴ Dieses gibt Qualitätsnormen vor und gewinnt in der Deutschschweiz zunehmend an Bedeutung.

94 www.angehoerige.ch

3.1.3 Spitex

Insgesamt waren 2013 in den Spitexorganisationen in Appenzell Ausserrhoden 233 Mitarbeitende (inklusive Führung) mit einem Beschäftigungsumfang von 82 Vollzeitstellen tätig (2010: 227 Mitarbeitende, verteilt auf 76 Vollzeitstellen). Damit wird deutlich, dass im Bereich der Spitex vorwiegend Teilzeit gearbeitet wird, wobei die Arbeitspensen niedrig sind und im Durchschnitt unter 50 % liegen (2013: 35 %). Insgesamt werden rund 1250 Klientinnen und Klienten betreut, rund 50 davon in Akut- oder Übergangspflege. 2012 kommen auf 1000 Einwohnerinnen und Einwohner in Appenzell Ausserrhoden 1.5 Spitexvollzeitstellen (2009: 1.2 Spitexvollzeitstellen). Dies zeigt, dass die Spitexversorgung im Kanton ausgebaut wird.

Im Bereich Spitex - Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause - konnte das Projekt Spitexentwicklung und -regionalisierung Mitte 2013 erfolgreich abgeschlossen werden. In Appenzell Ausserrhoden sind seither drei grössere Spitex-Organisationen im Leistungsauftrag tätig, anstelle der früheren zwölf kleinen Organisationen. Die *Spitex Appenzellerland* arbeitet im Leistungsauftrag der Gemeinden Herisau, Urnäsch, Schwellbrunn, Hundwil, Stein, Waldstatt, Speicher, Trogen und Wald; die *Spitex Rotbachtal* arbeitet im Leistungsauftrag der Gemeinden Teufen, Bühler und Gais und die *Spitex Vorderland* arbeitet im Leistungsauftrag der Gemeinden Heiden, Rehetobel, Grub, Wolfhalden, Walzenhausen und Reute. Schönengrund und Lutzenberg sind aufgrund ihrer geografischen Lage in Spitex-Organisationen des Kantons St.Gallen integriert.

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 60-61.

3.2 Ambulante Gesundheitsversorgung: Herausforderungen - Zwischenstand

3.2.1 Hausärztinnen und Hausärzte (medizinische Grundversorgung)

Im Gesundheitsbericht 2012 wurde als Herausforderung die sinkende Zahl der Hausärztinnen und Hausärzte genannt. Deren Zahl (exkl. Stellvertretungen/90-Tages-Bewilligungen) hat sich bis 2014 auf dem Niveau von 2012 halten können. Allerdings spricht vieles dafür, dass sich dies künftig ändern wird. Gruppenpraxen finden leichter Kolleginnen und Kollegen. In Einzelpraxen gestaltet sich die Suche nach einer Nachfolgerin, eines Nachfolgers schwieriger. Erfreulicherweise konnten dennoch bei Praxisaufgaben rechtzeitig Nachfolgerinnen und Nachfolger gefunden werden. Indessen hat sich die Altersstruktur der Hausärztinnen und Hausärzte trotz erfolgreicher Nachfolgeregelung kaum verändert, wurden doch die Praxen von erfahrenen Ärztinnen und Ärzten übernommen. Das Durchschnittsalter ist nur leicht gesunken. Somit bleibt die Problematik bestehen, dass viele Grundversorgerinnen und Grundversorger in den nächsten fünf bis zehn Jahren ihre Berufstätigkeit aufgeben werden. Zudem arbeiten Ärztinnen und Ärzte vermehrt Teilzeit, was insbesondere für Berufseinsteigerinnen und -einsteiger gilt. Um die ambulante Gesundheitsversorgung in Appenzell Ausserrhoden wohnortsnah sicherzustellen, braucht es über die Nachfolgeregelung hinaus weitere Ärztinnen und Ärzte, wenn der Trend zur Teilzeitarbeit anhalten sollte, was zu erwarten ist. In den nächsten fünf Jahren ist also von einer Knappheit an Grundversorgerinnen und Grundversorgern auszugehen.

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 70.

Mit verschiedenen Massnahmen hat der Kanton die Rahmenbedingungen für Hausärztinnen und Hausärzte laufend verbessert. Zu nennen sind etwa die Entlastung der Notfallversorgung durch die Einführung des Ärztefons, die Schaffung von Praxisassistentenstellen oder eine höhere Entlohnung schulärztlicher Dienste. Weitergehende Massnahmen liegen nicht im Zuständigkeitsbereich des Kantons. Die Gemeinden sind gefordert, kommunal oder regional Rahmenbedingungen bereitzustellen, die attraktiv sind für junge Ärztinnen und Ärzte. Durch eine Mitfinanzierung der Infrastruktur können hohe Investitionskosten gesenkt werden. Mit geeigneten Organisationsformen lässt sich der Administrativaufwand reduzieren. Stellvertretungsregelungen gewährleisten die medizinische Versorgung auch bei zunehmender Teilzeitarbeit. Interdisziplinäre Zusammenarbeit erhöht die Fachkompetenz. Massnahmen zur Sicherstellung der ambulanten Grundversorgung können in Gruppenpraxen oder

interdisziplinären Gesundheitszentren mit hohem Nutzen für die Patientinnen und Patienten umgesetzt werden. Der Kanton hat die Gemeinden über gute Praxisbeispiele informiert und der Gemeindeverband hat das Thema aufgenommen. Handlungsbedarf besteht derzeit insbesondere in Speicher und Trogen, wo in den nächsten vier Jahren voraussichtlich drei Ärztinnen und Ärzte in Pension gehen werden.

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 70.

3.2.2 Ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Gesundheitsbericht 2012 wurde eine Unterversorgung in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie festgestellt. Die Versorgung mit ambulanten Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist im Kanton nach wie vor gefährdet. Die drei ambulant tätigen Kinder- und Jugendpsychiater/-innen sind in einem Alter unweit der Pensionierung, was bedeutet, dass die Nachfolge in einigen Jahren mehrfach zu lösen sein wird. In St.Gallen steht den Ausserrhoder Kindern und Jugendlichen mit dem ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (KJPD) St.Gallen ein ausserkantonales Versorgungsangebot zur Verfügung. Gleichwohl bleibt eine deutliche Unterversorgung bestehen, die sich in den kommenden Jahren noch verschärfen wird.

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 70.

3.2.3 Psychiatrische Tagesstrukturen in Appenzell Ausserrhoden

Im Gesundheitsbericht 2012 wurde ausgewiesen, dass in Appenzell Ausserrhoden kaum Tagesstrukturen bestehen. Diese fehlen weiterhin. Entsprechend erfolgt eine Behandlung von Patienten und Patientinnen oft auch dann stationär, wenn bei entsprechendem Angebot eine Tagesklinik berücksichtigt werden könnte. In Tageskliniken werden Patientinnen und Patienten behandelt, die mehr Hilfen benötigen als in der ambulanten Versorgung gewährt werden können und die aber nicht auf das vollständige Angebot einer stationären Behandlung in einer psychiatrischen Klinik angewiesen sind. Erfahrungsgemäss können bis 30 % der in psychiatrischen Kliniken behandelten Patientinnen und Patienten auch tagesklinisch behandelt werden. Für sie wäre die Behandlung in einer Tagesklinik genauso wirksam und dabei kostengünstiger als eine stationäre Behandlung.⁹⁵ Psychiatrische Tageskliniken gehören zum ambulanten Angebot und sind damit grundsätzlich durch die Krankenversicherer über TARMED zu finanzieren. Die kostendeckende Finanzierung tagesklinischer Leistungen durch die Krankenversicherer ist ungelöst. Seit 1. Januar 2012 ist eine Anpassung des Gesundheitsgesetzes in Kraft, womit eine rechtliche Grundlage für Beiträge des Kantons an ungedeckte Kosten in der Psychiatrie besteht (Art. 52I GG). Im Juni 2013 hat der Regierungsrat das Grundlagenpapier Psychiatrieversorgung Appenzell Ausserrhoden 2013 zur Kenntnis genommen.⁹⁶

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 70.

3.2.4 Konzentration der Leistungen in regionalen Zentren

Im Gesundheitsbericht 2012 wurde ausgeführt, dass der zunehmende Kostendruck und die hohe zeitliche Belastung von Ärztinnen und Ärzten mit eigener Praxis zunehmend zur Bildung von Gruppenpraxen führt. Seither ist die Zahl der Gruppenpraxen konstant geblieben. Zur Sicherstellung der wohnortsnahen ambulanten Gesundheitsversorgung ist eine dezentrale, überregionale Konzentration der Leistungen notwendig. Hier sind in erster Linie die Gemeinden gefordert.

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 71.

3.2.5 Notfallversorgung

Im Gesundheitsbericht 2012 wurde dringender Handlungsbedarf im Bereich der Notfallversorgung ausgewiesen. Das im Herbst 2011 eingeführte Ärztefon wird zunehmend genutzt und sichert für die Ausserrhoder Bevölkerung den einfachen und raschen Zugang zur ärztlichen Versorgung im Notfall. Die ambulante dezentrale Notfallversorgung funktioniert. Dies

⁹⁵ Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden (2013a): S. 25.

⁹⁶ Vgl. Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden (2013a).

gilt für die Bereiche der Humanmedizin wie auch für die Zahnmedizin. Die ambulante Notfallversorgung ist aber abhängig von einer ausreichenden Anzahl in Appenzell Ausserrhoden praktizierenden Ärztinnen und Ärzten und deshalb mittel- und langfristig gefährdet.

Die Herausforderungen sind regional unterschiedlich ausgeprägt. Während die Notfallversorgung 2012 im Hinterland noch stark gefährdet war, hat sich die Situation aufgrund einer zwar langwierigen, aber erfolgreichen Suche einer Praxisnachfolge verbessert. Im Hinterland und in Herisau ist die Notfallversorgung für die nächsten Jahre gewährleistet. Indessen ist im Vorderland der Grossteil der Notfalldienst leistenden Ärztinnen und Ärzten zwischen 51 und 55 Jahre alt und im Mittelland ist die Mehrheit der Dienstärztinnen und Dienstärzte bereits heute über 60 Jahre alt. In Speicher und Trogen ist der Handlungsbedarf am dringendsten. In dieser dicht besiedelten Region werden in absehbarer Zeit drei Ärztinnen und Ärzte infolge Pensionierung zu ersetzen sein.

Lücken in der Notfallversorgung können von stationären Einrichtungen kompensiert werden. Damit kann die ambulante Grundversorgung in Notfällen wohl gewährleistet werden – nicht immer wohnortsnah und oft zu höheren Kosten. Einen Teil der ambulanten Notfallversorgung stellt der Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden SVAR mit seinen beiden Kliniken in Herisau und Heiden sicher. In den Notfallstationen der Kliniken werden Notfall-Patientinnen und -Patienten aus dem direkten Einzugsgebiet der Spitäler ambulant behandelt. Es sind vorwiegend Personen unter 30 Jahren, die die Notfallstationen der Kliniken aufsuchen. Im Gegensatz zum Anrufverhalten beim Ärztefon, bei dem die meisten Notfallanrufe am Donnerstag sowie am Wochenende eingehen, finden die Notfallbehandlungen an den Spitälern über alle Wochentage verteilt statt. Personen aus dem Mittelland suchen nur sehr selten die Notfallstationen von Herisau und Heiden auf. Es kann davon ausgegangen werden, dass Notfall-Patientinnen und -Patienten aus dieser Region die Notfallstation des Kantonsspitals St.Gallen beanspruchen.

Der zahnärztliche Notfalldienst wurde 2014 reorganisiert: Die Gesellschaft der Zahnärzte Appenzell Ausserrhoden GZA wurde in die Schweizerische Zahnärztesgesellschaft St.Gallen Appenzell SSO integriert. Neu ist die SSO mit ihrem Ausserrhoder Mitgliederbestand für die Organisation des zahnärztlichen Notfalldienstes zuständig.

3.2.6 Ambulante Leistungen in Spitälern und Kliniken

Im Gesundheitsbericht 2012 wurde ein Anstieg des Angebots an ambulanten Leistungen in den Spitälern und Kliniken vorausgesagt, was von der aktuellen Entwicklung bestätigt wird: Im Bereich der somatischen Behandlungen wie auch bei der ambulanten Psychiatrie an Klinikambulatorien zeichnet sich ein Zuwachs ab. Das Leistungsvolumen zulasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP, welches ambulant an Ausserrhoder Kliniken mit somatischem Leistungsangebot erbracht wurde, hat gemäss einer für den Kanton Appenzell Ausserrhoden erstellten Auswertung vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan aus dem aktuellsten Datenpool von SASIS von 2007 bis 2012 um rund 25 % (+ 3.6 Mio. CHF) zugenommen.

In derselben Zeit hat sich das gegenüber der OKP verrechnete Leistungsvolumen von ambulanten Praxen mit Standort Appenzell Ausserrhoden um rund 12 % (+ 5.1 Mio. CHF) erhöht, wobei das Wachstum bei den Grundversorgerpraxen nur gerade etwas mehr als 4 % (+ 1.2 Mio. CHF) betrug, das Wachstum bei den klinikexternen Spezialisten belief sich dagegen auf rund 34 % (+ 3.9 Mio. CHF).

Anders sieht es dagegen aus, wenn das Leistungsvolumen betrachtet wird, welches Ausserrhoder Patientinnen und Patienten bezogen haben und das über die OKP finanziert wurde. Ausserrhoderinnen und Ausserrhoder lassen sich vermehrt ambulant an Kliniken und Spitälern behandeln. Zwischen 2007 und 2012 hat sich das abgerechnete Volumen um rund 32 % erhöht (+ 5.8 Mio. CHF). Die Zunahme der ambulanten OKP-Leistungen, welche am Kantonsspital St. Gallen zugunsten der Ausserrhoder Bevölkerung erbracht wurden, haben massgeblich zu diesem Anstieg beigetragen (+ 54 % resp. + 3.5 Mio. CHF).

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 71.

Das Wachstum bei den bezogenen OKP-Leistungen an ambulanten Praxen betrug ca. 11% (+5.0 Mio. CHF), wobei das OKP-Leistungsvolumen bei den Grundversorgerpraxen um rund 8 % (+2.2 Mio. CHF) und bei den Spezialpraxen um ca. 17 % (+2.8 Mio. CHF) gestiegen ist. Inwiefern es sich beim Wachstum um eine Verlagerung von stationären Behandlungen in den ambulanten Bereich handelt oder ob die Zahlen einen Ausbau des Leistungsangebots zeigen, lässt sich nicht sagen.

Auch das von Ausserrhoderinnen und Ausserrhodern bezogene ambulante Leistungsvolumen, welches vom PZA zulasten der OKP abgerechnet wurde, hat sich von 2007 bis 2012 um über 50% erhöht.

Die Spitäler gewinnen zudem an Bedeutung, wenn es darum geht, akute und länger anhaltende Versorgungsengpässe bei der ambulanten, somatischen und psychiatrischen Versorgung zu kompensieren. Auch diese Entwicklung wirkt sich auf die ambulanten Gesundheitskosten aus.

3.2.7 Freie Arztwahl und Optimierung der Zusammenarbeit

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 71.

Im Gesundheitsbericht 2012 wurde als Herausforderung dargestellt, dass eine gute Zusammenarbeit zwischen Spezialistinnen und Spezialisten sowie Grundversorgerinnen und Grundversorgern gerade auch mit Blick auf die freie Arztwahl wichtig ist. Die freie Arztwahl ist weiterhin gewährleistet, sofern nicht ein anderes Versicherungsmodell gewählt wird. Die Zusammenarbeit zwischen allen Akteuren im Gesundheitswesen gewinnt in Somatik und Psychiatrie aufgrund der steigenden Spezialisierung an Bedeutung, sowohl in der dezentralen ambulanten Grundversorgung wie auch an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung.

3.2.8 Personalengpässe in Pflegeberufen

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 71.

Im Gesundheitsbericht 2012 wurde dargestellt, dass knapper werdendes Personal auch im ambulanten und stationären Pflegebereich zum Problem wird. Um den zunehmenden Personalengpässen im Pflegebereich entgegenzuwirken, wird deutlich mehr Gesundheitsfachpersonal in Spitälern und Heimen ausgebildet. Die 2013 eingesetzte Arbeitsgruppe «Monitoring Gesundheitsfachpersonen in Ausbildung» hat das vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan entwickelte Modell zur Berechnung des Bedarfs an Gesundheitsfachpersonen⁹⁷ überarbeitet und für Appenzell Ausserrhodern aktualisiert. Demnach fehlen 2014 beispielsweise rund 20 Ausbildungsplätze für Fachpersonen Gesundheit oder Fachpersonen Betreuung. Der Mangel an Ausbildungsplätzen ist somit noch nicht behoben und es sind weitere Massnahmen erforderlich. Auch in der Psychiatrie ist es zunehmend schwierig, ausgebildetes Pflegepersonal zu finden. Das Potential von Wiedereinsteigerinnen oder Späteinsteigenden ist noch nicht ausgeschöpft. Auch hier sind weitere Massnahmen notwendig.

3.2.9 Monitoring der ambulanten Gesundheitsversorgung

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 71.

Im Gesundheitsbericht 2012 wurde auf die Notwendigkeit hingewiesen, die Entwicklungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung vor dem Hintergrund der neuen Spitalfinanzierung und der Einführung von SwissDRG, der demografischen und gesundheitspolitischen Herausforderungen laufend zu beobachten. Inzwischen ist das Monitoring der ambulanten Gesundheitsversorgung mit der Einsetzung einer interdisziplinären Beobachtergruppe seit 2013 etabliert. Die Gesundheitsversorgung ist für die Gemeindeentwicklung ein wichtiger Standortfaktor. Die sich abzeichnende Versorgungslücke kann zu Standortnachteilen führen. Die Arbeitsgruppe «Monitoring ambulante Gesundheitsversorgung» vertritt die Position, dass Gemeinden aktiv dazu beitragen sollten, die dezentrale, ambulante Gesundheitsinfrastruktur aufrechtzuerhalten und durch überregionale und interdisziplinäre Zusammenarbeit zu opti-

⁹⁷ Vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2009).

mieren. Es ist nicht damit zu rechnen, dass in Zukunft in jeder Gemeinde eine Ärztin oder ein Arzt eine Praxis führen wird. Gemeinsam betriebene Infrastrukturen, in welchen Teilzeitarbeit und eine Tätigkeit als angestellte Gesundheitsfachperson möglich sind, werden im Gesundheitswesen an Bedeutung gewinnen.

3.2.10 Neue Herausforderungen

An der **Schnittstelle von Arztpraxis und Apotheke** zeigt sich eine neue Herausforderung. Apotheken möchten vermehrt Aufgaben in der ambulanten Versorgung von Patientinnen und Patienten übernehmen. Mittels Telemedizin werden bereits heute ausserhalb von Appenzell Ausserrhoden ärztliche Beratungen in Apotheken angeboten. Inwiefern das neue Angebot einen Beitrag zur Sicherstellung der dezentralen ambulanten Versorgung in Appenzell Ausserrhoden leisten kann, ist noch zu klären. Ob das Angebot von ausgewählten medizinischen Leistungen (z.B. Impfungen) auch Apotheken in Appenzell Ausserrhoden gestattet werden soll, muss geprüft werden. Solche Entwicklungen bedürfen vorgängig einer Klärung der Rollen und Aufgaben von Apotheken und Arztpraxen und einer intensiveren Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern.

Eine weitere, neue gesundheitspolitische Herausforderung können die **Auswirkungen der Volksinitiative «Gegen Masseneinwanderung»** für die Rekrutierung von Gesundheitsfachpersonen aus dem Ausland mit sich bringen. Entscheidend wird sein, wie die Initiative umgesetzt wird. Es ist nicht zu erwarten, dass bei einem Kontingentsystem überhaupt kein Gesundheitsfachpersonal mehr aus dem Ausland rekrutiert werden kann. Allerdings wird der Wettbewerb bei der Rekrutierung ausländischer Fachkräfte weiterhin zunehmen. Die hohe Abhängigkeit von ausländischen Fachpersonen zeigt, dass die Schweiz noch mehr eigene Gesundheitsfachpersonen ausbilden muss, um die Herausforderungen des demografischen und gesundheitlichen Wandels in der Gesundheitsversorgung und im Heimbereich bewältigen zu können. Das gilt auch für Appenzell Ausserrhoden.

Die **Vereinfachung der Tarifgenehmigungsverfahren** ist keine neue, aber eine zunehmend dringlichere gesundheitspolitische Herausforderung. Handlungsbedarf ist insbesondere gegeben, nachdem durch die Abspaltung der Einkaufsgemeinschaft HSK (Helsana, Sanitas und KPT) von tarifsuisse der administrative Aufwand massiv angestiegen ist. Der Anreiz, eine einvernehmliche Lösung zu finden, ist heute zu wenig gegeben. Die Folgen sind langwierige juristische Verfahren vor Gericht mit entsprechenden Folgekosten. Vergleichbare Probleme sind bei den Tarifverfahren im stationären Bereich festzustellen.

3.3 Ambulante Gesundheitsversorgung: Massnahmen - Stand der Umsetzung

3.3.1 Ärztefon

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 74.

Telefonisch zugängliche medizinische Beratungsstelle mit Triagefunktion	
Zielsetzung 2012	<p>Einheitliche Telefonnummer für ambulante Notfälle und medizinische Beratung in Appenzell Ausserrhoden einführen</p> <p>Entlastung der Notfalldienst leistenden Ärztinnen und Ärzte von Bagatellfällen</p> <p>Optimierung der knappen ärztlichen Ressourcen</p> <p>Einflussnahme auf den Patientenweg erhöhen (Triagefunktion stärken)</p>
Stand 2014 in Umsetzung	<p>Das Ärztefon, im Herbst 2011 eingeführt, wird zunehmend genutzt und bringt mit den Nutzungsspitzen am Wochenende und donnerstags eine Entlastung der Hausärztinnen und Hausärzte. 2012 verzeichnete das Ärztefon 3261 Anrufe, 2013 waren es bereits 3642 Anrufe. Ein sehr grosser Teil der Anruferinnen und Anrufer (71.4 %) sucht ärztliche Hilfe und wird auch zu fast 90% an die Notfalldienstärztin oder den Notfalldienstarzt weitervermittelt.</p> <p>Es wird geprüft, inwiefern künftig auch der zahnärztliche Notfalldienst über das Ärztefon erreicht werden kann.</p>

3.3.2 Ambulante Notfallversorgung

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 74.

Unterstützung der Appenzellischen Ärztegesellschaft bei der Organisation des Notfalldienstes	
Zielsetzung 2012	<p>Erhalt der Personalbasis im ambulanten Notfalldienst</p> <p>Die Bereitschaft, sich personell oder finanziell (Ersatzabgabe) am Notfalldienst zu beteiligen, sinkt weiter. Geprüft werden soll deshalb, ob die Ersatzabgabe von Ärztinnen und Ärzten, die keinen Notfalldienst leisten, per Gesetz für alle verbindlich zu regeln ist. Die kantonal eingezogenen Beiträge sollen der Finanzierung des Notfalldienstes zufließen.</p> <p>Die Notfallversorgung ist mit Zusatzaufwendungen verbunden (z.B. Infrastruktur, Weiterbildungskosten). Eine finanzielle Unterstützung der Dienst leistenden Ärztinnen und Ärzte (Abgeltung der Vorhalteleistungen wie bei der stationären Notfallversorgung) ist zu prüfen.</p>
Stand 2014 in Abklärung	<p>Massnahmen zur Unterstützung des ambulanten Notfalldienstes sind von einer Arbeitsgruppe erarbeitet und vom Gesundheitsrat positiv beurteilt worden. Aufgrund knapper finanzieller Mittel wird dieses Projekt frühestens ab dem 1. Januar 2015 umgesetzt.</p>

3.3.3 Psychiatrieversorgung Appenzell Ausserrhoden

Aktualisierung des Psychiatriekonzepts: Ausbau der ambulanten Angebote	
Zielsetzung 2012	<p>Umsetzung des Psychiatriekonzeptes mit folgenden Massnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Heiden (2013) Aufbau einer Tagesklinik und eines Ambulatoriums Herisau (2014) Verlegung des Ambulatoriums vom Psychiatrischen Zentrum Appenzell Ausserrhoden (PZA) in den Ort Herisau Einrichtung eines Case Managements Aufbau intensiverer ambulanter Hilfen
Stand 2014 zurückgestellt	<p>Im Juni 2013 hat der Regierungsrat das Grundlagenpapier Psychiatrieversorgung Appenzell Ausserrhoden 2013 zur Kenntnis genommen. Die Umsetzung kann aufgrund fehlender personeller und finanzieller Ressourcen vorläufig nicht in Angriff genommen werden und ist zurückgestellt.</p> <p>Weil über TARMED in diesem Bereich teilweise eine kostendeckende Abrechnung nicht möglich ist, übernehmen heute oft die Kantone einen Teil der ungedeckten Kosten. Auch in Appenzell Ausserrhoden soll überprüft werden, ob und wenn ja, welche ungedeckten Kosten künftig vorübergehend mitfinanziert werden können, damit das Ziel, den Bedarf an ambulanten psychiatrischen Leistungen der Ausserrhoder Bevölkerung sicherzustellen, erreicht werden kann.</p> <p>In jedem Fall gilt es, die Nutzung der Angebote und insbesondere auch mögliche Auswirkungen und Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung in Appenzell Ausserrhoden zu beobachten und auszuwerten.</p>

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 75.

3.3.4 Spitexentwicklung und -regionalisierung

Optimierung der ambulanten Spitexversorgung	
Zielsetzung 2012	<p>Frühzeitige Reaktion auf die prognostizierten Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf das Gesundheitswesen</p> <p>Gleichwertiges Dienstleistungsangebot für alle Regionen des Kantons</p> <p>Erweiterung des Dienstleistungsangebots um Spezialgebiete wie z.B. Pflege von Menschen mit demenziellen Erkrankungen, Palliative Care, Wundmanagement, Psychiatriepflege</p> <p>Schaffen von Spitex-Ausbildungsplätzen für dipl. Pflegefachpersonen HF und Fachpersonen Gesundheit (FaGe)</p>
Stand 2014 abgeschlossen	<p>Das Projekt ist abgeschlossen, die Regionalisierung der Spitexorganisationen ist erfolgt.</p>

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 75.

3.3.5 Monitoring der ambulanten Versorgung in Appenzell Ausserrhoden

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 76.

Monitoring der ambulanten Versorgung in Appenzell Ausserrhoden	
Zielsetzung 2012	<p>Die Entwicklung im ambulanten Bereich in Appenzell Ausserrhoden soll durch eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe beobachtet werden.</p> <p>Die Arbeitsgruppe soll frühzeitige Entwicklungen in der ambulanten Versorgung erkennen und Massnahmen zuhanden des Departements Gesundheit vorschlagen.</p> <p>Die Arbeitsgruppe soll unter der Leitung des Amtes für Gesundheit wie folgt zusammengesetzt werden: Hausärzteverein, Spitex, ambulante Psychiaterinnen und Psychiater, Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker, Therapeuten, Heime und Gemeinden.</p>
Stand 2014 in Umsetzung	<p>Die Arbeitsgruppe «Monitoring ambulante Gesundheitsversorgung» hat im Herbst 2014 einen Zwischenbericht zuhanden des Departements Gesundheit erstellt. Die Arbeitsgruppe schätzt die ambulante somatische Versorgung in den meisten Fällen weiterhin gut ein. Kritisch wird indessen die künftige medizinische Grundversorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte beurteilt. Ein akuter Mangel besteht im Bereich der psychiatrischen Versorgung für Erwachsene und insbesondere für Kinder und Jugendliche. Die Arbeitsgruppe hat folgende Empfehlungen formuliert:</p> <ul style="list-style-type: none">- Gemeinden mit einem bevorstehenden Versorgungsproblem im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung sind auf die ungünstige Entwicklung aufmerksam zu machen. Als möglicher Weg empfiehlt sich die Schaffung eines Gesundheitszentrums respektive einer interdisziplinären Gruppenpraxis. Solche Lösungen verbessern die Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten und können die dezentrale, ambulante und wohnortnahe Grundversorgung sicherstellen und optimieren. In gemeindeübergreifender Zusammenarbeit kann für regionale Gesundheitszentren gewährleistet werden, dass das Patientenvolumen einen wirtschaftlichen Praxisbetrieb erlaubt. Die Bereitstellung entsprechender Rahmenbedingungen liegt in kommunaler Zuständigkeit. Der Kanton soll den Gemeinden bei Bedarf fachliche Unterstützung anbieten.- Qualifiziertes Gesundheitsfachpersonal kann einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die Versorgung mit medizinischen Leistungen sicherzustellen. Heute sind die Behandlungskompetenzen von Gesundheitsfachpersonen ohne ärztliche Ausbildung eingeschränkt. Es ist somit zu prüfen, inwiefern die Kompetenzen ausgeweitet werden können, um damit die ärztlichen Leistungserbringerinnen und -erbringer zu entlasten und Kapazitäten zu schaffen.- Die Zusammenarbeit von Schulmedizin und Komplementärmedizin, aber auch die Zusammenarbeit zwischen den Kliniken und den ambulanten Praxen kann und muss verbessert werden. Die Nutzung dieses Potentials gilt es zu prüfen. Daraus sind Massnahmen mit allen Akteuren zu entwickeln.

- Im Bereich der ambulanten psychiatrischen Versorgung ist eine interkantonale Koordinationsgruppe zu bilden, in welcher alle für die psychiatrische Versorgung wichtigen Institutionen und Berufsgruppen vertreten sind. Alle im Kanton tätigen Gesundheitsfachpersonen sollen ihren Beitrag an eine zeitgemässe ambulante psychiatrische Versorgung leisten können. Zu prüfen ist auch hier eine gezielte Delegation von Aufgaben an andere Berufsgruppen, welche den Versorgungsprozess unterstützen können.

Die Empfehlungen und vorgeschlagenen Massnahmen werden im Departement Gesundheit geprüft, sofern die Zuständigkeit beim Kanton liegt. Die Umsetzung der Massnahmen ist von den verfügbaren finanziellen Mitteln des Kantons abhängig.

3.3.6 Unterstützung von pflegenden Angehörigen

Zentrale Anlaufstelle für die Unterstützung von pflegenden Angehörigen

Zielsetzung 2012	Pflegende Angehörige sollen bei Fragen und Problemen eine institutionalisierte Anlaufstelle im Kanton vorfinden. Diese berät die Personen fachlich und vermittelt Unterstützung, wenn den Angehörigen Ressourcen fehlen.
Stand 2014 in Abklärung	Projektstart ist gemäss Gesundheitsbericht 2012 frühestens auf 2015 geplant.

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 76.

3.4 Stationäre Gesundheitsversorgung: Wichtige Veränderungen

In diesem Kapitel sind die wichtigsten Veränderungen seit 2012 dargestellt, die in der stationären Gesundheitsversorgung Appenzell Ausserrhoden zu verzeichnen sind. Anschliessend findet sich ein Zwischenstand zu den im Gesundheitsbericht 2012 aufgeführten Herausforderungen. Das Kapitel wird abgeschlossen mit einer Übersicht zum Stand der Umsetzung der 2012 beschlossenen Massnahmen.

3.4.1 Revision Krankenversicherungsgesetz: Auswirkungen

Die Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung und Spitalplanung⁹⁸ strebt eine verstärkte Berücksichtigung marktwirtschaftlicher Wettbewerbselemente über Preis und Qualität an. Ob dieses Ziel erreicht wird, kann (noch) nicht abschliessend beurteilt werden, sind doch die Neuerungen erst seit kurzem wirksam. Dies gilt insbesondere für die Einführung diagnosebezogener Fallgruppen (Diagnosis Related Groups DRG)⁹⁹ und deren Auswirkungen auf Preis und Qualität.

Seit 2012 können Patientinnen und Patienten frei entscheiden, wo sie sich stationär behandeln lassen. Wenn das Spital der Wahl mit der zu erbringenden medizinischen Leistung auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, übernehmen die Versicherung und der Kanton gemäss vorgesehenem Verteilschlüssel die Kosten. Ebenfalls voll entschädigt werden Notfälle sowie Aufenthalte, für welche der Kanton eine Kostengutsprache leistet. Wahleingriffe ohne Kostengutsprache in Spitälern, welche nicht auf der kantonalen Spital-

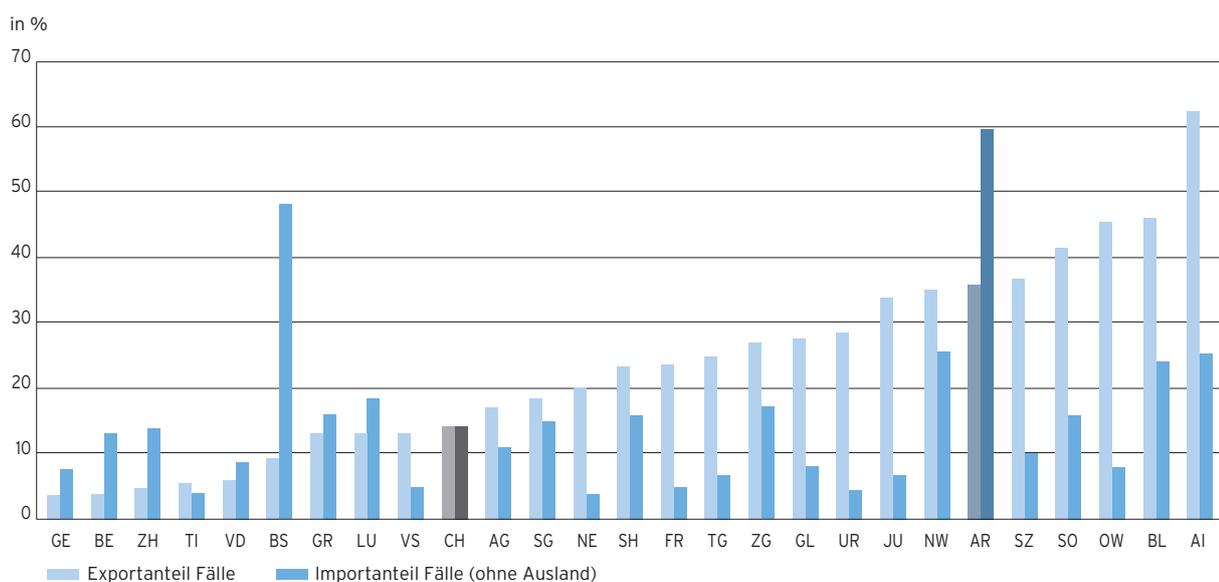
98 Die Revision ist in Kraft seit 1. Januar 2012.

99 Diagnosis Related Groups (DRG): Dabei handelt es sich um ein Patientenklassifikationssystem, das Patienten anhand von medizinischen und weiteren Kriterien, wie z.B. Diagnosen, Behandlungen, Aufenthaltsdauer usw., in möglichst homogene Gruppen einteilt, http://www.swissdr.org/de/07_casemix_office/Wichtige_Begriffe.asp?navid=31, abgerufen am 24.7.2014.

liste geführt werden, werden nur bis zum Referenztarif bezahlt. Der Referenztarif entspricht demjenigen Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt. Für Kosten, welche den Referenztarif übersteigen, haben die Patientinnen und Patienten (Selbstzahlende) oder deren Krankenversicherer (Zusatzversicherung) aufzukommen.

In Appenzell Ausserrhoden stieg der Anteil ausserkantonaler Patientinnen und Patienten, welche sich in Kliniken in Appenzell Ausserrhoden stationär behandeln liessen, um 8.4 % an, von 51.2 % im Jahr 2010 auf 59.6 % im Jahr 2012 (vgl. Abb. 8).

Abb. 8: Interkantonale Patientenbewegungen in der stationären Akutsomatikversorgung 2012



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

Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, 2012; Auswertung Obsan, 2014

Ein wesentlicher Teil des Patientenimports erfolgte bei den Geburten, wie die folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 2: Geburten an Spitälern in Appenzell Ausserrhoden 2009-2012

Wohnkanton	2009	2010	2011	2012
AG	0	0	1	0
AI	35	23	33	64
AR	305	331	345	360
BE	0	1	0	0
GR	0	0	0	1
SG	589	609	635	732
SO	1	1	0	0
TG	30	25	31	29
ZH	4	2	1	0
Ausland	1	0	2	2
Total	965	992	1048	1188

Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, 2009-2012; Auswertung Departement Gesundheit, 2014

Die gesetzlichen Neuerungen haben die Erstellung neuer Spitallisten zur Folge. Dabei kommt in der Mehrheit der Kantone ein durch die Gesundheitsdirektion Zürich entwickeltes Modell zur Anwendung, welches medizinische Leistungen gruppiert und die Anforderungen je Leistungsgruppe definiert. In Anlehnung an dieses Modell wurden auch in Appenzell Ausserrhoden neue Anforderungen an die Spitäler definiert. Dieses Vorgehen bringt einen koordinativen Effekt mit sich. Zudem prüfen die Kantone nun bereits bei der Erstellung ihrer Spitallisten, welche Anforderungen eine Qualitätssteigerung zur Folge haben dürften. Die gezielte Entwicklung zu mehr Qualität wird seit 2011 auch durch den Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ vorangetrieben. ANQ führt in den Versorgungsbereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie die Erhebung und Auswertung von Daten aller Spitäler durch. Seit der Erhebung von 2011 wurde der Messplan deutlich erweitert. Die Publikation erster vergleichbarer Ergebnisse ist auf Oktober 2014 geplant und wird die Qualitätsfragen weiter ins Zentrum rücken. Ob damit das Ziel der KVG-Revision, den Wettbewerb über die Qualität der angebotenen Leistungen zu erhöhen, erreicht wird, kann noch nicht beurteilt werden.

3.4.2 Neue Spitallisten

Auf den Zeitpunkt der Einführung der neuen Spitalfinanzierung am 1. Januar 2012 hat Appenzell Ausserrhoden eine Spitalplanung erstellt und die Spitallisten für die Versorgungsgebiete Akutsomatik und Rehabilitation in Kraft gesetzt. Diese Spitallisten genügten den Anforderungen des revidierten KVG und stellten eine bedarfsgerechte Spitalversorgung der Bevölkerung von Appenzell Ausserrhoden sicher, wie die Evaluation der Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 im Rahmen der Spitalplanung 2013/2014 zeigte. Weil die Listen 2012 den Versorgungsbedarf grösstenteils deckten, betrafen die Anpassungen für die Spitallisten Appenzell Ausserrhoden 2013/2014 lediglich einige wenige Leistungen. Es wurden keine neuen Spitäler gelistet und es wurde keinem Listenspital der Leistungsauftrag komplett entzogen. Per 1. Januar 2013 setzte der Regierungsrat die Spitallisten 2013/2014 Akutsomatik und Rehabilitation in Kraft, die auf den 1. Januar 2015 erneuert werden.

Im Versorgungsbereich Psychiatrie wurde auf den 1. Januar 2014 eine neue Spitalliste in Kraft gesetzt. Damit konnte insbesondere auch die seit langem ausgewiesene Lücke im Bereich der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie vertraglich geschlossen werden. Neben den Spitälern im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind auf der Liste auch Spitäler der forensischen Psychiatrie aufgeführt. Folgende Spitäler haben für die Jahre 2014 und 2015 einen Leistungsauftrag erhalten:

Tabelle 3: Spitäler und Kliniken der psychiatrischen Versorgung mit einem Leistungsauftrag von Appenzell Ausserrhoden 2014/2015

Kanton	Klinik
AR	Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden (Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden)
GR	Klinik Beverin (Psychiatrische Dienste Graubünden)
SG	Alkoholkurzeittherapie PSA am Spital Wattwil (Spitalregion Fürstenland Toggenburg)
SG	Klinik Sonnenhof, Ganterschwil
SG	Psychiatrische Klinik Wil (St. Gallische Kantonale Psychiatrische Dienste Sektor Nord)
SG	Romerhuus (Stiftung Ostschweizerisches Säuglings- und Kinderspital)
TG	Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Littenheid (Clenia Littenheid AG)
TG	Psychiatrische Klinik Münsterlingen (Spital Thurgau AG)
ZH	Forel Klinik, Ellikon an der Thur
ZH	Zentrum für Integrative Psychiatrie, Rheinau (Psychiatrische Universitätsklinik Zürich)

Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2014

Die vollständige Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2014 Psychiatrie mit den psychiatrischen Leistungen der jeweiligen Spitäler steht unter www.ar.ch/spitalliste zur Verfügung.

3.4.3 Koordination der hochspezialisierten Medizin (HSM)

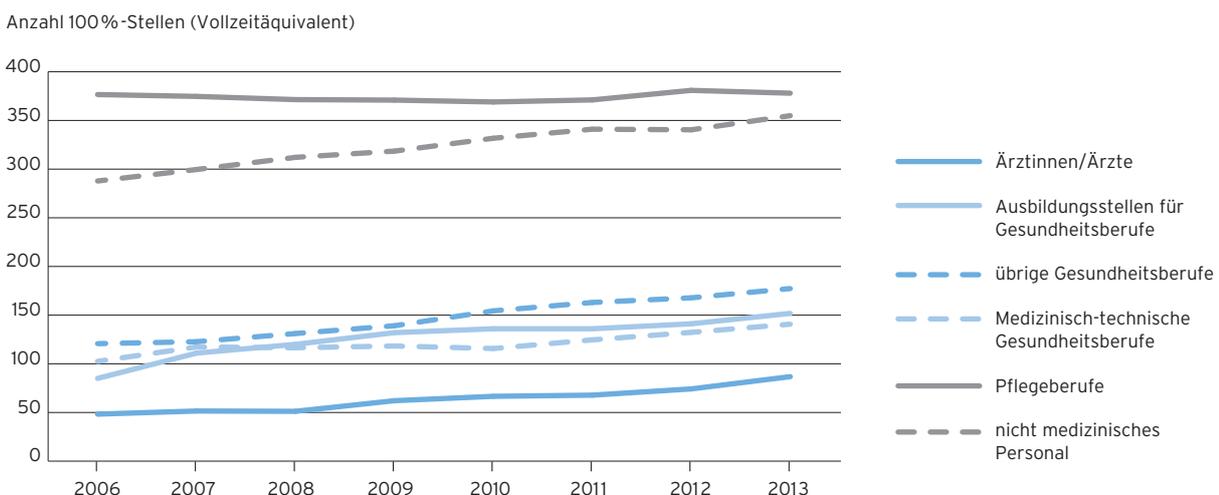
Nach Art. 39 Abs. 2bis KVG sind die Kantone beauftragt, für den Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) eine gesamtschweizerische Planung zu erstellen. Für die Umsetzung dieses Auftrags haben sich die Kantone im Rahmen der Interkantonalen Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin IVHSM zur gemeinsamen Planung und Zuteilung von hochspezialisierten Leistungen verpflichtet. Für die hochspezialisierte Medizin gibt es somit nur noch eine einzige, von allen Kantonen getragene Planung, welche im Hinblick auf eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und wirtschaftlich erbrachte medizinische Versorgung erfolgt.

Die Kantone haben die Zuständigkeit zum Erlass der Spitalliste für den Bereich der hochspezialisierten Medizin dem HSM-Beschlussorgan übertragen. In verschiedenen Teilbereichen sind seit Inkrafttreten der Vereinbarung am 1. Januar 2009 Leistungszuteilungen verabschiedet worden. Gleichzeitig muss sich das HSM-Beschlussorgan aufgrund der Befristung bereits gefällter Entscheide auch mit Reevaluationen verbindlich geregelter Bereiche auseinandersetzen. Beschwerden gegen die Entscheide des HSM-Beschlussorgans sind beim Bundesverwaltungsgericht hängig und haben dazu geführt, dass das Vorgehen des Beschlussorgans überprüft wurde. Dadurch verzögert sich der Prozess zur Koordination der hochspezialisierten Medizin.

3.4.4 Personalentwicklung in der stationären Gesundheitsversorgung

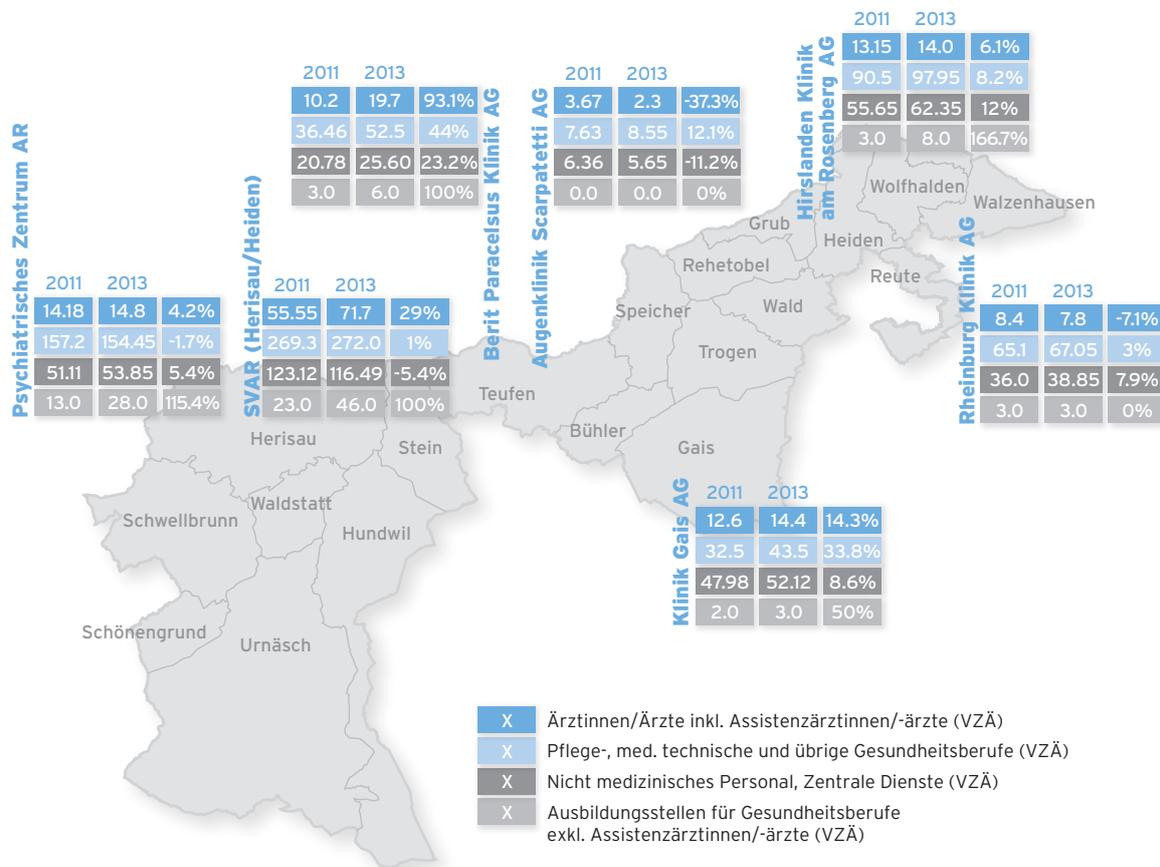
Wie die nachfolgende Grafik aufzeigt, steigen die Stellenprozente im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung in den Ausserrhoder Spitälern weiter an. Dieser Anstieg korreliert mit dem Patientenwachstum. Neben einem Anstieg im Bereich der zentralen Dienste ist auch bei der Anzahl Ärztinnen und Ärzte ein Anstieg zu verzeichnen. Der Rückgang im Bereich «Pflegerberufe» ist mit neuen Berufsbezeichnungen zu erklären. Neu sind Personen aus dem Bereich «Pflegerberufe» auch in den Kategorien «übrige Gesundheitsberufe» und «medizinisch-technische Gesundheitsberufe» enthalten (Niveau Höhere Fachschule und Niveau Fachhochschule). Die Anzahl Gesundheitsfachpersonen in diesen Kategorien ist 2013 im stationären Bereich weiter gestiegen.

Abb. 9: Alle Personalkategorien in den Ausserrhoder Kliniken: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads in allen Spitälern (Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006-2013



Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2014

Abb. 10: Personelle Zusammensetzung der Mitarbeiterschaft in den Spitälern in Appenzell Ausserrhoden 2013



Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2014

Der SVAR verzeichnet für das Jahr 2013 insgesamt und vor allem in der Akutsomatik einen grösseren Anstieg bei den Vollzeitäquivalenten (VZÄ) bei Ärzten und Ärztinnen. Im Wesentlichen ist dieses Wachstum auf die Besetzung vakanter Stellen zurückzuführen. Erfreulich ist auch das Wachstum, welches im Bereich der Ausbildungsstellen für Gesundheitsberufe im SVAR und bei den Privatkliniken (Berit Paracelsus Klinik AG, Hirslanden Klinik am Rosenberg AG und Klinik Gais AG) ausgewiesen wird.

Die Berit Paracelsus Klinik AG verzeichnet bei den Ärztinnen und Ärzten ein beträchtliches Wachstum, während das Wachstum in diesem Bereich bei der Klinik Gais AG und der Hirslanden Klinik am Rosenberg AG moderater ausfiel oder bei der Augenklinik Scarpatetti AG im Verhältnis relativ stark und moderater bei der Rheinburg Klinik AG sank. Die Pflege- und Gesundheitsberufe verzeichneten vor allem in der Berit Paracelsus Klinik AG als auch in der Klinik Gais AG stärkere Anstiege. Bis auf die Augenklinik Scarpatetti AG war bei allen Privatkliniken mit einem Standort im Kanton 2013 mehr nicht medizinisches Personal angestellt, während der SVAR für 2013 in dieser Kategorie weniger VZÄ ausweist.

Weiterhin wird der steigende Personalbedarf zu einem grossen Teil mit Gesundheitsfachpersonen aus dem Ausland abgedeckt. Die Personaldaten der Kliniken und Spitäler zeigen leicht ansteigende Zahlen beim ausländischen Gesundheitsfachpersonal. Diese Fachkräfte werden vorwiegend im EU/EFTA-Raum rekrutiert.

3.4.5 Stationäre Langzeitpflege (Pflegeheime)

Die Kantone sind gemäss KVG zur Planung eines bedarfsgerechten Platzangebots in Alters- und Pflegeheimen sowie zur Führung einer kantonalen Pflegeheimliste verpflichtet. Mit der Aufnahme einer stationären Alters- und Pflegeeinrichtung in die Liste erhält diese die Berechtigung, Pflegeleistungen an eine festgelegte Zahl allgemein versicherter Personen zu erbringen. Die Pflegeheimliste ist das zentrale Planungs- und Steuerungsinstrument, um im Kanton ein bedarfsgerechtes Angebot an Plätzen in Alters- und Pflegeheimen zu gewährleisten. Sie dient zudem zur Sicherstellung der Finanzierung der Pflegekosten in Alters- und Pflegeheimen. Der Regierungsrat passt die Pflegeheimliste periodisch neuen Gegebenheiten und Erfordernissen an.

Im Februar 2014 hat der Regierungsrat die Pflegeheimliste 2014 Appenzell Ausserrhoden genehmigt (vgl. Tabelle 4). In der Pflegeheimliste Appenzell Ausserrhoden 2014 sind 20 der 33 Alters- und Pflegeheime nur zur Leistungserbringung bis Pflegestufe 7 (von 12 Pflegestufen) zugelassen. Bei rund 60% der Einrichtungen müssen somit Bewohnende das Alters- und Pflegeheim wechseln, wenn ihre Pflegebedürftigkeit die Pflegestufe 7 übersteigt. Damit ist die Pflegegarantie nicht durchgehend gewährleistet. Die Pflegegarantie ist ein schweizweit anerkannter Standard und umfasst die Pflege über alle Pflegestufen, wodurch die Bewohnenden in der Regel bis zu ihrem Tod in der gewählten Einrichtung verbleiben können und dort die fachgerechte Pflege und Betreuung erhalten. Der Regierungsrat erachtet das Prinzip der Pflegegarantie als sinnvoll und als Verpflichtung gegenüber der älteren Bevölkerung in Appenzell Ausserrhoden. Damit die Pflegegarantie künftig als kantonaler Leistungsauftrag wahrgenommen werden kann, wurde das Departement Gesundheit beauftragt, unter Einbezug des Branchenverbands CURAVIVA Appenzellerland geeignete Massnahmen zu treffen für die Erhöhung des Anteils von Alters- und Pflegeheimen, welche zur Leistungserbringung in allen Pflegestufen zugelassen sind. Am 1. Januar 2015 tritt mit den Zulassungskriterien 2015 eine Übergangsregelung in Vollzug. Im Weiteren wurde das Departement Gesundheit beauftragt, die Pflegeheimplanung auf das Jahr 2016 zu erneuern und dem Regierungsrat zuhanden des Kantonsrates zu unterbreiten.

Der Regierungsrat von Appenzell Ausserrhoden hat die Gesuche um Aufnahme von zusätzlichen Plätzen in die Liste des Seniorenheims Bad Säntisblick in Waldstatt, der Stiftung Risi in Schwellbrunn und des neuen Pflegezentrums Urnäsch bewilligt. In der Pflegeheimliste 2014 sind neu 33 Alters- und Pflegeheime mit 1232 Plätzen zugelassen. Das sind Anfang 2014 46 Plätze mehr als bei der letzten Aktualisierung im 2012. Auch unter Berücksichtigung des Ausbaubedarfs aufgrund des demografischen Wandels in den nächsten Jahren erachtet der Regierungsrat die Gesamtzahl als bedarfsgerecht.

In der zweiten Jahreshälfte 2014 haben die Heime «Ob dem Holz» (Schliessung per 30.6.) und das «Paula Koller Haus» (Schliessung per 30.9.) ihren Betrieb eingestellt. Der Zuwachs an Plätzen beträgt Ende 2014 somit noch 16 Plätze gegenüber den Zahlen von 2012.

Tabelle 4: Pflegeheimliste Appenzell Ausserrhoden 2014

Bezeichnung der Einrichtung	Standortgemeinde	Zulassung bis Pflegestufe	Total Plätze (inkl. Plätze für Personen ohne Pflegebedarf)
Gemeindealtersheim Chräg	Urnäsch	7	(30)
Ab ca. September 2014: Pflegezentrum Urnäsch		12*	32
Alterswohnheim Dreilinden	Herisau	7	24
Stiftung Altersbetreuung Herisau	Herisau		
– Heinrichsbad		12*	157
– Ebnet		12*	48
Privates Altersheim Johannesbad	Herisau	7	22
Alterspsychiatrisches Wohn- und Pflegezentrum	Herisau	12*	65
Betreuungszentrum Risi	Schwellbrunn		
– Haus Risi		12*	26
– Haus Sonnenberg		7	30
Privates Altersheim Erika	Hundwil	7	24
Gemeinde-Altersheim Pfand	Hundwil	7	24
Altersheim Büel	Stein	7	23
Seniorenheim Bad Säntisblick	Waldstatt	12*	63
Total Hinterland			538
Alters- und Pflegeheime Teufen	Teufen		
– Haus unteres Gremm		12*	62
– Haus Bächli		7	28
– Haus Lindenhügel		12*	36
Alters- und Pflegeheim Wohnen am Rotbach	Bühler	7	26
Alterszentrum Rotenwies	Gais	12*	54
Paula Koller Haus	Gais	7	12
Hof Speicher	Speicher	12*	35
Gemeindealtersheim Boden	Trogen	7	25
Alters- und Pflegeheim Haus Vorderdorf	Trogen	12*	43
Haus Lindenbühl	Trogen	7	24
Total Mittelland			345
Alters- und Pflegeheim Krone	Rehetobel	12*	57
Altersheim «ob dem Holz»	Rehetobel	7	23
Gemeindealtersheim Obergaden	Wald	7	13
Alterswohnheim Weiherwies	Grub	7	38
Gemeindealtersheim Quisisana	Heiden	7	37
Betreuungs-Zentrum Heiden, Regionales Pflegeheim	Heiden	12*	65
Seniorenwohnheim Brenden	Lutzenberg	7	19
Alterswohnheim Walzenhausen	Walzenhausen	7	28
Wohnheim «Haus im Ruthen»	Walzenhausen	4	24
Gemeindealters- und Pflegeheim Watt	Reute	7	17
SENIOfcare AG, Wohn- und Pflegeheim Sonnenschein	Reute	12*	28
Total Vorderland			349
Total Kanton Appenzell Ausserrhoden			1 232

* Zulassung auch für Leistungen der stationären Akut- und Übergangspflege.

Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2014

3.4.6 Akut- und Übergangspflege

Mit dem Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung wurde per 1. Januar 2011 die neue Tarifkategorie der «Akut- und Übergangspflege» geschaffen. Leistungen daraus schliessen an einen Spitalaufenthalt an. Sie werden - wenn medizinisch nötig - durch eine Spitalärztin oder einen Spitalarzt verschrieben und sind auf 14 Tage befristet. Die im Kanton zugelassenen Spitexorganisationen sind berechtigt, ambulante Leistungen der Akut- und Übergangspflege zu erbringen. Der Regierungsrat hat im Februar 2014 den Leistungsauftrag jener Pflegeheime erweitert, die auf der kantonalen Pflegeheimliste bis zur höchsten Pflegestufe 12 zugelassen sind. Diese Einrichtungen können neu auch Leistungen der stationären Akut- und Übergangspflege erbringen (vgl. Tabelle 4).

3.5 Stationäre Gesundheitsversorgung: Herausforderungen - Zwischenstand

3.5.1 Kostendruck

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 107.

Im Gesundheitsbericht 2012 wurde ausgeführt und begründet, weshalb sich für die Spitäler Wettbewerb und Kostendruck erhöhen. Stationäre Einrichtungen in der akutsomatischen Versorgung sind seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung auf den 1. Januar 2012 einem erhöhten Kostendruck ausgesetzt. Der Systemwechsel auf Fallpauschalen in der Akutsomatik erhöht die Vergleichbarkeit zwischen den Leistungserbringern. Für den Kanton bedeutet dies mehr Transparenz darüber, welche Leistungen zu welchen Konditionen vergütet werden.

In den Jahren 2013 und 2014 sanken die Tarife in Appenzell Ausserrhoden um rund 0.3%, was für den Kanton vorteilhaft ist und gleichzeitig den Druck auf die Spitäler erhöht, wirtschaftlich zu arbeiten. Dies betrifft insbesondere ausreichende Fallzahlen, effiziente und wirtschaftliche Betriebsabläufe, eine optimale Nutzung der vorhandenen Infrastruktur, ein den medizinischen Trends entsprechendes Angebot, die Nutzung von Synergien durch Partnerschaften oder die Einbindung in Netzwerke. Die Steuerung soll über die Preise wie auch über die Qualität erfolgen. Hier spielt sich der Wettbewerb insbesondere in den Bereichen qualifiziertes Personal und ausgewiesene Qualitätssicherung ab.

Mit der neuen Spitalfinanzierung waren im Bereich der Akutsomatik alle Tarife per 1. Januar 2012 neu zu beurteilen. Weil die Spitäler ihre Tarifverträge zudem mit verschiedenen Tarifpartnern aushandeln,¹⁰⁰ haben die Kantone eine grosse Zahl von Tarifverfahren zu bewältigen. Sind sich die Vertragsparteien einig, erfolgt ein Genehmigungsverfahren. Bei fehlender Einigung wird der Tarif durch die Kantone festgesetzt. In Appenzell Ausserrhoden konnten sich die Vertragsparteien in den Versorgungsbereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie bisher einigen, weshalb der Kanton aktuell keine Festsetzungsverfahren durchführen muss und sich auf Genehmigungsverfahren beschränken kann. Damit die Spitäler auch während der oft langwierigen Verfahren ihre Leistungen abrechnen können, erlässt Appenzell Ausserrhoden vorsorgliche Tarife.

3.5.2 Konzentration der Leistungen auf einzelne Zentren

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 108.

Im Gesundheitsbericht 2012 wurde ausgeführt, dass die Erbringung von Leistungen der stationären Grundversorgung von mehreren Spitälern sinnvoll ist, eine gleichzeitige Konzentration gewisser Leistungen indessen auch die Wettbewerbsfähigkeit erhöhen kann. Von den Spitälern Herisau und Heiden wird ein breites Grundversorgungsangebot bereitgestellt. Die Privatspitäler mit Standort in Appenzell Ausserrhoden wiesen bereits 2012 ein konzentriertes Leistungsspektrum auf, insbesondere im Bereich Orthopädie. Eine weitere Konzentration der Leistungen hat seit 2012 nicht stattgefunden.

100 Z.B. Assura-Supra (bis Ende 2013), Einkaufsgemeinschaft HSK, tarifsuisse AG.

3.5.3 Interkantonale Spitalplanung

Im Gesundheitsbericht 2012 wurde festgestellt, dass für Appenzell Ausserrhoden eine interkantonale Zusammenarbeit in der Spitalplanung notwendig ist, da der Kanton die Versorgungssicherheit mit eigenen Spitälern nicht gewährleisten kann. Das KVG sieht vor, dass die Kantone ihre Spitalplanungen koordinieren und präzisiert diese Vorgabe in Art. 58d der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV, SR 832.102) dahingehend, dass die Kantone insbesondere die Informationen über die Patientenströme auswerten und austauschen sowie die daraus resultierenden Planungsmassnahmen koordinieren. In der hochspezialisierten Medizin findet die Planung gesamtschweizerisch koordiniert auf Konkordatsbasis statt. Appenzell Ausserrhoden unterstützt die Bestrebungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK zur Harmonisierung der Spitalplanungen. Unter anderem wirkt der Kanton mit bei der Ausarbeitung von Empfehlungen zur Spitalplanung und Spitalliste. Zudem findet das Modell der Spitalplanungs-Leistungsgruppen in Appenzell Ausserrhoden Anwendung. Für die Evaluation der Patientenströme wurden bislang die frei zugänglichen Daten der Medizinischen Statistik des Bundesamts für Statistik BFS ausgewertet. Die resultierenden Planungsmassnahmen wurden bis anhin in erster Linie mit den ausser- und innerkantonalen Leistungserbringern koordiniert. Auf interkantonomer Ebene erfolgte eine Information über den Verlauf und die Entscheidung des Spitalplanungsverfahrens. Andere Kantone wurden insbesondere bei Fragen im Zusammenhang mit der Anwendung der Planungsinstrumente konsultiert.

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 108.

3.5.4 Notfallversorgung älterer Menschen

Im Gesundheitsbericht 2012 wurde die Herausforderung ausgeführt, den demografisch begründeten Anstieg notfallbedingter Eintritte älterer Menschen ins Spital und den Aufwand für die notwendigen Vorhalteleistungen in eine angemessene Balance zu bringen. Diese Herausforderung besteht weiterhin, denn Notfalleintritte mit anschliessender Hospitalisierung von über 65-jährigen Menschen werden zu über 75 %¹⁰¹ in Appenzell Ausserrhoden, in den Kliniken Herisau und Heiden, behandelt. Rund 17 % der Notfälle treten im Kanton St. Gallen in eine Klinik ein. Die restlichen Prozente verteilen sich auf die anderen Kantone.

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 108.

Die Anzahl stationärer Eintritte älterer Menschen, die notfallmässig erfolgen, hat zwischen 2009 (1578) und 2012 (1633) zugenommen. Bei den über 65-Jährigen insgesamt sind Notfalleintritte und geplante oder angemeldete Spitaleintritte in etwa ausgeglichen. Dieses Verhältnis ist zwischen 2009 und 2012 stabil geblieben. Mit zunehmendem Alter verschiebt es sich in Richtung Notfalleintritte. Bei der Personengruppe mit einem Eintrittsalter von über 80 Jahren steigt der Wert auf gegen 70 %, d.h. ältere Menschen treten wesentlich öfter als Notfall in eine Klinik ein. Ob der demografische Wandel zu einer weiteren Zunahme von Notfällen älterer Menschen führen wird, kann zurzeit noch nicht gesagt werden, scheint aber wahrscheinlich. Die Betreuung von Notfalleintritten erfordert eine gewisse Kapazitätsreserve, damit die Patientinnen und Patienten auch aufgenommen werden können. Je mehr Eintritte notfallmässig erfolgen, desto schwieriger gestaltet sich die Planung der benötigten Ressourcen. Die Entwicklungen in diesem Bereich sind in den verschiedenen Alterssegmenten weiter zu beobachten, um bei Bedarf frühzeitig und angemessen reagieren zu können.

3.5.5 Personalengpässe an Spitälern und Kliniken

Im Gesundheitsbericht 2012 wurde der Mangel an Gesundheitsfachpersonen auch in der stationären Versorgung ausgeführt. Diese Herausforderung verschärft sich in Form von Personalengpässen weiterhin. Spitäler und Kliniken werden nur zugelassen, wenn sie über genügend und qualifiziertes Fachpersonal verfügen. Aus diesem Grund versuchen Institutionen

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 109.

101 Im Folgenden: Bundesamt für Statistik BFS: Medizinische Statistik der Krankenhäuser, 2009-2012; Auswertung Departement Gesundheit 2014.

im Gesundheitswesen, Vakanzen so rasch als möglich zu besetzen. Dabei bestehen zunehmend Schwierigkeiten, das notwendige Fachpersonal zu rekrutieren.

3.5.6 Personalrekrutierung in den Alters- und Pflegeheimen

Im Gesundheitsbericht 2012 wurde die Personalrekrutierung vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung als Herausforderung benannt. In den Alters- und Pflegeheimen gestaltet sich die Rekrutierung von Gesundheitsfachpersonal mit Ausbildung auf Tertiärstufe weiterhin als schwierig. Weniger ausgeprägt gilt dies auch für die Besetzung ausgeschriebener Stellen für Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit. Der Ausbildungsauftrag der Alters- und Pflegeeinrichtungen kann nur teilweise wahrgenommen werden. Die Alters- und Pflegeheime können die Kompetenzen gemäss den Vorgaben des Rahmenlehrplanes für das Berufsprofil dipl. Pflegefachfrau HF / dipl. Pflegefachmann HF vielfach nicht selber sicherstellen. Daher bietet sich eine Ausbildung im Verbund an. 2013 hat in Zusammenarbeit mit dem Branchenverband CURAVIVA Appenzellerland das Amt für Soziale Einrichtungen das Projekt «Ausbildungsverbund HF-Pflege-Institutionen Langzeitpflege und -betreuung» gestartet. Fünf Alters- und Pflegeeinrichtungen sind hoch motiviert und bereit, ihre Ausbildungsaufgaben im Verbund aufzunehmen.

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 109.

3.6 Stationäre Gesundheitsversorgung: Massnahmen - Stand der Umsetzung

3.6.1 Gemeinsamer Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 111.

Schaffung eines gemeinsamen Spitalverbunds mit dem Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden SVAR und dem kantonalen Spital Appenzell Innerrhoden	
Zielsetzung 2012	Entwicklung einer gemeinsamen Organisations- und Führungsstruktur.
Stand 2014 abgebrochen	Der Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (SVAR) ist seit Anfang 2012 nicht mehr eine Organisationseinheit der kantonalen Verwaltung, sondern eine selbstständige öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons. Als selbstständiger Betrieb führte der SVAR gemeinsam mit dem Spital Appenzell in einem ergebnisoffenen Prozess Abklärungen zu Risiken und Chancen für einen gemeinsamen Spitalverbund Appenzellerland (SVAL) durch. Nach intensiven Abklärungen kamen die Beteiligten Anfang 2014 zum Schluss, dass sich die erwarteten Vorteile im Rahmen der Analysen als zu wenig ergiebig gezeigt haben. Die Zusammenarbeit auf betrieblicher Ebene wird aber weitergeführt.

3.6.2 Koordination in der stationären psychiatrischen Versorgung

Die Zusammenarbeit mit den Ostschweizer Kantonen im Bereich der stationären psychiatrischen Angebote soll verbessert werden.

Zielsetzung 2012	<p>Koordination der stationären psychiatrischen Versorgung zwischen den Kantonen Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, St. Gallen und Thurgau.</p> <p>Kostenoptimierung in der stationären psychiatrischen Versorgung.</p> <p>Entschärfung des grossen Mangels an medizinischem, pflegerischem und therapeutischem Fachpersonal.</p>
Stand 2014 zurückgestellt	<p>Die Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2014 Psychiatrie berücksichtigt neben dem PZA des SVAR die umliegenden ausserkantonalen psychiatrischen Kliniken mit einem versorgungsrelevanten Angebot.</p> <p>Wie im Kanton Appenzell Ausserrhoden wurden in verschiedenen umliegenden Kantonen vor kurzem neue Spitallisten in der Psychiatrie erstellt.</p> <p>Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie prüfen die GDK Ost-Kantone, ob Koordinationsmöglichkeiten bestehen, da tendenziell zu wenige Plätze vorhanden sind, weshalb für die Kinder und Jugendlichen erhebliche Wartezeiten entstehen können.</p> <p>Ebenso ist in der forensischen Psychiatrie in geschlossenen Massnahmenstationen das Platzangebot knapp. Die Zusammenarbeit der Kantone (Appenzell Ausserrhoden eingeschlossen) wird im Rahmen des Konkordates der Ostschweizer Kantone über den Vollzug von Strafen und Massnahmen vom 29. Oktober 2004 (bGS 341.2) sowie über die im Rahmen des Konkordats erlassenen Richtlinien geregelt. Verschiedene Spitäler bauen ihre Leistungen aus.</p>

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 111.

3.7 Weitere Herausforderungen im Gesundheitswesen: Zwischenstand

3.7.1 Aus- und Weiterbildung

In Appenzell Ausserrhoden werden nach wie vor zu wenige Gesundheitsfachpersonen ausgebildet, um den Bedarf nachhaltig decken zu können. Die 2013 eingesetzte Arbeitsgruppe «Monitoring Gesundheitsfachpersonen in Ausbildung» hat den Bedarf an Ausbildungsplätzen auf allen Stufen analysiert. Sie kommt zum Schluss, dass die Ausbildungsplätze um mindestens 25 % erhöht werden müssen. Ein Mangel besteht vor allem bei den Ausbildungsplätzen für Pflegefachpersonen auf dem Weg zu einem Abschluss auf Tertiärstufe. Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass fast in allen Einrichtungen mit Bedarf an medizinischem Fachpersonal diese Berufe auch ausgebildet werden, allerdings nicht in der benötigten Anzahl. Nur sehr kleine Alters- und Pflegeeinrichtungen bieten keine Ausbildungsplätze an. Stationäre Einrichtungen sind aufgrund der Leistungsvereinbarungen verpflichtet, Gesundheitsfachpersonen auszubilden, um ihren fluktuationsbedingten Bedarf zu decken. Bei den Spitälern mit einem Standort im Kanton sieht der Leistungsauftrag die Möglichkeit vor, dass der Kanton die Anzahl Ausbildungsplätze und Weiterbildungsmöglichkeiten in für die Spitäler wichtigen Berufen festlegt. Bisher hat der Kanton von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch gemacht (vgl. in diesem Zusammenhang auch Art. 52d Abs. 1 lit. f GG). Die Arbeitsgruppe «Monitoring Gesundheitsfachpersonen in Ausbildung» hat zuhanden des Departements Gesundheit Empfehlungen und Massnahmenvorschläge erarbeitet, die vom Kanton geprüft werden (vgl. 3.8.2).

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 112-115.

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 115-117.

3.7.2 Geriatrische Versorgung

Die geriatrische Versorgung wird aufgrund des demografischen Wandels, der Zunahme von chronischen Erkrankungen und von Multimorbidität künftig an Bedeutung noch zunehmen. Alterserkrankungen bleiben oft nicht diagnostiziert oder behandelt. Chronische Einschränkungen und hoher Pflegebedarf können die Folge sein. Die Datenlage zur Erfassung der akutergeriatrischen Patientinnen und Patienten beziehungsweise der Patientinnen und Patienten mit geriatrischem Rehabilitationsbedarf ist nach wie vor ungenügend. Die Erarbeitung von Planungsgrundlagen ist auch notwendig, um die Strukturen, Prozesse und Angebote der geriatrischen Versorgung im ambulanten und stationären Bereich zeitgemäss weiterentwickeln zu können. Die Entwicklung geriatrischer Assessments ist ein erfolgversprechender Ansatz, um medizinische, psychosoziale und funktionelle Problemlagen umfassend angehen zu können. Das geplante Projekt zur Erarbeitung eines kantonalen Geriatriekonzepts wurde im Rahmen des Sparprogramms bis 2016 zurückgestellt.

3.7.3 Palliative Care

Die Umsetzung der «Nationalen Strategie Palliative Care» ist seit 2012 weiter vorangetrieben worden. Entwicklungsbedarf besteht in verschiedenen Bereichen. Es geht um Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen, um Finanzierungssysteme, um Sensibilisierung, Freiwilligenarbeit oder um spezifische Kompetenzen von Fachpersonen. Mitte 2014 hat der Bund den Kantonen mit dem «Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz»¹⁰² eine definitorische Grundlage zur Verfügung gestellt. Ziel ist es, die vielfältigen laufenden Arbeiten auf eine gemeinsame Grundlage stellen und in einen Gesamtkontext einordnen zu können. Bei der Erarbeitung des Palliative-Care-Konzepts Appenzell Ausserrhodon orientiert sich der Kanton an der Nationalen Strategie.

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 117-119.

3.8 Weitere Herausforderungen im Gesundheitswesen: Massnahmen - Stand der Umsetzung

3.8.1 Praxisassistentenstellen

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 114.

Ausbildungsstellen in hausärztlichen Praxen für angehende Hausärztinnen und Hausärzte	
Zielsetzung 2012	Ärztlichen Nachwuchs in der Hausarztmedizin fördern mittels Angeboten für praxisnahe Ausbildung angehender Hausärztinnen und Hausärzte
Stand 2014 in Umsetzung	Das Projekt Praxisassistenten ist bis 2017 verlängert worden. Der Kanton bietet eine Praxisassistentenstelle für angehende Hausärztinnen und Hausärzte an. Zu Beginn des Projektes waren Ressourcen für zwei Praxisassistentenstellen vorhanden. Da maximal eine Stelle besetzt werden konnte, wurde das Budget entsprechend revidiert. Das Programm ist erfolgreich, da das Interesse an der Hausarztmedizin bei allen Absolventinnen und Absolventen nachhaltig vorhanden ist.

102 Vgl. Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK und palliative.ch (2014).

3.8.2 Monitoring Gesundheitsfachpersonen in Ausbildung

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 115.

Monitoring der Entwicklung der Ausbildungsplätze im Gesundheitswesen	
Zielsetzung 2012	Die Zahl der Gesundheitsfachpersonen mit Abschluss und der Gesundheitsfachpersonen in Ausbildung wird regelmässig erhoben und beobachtet. Damit sollen Entwicklungen innerhalb des Kantons so früh als möglich erfasst werden.
Stand 2014 in Umsetzung	<p>Die Arbeitsgruppe hat eine Bedarfsanalyse für Gesundheitsfachpersonen erstellt, Empfehlungen formuliert und diese mit Blick auf die Kosten und die Wirksamkeit (KxW)¹⁰³ bewertet:</p> <p>Auch wenn die Zahl der Ausbildungsplätze resp. Studienplätze in den letzten Jahren bereits angestiegen ist, muss die Zahl um rund 25 % erhöht werden, damit langfristig der Bedarf nach Gesundheitsfachpersonal gedeckt werden kann (KxW: 20).</p> <p>Mit der Schaffung eines Ausbildungsverbundes Langzeitpflege können Synergien genutzt und der Austausch von Auszubildenden und Praktikantinnen/Praktikanten verbessert werden (KxW: 15).</p> <p>Mit einer gezielten Kommunikation bereits bestehender Vorteile ist die Attraktivität der Gesundheitsberufe für die Berufswahl, für eine Umschulung, für einen Spät- oder einen Wiedereinstieg zu erhöhen. Dazu gehört unter anderem die Möglichkeit zur Teilzeitarbeit (KxW: 16).</p> <p>Die Berufsberatungsstellen sind zur Rekrutierung von Auszubildenden einzubinden (KxW: 15).</p> <p>Die Schaffung eines Bildungsfonds ist zu prüfen. Mit den bereitzustellenden Mitteln sollen die Bildungseinrichtungen bei der Bereitstellung von Angeboten für eine Umschulung bzw. einen Spät- oder Wiedereinstieg bei Bedarf unterstützt werden (KxW: 9).</p> <p>Als weitere Massnahme zur langfristigen Sicherstellung der Gesundheitsversorgung ist bei der Berufsverweildauer anzusetzen und dafür zu sorgen, dass Gesundheitsfachpersonen länger in ihrem Beruf arbeiten. Hierzu braucht es eine Erhöhung der Attraktivität in den Bereichen Entschädigung, berufliche Aufstiegschancen, Arbeitszeitmodelle. Zudem soll mit gezielten gesundheitsfördernden Massnahmen die Verweildauer im Beruf gesteigert werden (KxW: 20).</p> <p>Bei der Personalrekrutierung sind vermehrt Wiedereinsteigerinnen und Wiedereinsteiger bei der Rückkehr in den Beruf zu unterstützen. Es sind Kurse anzubieten, um Interessierte auf die veränderten Rahmenbedingungen vorzubereiten. Ebenso sind gezielt Personen anzusprechen, welche sich eine berufliche Umschulung vorstellen können. Auch dieses Potenzial gilt es gezielt auszuschöpfen durch die Bereitstellung von Ausbildungsplätzen und Umschulungsmöglichkeiten (KxW: 16).</p> <p>Die Umsetzung der Empfehlungen und vorgeschlagenen Massnahmen wird im Departement Gesundheit geprüft. Die Umsetzung der Massnahmen ist von den verfügbaren finanziellen Mitteln des Kantons abhängig. Die Empfehlung «Ausbildungsverbund» ist in Umsetzung.</p>

103 KxW bedeutet Kosten mal Wirksamkeit, wobei gilt: Kosten: 1 Punkt für hohe Kosten / 5 Punkte für geringe Kosten. Wirksamkeit: 1 Punkt für geringe Wirksamkeit / 5 Punkte für hohe Wirksamkeit.

3.8.3 Geriatriekonzept Appenzell Ausserrhoden

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 117.

Zielsetzung 2012	Erarbeitung eines auf die Bedürfnisse und die zu erwartende demografische Entwicklung zugeschnittenen Geriatriekonzepts für Appenzell Ausserrhoden
Stand 2014 neuer Termin evtl. 2016	Geriatriekonzept wurde aus Ressourcengründen im Rahmen des Sparprogramms bis 2016 zurückgestellt.

3.8.4 Palliative Care Appenzell Ausserrhoden

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 119.

Zielsetzung 2012	<p>Die Ziele der Nationalen Strategie Palliative Care 2010-2012 werden sinngemäss in Appenzell Ausserrhoden in Zusammenarbeit mit dem Verein palliative ostschweiz und den bereits tätigen lokalen Palliative-Care-Organisationen umgesetzt.</p> <p>In Appenzell Ausserrhoden stehen genügend Angebote der Palliative Care zur Verfügung.</p> <p>Der Zugang zu Palliative-Care-Leistungen ist, unabhängig vom sozioökonomischen Status, für alle Menschen gewährleistet.</p> <p>Die Bevölkerung von Appenzell Ausserrhoden weiss um den Nutzen von Palliative Care und kennt deren Angebote.</p> <p>Die in der Palliative Care tätigen Fachpersonen und Freiwilligen verfügen über die erforderlichen stufengerechten Kompetenzen.</p>
Stand 2014 in Vorbereitung	Das Projekt Palliative Care Appenzell Ausserrhoden wurde im Frühling 2014 gestartet. Die vorhandenen Angebote der verschiedenen Kantonsregionen werden ermittelt und gemäss einem Gesamtkonzept miteinander vernetzt. Mit der Wahl der Themenfelder und der Vorgehensweise orientiert sich der Kanton an der National Palliative Care Strategie des Bundes.

IV Gesundheitsförderung und Prävention

4 Gesundheitsförderung und Prävention in Appenzell Ausserrhoden 2012 - 2014

In diesem Kapitel sind die wichtigsten Veränderungen seit 2012 dargestellt, die in der Gesundheitsförderung und Prävention in Appenzell Ausserrhoden zu verzeichnen sind. Anschliessend findet sich eine Übersicht zum Stand der Umsetzung der 2012 beschlossenen Massnahmen.

4.1 Gesundheitsförderung und Prävention: Zwischenstand

4.1.1 Psychische Gesundheit

Anfang 2014 hat die OECD den Bericht Psychische Gesundheit und Beschäftigung in der Schweiz vorgelegt. Psychische Erkrankungen verursachen der Schweizer Wirtschaft Kosten in der Höhe von etwa 3.2% des Brutto-Inland-Produkts (BIP). Für Appenzell Ausserrhoden entspricht dies rund 85 Millionen CHF pro Jahr.¹⁰⁴ Die Ausgaben für Krankentaggelder und IV-Renten sind hoch und zunehmend auf psychische Erkrankungen zurückzuführen. Bei den Invalidenrenten macht die Gruppe der Personen mit psychischer Beeinträchtigung inzwischen beinahe 40% aller Neurenten aus. Die psychiatrische Versorgung ist effizient, weist in der Schweiz aber erhebliche Defizite auf, was das Bewusstsein für arbeitsmarktbezogene Probleme von Patientinnen und Patienten anbelangt. Arbeitsbezogene Probleme sind weder in der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten noch bei der von ihnen begleiteten medizinischen Behandlung ein Thema. Durch eine bessere Nutzung der vorhandenen Ressourcen könnte das psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem bessere Ergebnisse für die berufliche Integration von Personen mit psychischen Störungen liefern.¹⁰⁵

Auch die Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung zur psychischen Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden legen es nahe, die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz sowie darüber hinaus auch die psychische Gesundheit im Alter im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention besonders im Auge zu behalten.

Mit dem Ostschweizer Forum Betriebliches Gesundheitsmanagement (Forum BGM) und dem Ostschweizer Forum psychische Gesundheit (OFPG) engagieren sich seit Dezember 2012 zwei Vereine, um das Thema der psychischen Gesundheit in den Mitgliedskantonen sowie die Entwicklung von Massnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung kantonsübergreifend voranzubringen.

→ Das Referenzkapitel zur Gesundheitsförderung und Prävention in Appenzell Ausserrhoden für einen Vergleich mit dem Stand 2012 sowie für weitergehende Information findet sich im Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012 auf den Seiten 120-137.

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 122.

104 2012 betrug das nominelle Bruttoinlandprodukt BIP in Appenzell Ausserrhoden 2.65 Milliarden CHF. Vgl. Ecopol (2013): S. 27.

105 Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (2014): S. 15, 19.

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 123.

4.1.2 Krebserkrankungen

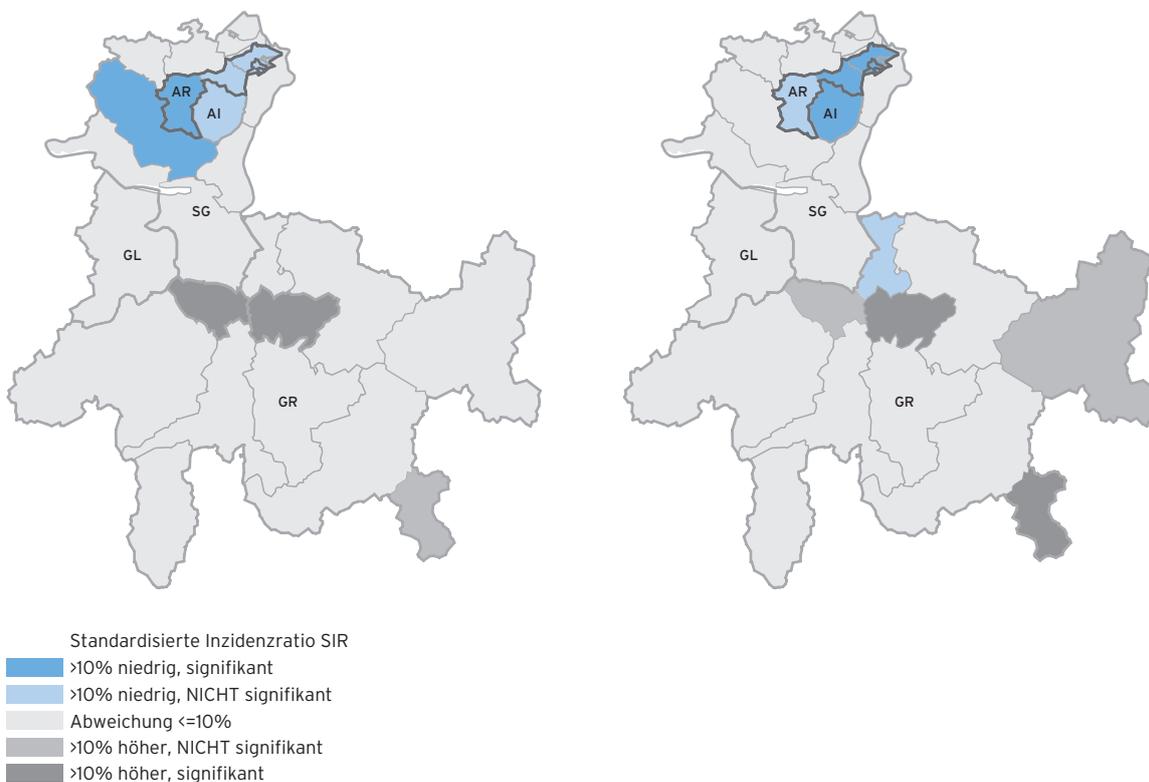
Krebs ist in der Schweiz die zweithäufigste Todesursache. Krebserkrankungen werden von der Krebsliga St. Gallen-Appenzell für die Kantone St. Gallen, Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden statistisch erfasst. In der Region St. Gallen-Appenzellerland ist bei den Männern Prostatakrebs und bei den Frauen Brustkrebs die häufigste Diagnose. Bei den Frauen ist Brustkrebs auch für die meisten tumorbedingten Todesfälle verantwortlich. Männer sterben häufiger an einem Lungentumor als an einem Prostatakarzinom.

Neudiagnosen von Krebs unterscheiden sich regional. Gemäss Jahresbericht 2012 der Krebsliga St. Gallen-Appenzell erkranken in Appenzell Ausserrhoden weniger Männer und Frauen an Krebs als in anderen Regionen der Ostschweiz. Bei den Ausserrhoder Männern ist auch die Sterberate teilweise signifikant tiefer. Bei den Ausserrhoder Frauen ist die Erkrankungsrate im Vorderland im regionalen Vergleich erhöht. Dies gilt auch für die Sterberate bei Brustkrebs, Dickdarmkrebs und Lungenkrebs.

Abb. 11: Krebs bei Männern in der Ostschweiz von 2000-2010

Krebs gesamt, Männer, Neudiagnose

Krebs gesamt, Männer, Sterblichkeit

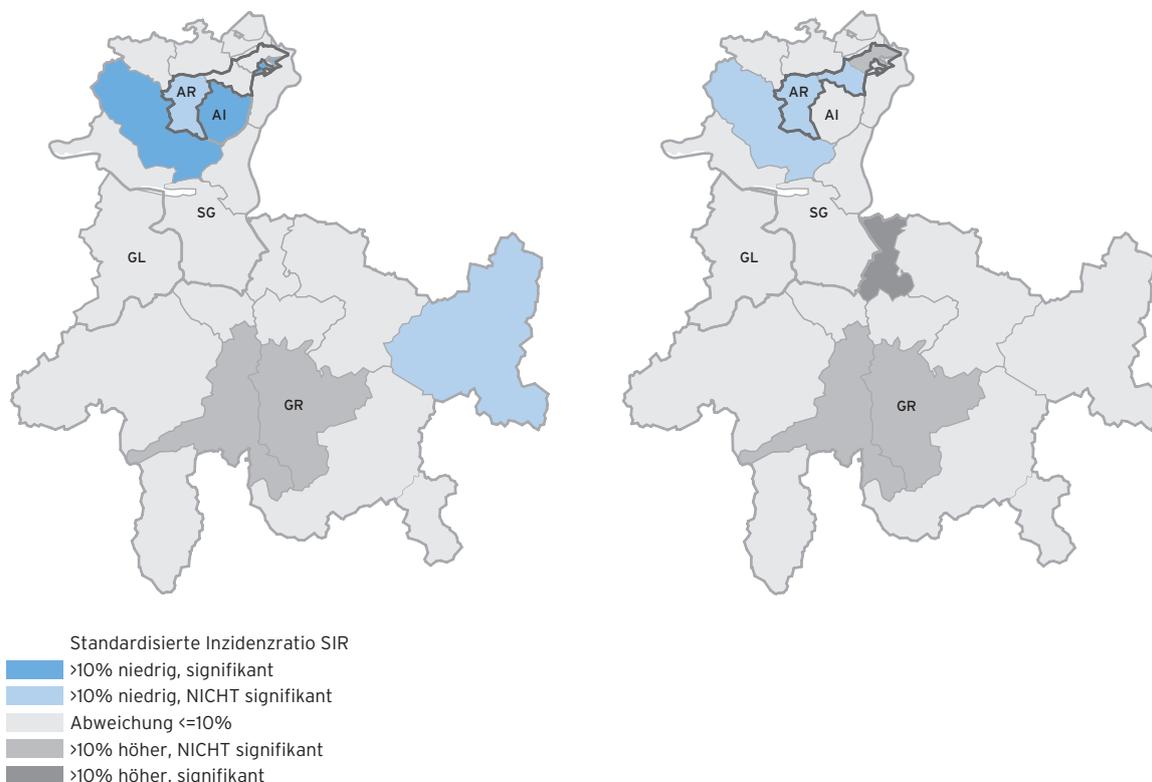


Quelle: Krebsliga St. Gallen Appenzell, 2013; Darstellung Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2014.

Abb. 12: Krebs bei Frauen in der Ostschweiz von 2000-2010

Krebs gesamt, Frauen, Neudiagnose

Krebs gesamt, Frauen, Sterblichkeit



Quelle: Krebsliga St. Gallen Appenzell, 2013; Darstellung Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2014.

Bezüglich Früherkennung von Prostata-Krebs und Mammographie-Screening ist die Fachdiskussion noch in Gang und verläuft kontrovers. Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK hat zu diesen Fragen noch keine Position formuliert. Appenzell Ausserrhoden verfolgt die Entwicklung aktiv und führt weiterhin kein Screening-Programm für Brustkrebs durch.

Mit dem Schutz vor Passivrauchen ist ein wichtiger Beitrag zur Krebsprävention gelungen. Heute sind in Appenzell Ausserrhoden weniger Menschen dem Passivrauchen ausgesetzt. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die Zahl der mit Passivrauchen zusammenhängenden Tumorerkrankungen (Lungenkrebs) mittelfristig weiter reduzieren wird.

4.1.3 Körpergewicht

Im Bereich Körpergewicht zeigt sich neuer Handlungsbedarf. Bisher hatte die Gesundheitsförderung und Prävention punkto Bewegung und Ernährung Kinder und Jugendliche als Zielgruppe. Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung 2012 legen es nahe, bei der Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich Körpergewicht die Personengruppe ab 35 Jahre, insbesondere die Männer in Appenzell Ausserrhoden in den Blick zu nehmen.

Die Daten der Gesundheitsbefragung 2012 zeigen, dass in Appenzell Ausserrhoden erneut mehr Personen über 18 Jahren einen BMI von über 25 ausweisen. Die Situation ist besonders bei Männern bemerkenswert, da rund 50% 2012 übergewichtig waren (vgl. Tabelle 5). Die Werte von Appenzell Ausserrhoden liegen 2012 im Durchschnitt noch leicht unter den nationalen Werten.

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 123.

Tabelle 5: Anteil Personen mit Übergewicht/Adipositas (18-jährige und ältere Personen), 2012

		AR				CH			
		Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	n		Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	n	
Total		41.5	36.5	46.5	481	42.2	41.3	43.1	20537
Geschlecht	Frauen	32.8	25.2	40.4	231	32.9	31.7	34.0	10733
	Männer	49.1	42.3	55.9	250	51.9	50.6	53.1	9804
Altersgruppen	18 – 34 Jahre	29.8	17.7	41.9	105	27.0	25.3	28.7	4711
	35 – 49 Jahre	41.3	32.7	50.0	140	40.9	39.3	42.5	5857
	50 – 64 Jahre	45.8	36.0	55.6	126	51.0	49.3	52.7	5240
	65+ Jahre	50.4	40.3	60.5	110	53.0	51.2	54.8	4729
Bildung	Obligatorische Schule	43.8	30.2	57.4	62	50.5	48.2	52.9	2999
	Sekundarstufe II	43.9	37.0	50.7	274	42.2	41.0	43.4	11428
	Tertiärstufe	36.3	27.6	45.0	144	38.0	36.5	39.5	6015
Nationalität	Schweiz	39.2	34.2	44.1	432	41.5	40.6	42.5	17059
	Ausland	53.9	37.6	70.2	49	44.5	42.3	46.6	3478
Haushaltsäquivalenzeinkommen	bis CHF 2999	40.1	31.7	48.4	145	44.0	42.4	45.7	5522
	CHF 3000 bis 4499	49.7	38.4	61.0	115	43.7	42.0	45.3	5502
	CHF 4500 bis 5999	42.1	29.1	55.1	71	41.1	38.9	43.3	3175
	CHF 6000 und mehr	37.8	26.9	48.7	94	40.0	37.9	42.1	3645
Urbanisierungsgrad	Stadt	39.6	32.8	46.4	240	40.7	39.7	41.7	14695
	Land	43.3	36.0	50.7	241	46.4	44.7	48.1	5842

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung, 2012; Auswertung Obsan Tab. 3.3, 2014

Die Entwicklung des Anteils übergewichtiger Personen im Kanton zwischen 2002 und 2012 zeigt, dass keine Trendumkehr feststellbar ist (vgl. Tabelle 6). Waren 2002 nur 29.9 % der Ausserrhoderinnen und Ausserrhoder übergewichtig, so sind es heute 41.5 %. Bei den Frauen hatten 2002 erst 25.0 % einen BMI von über 25. 2012 sind es bereits 32.8 % (+ 7.3 %). Bei den Männern waren bereits 2002 35.5 % übergewichtig. 2012 liegt der Messwert bei 49.1 % (+ 13.6 %).

Tabelle 6: Entwicklung Anteil Personen mit Übergewicht/Adipositas (18-jährige und ältere Personen), 1992-2012

		Jahr	AR				CH			
			Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	n		Anteil in %	Konfidenzintervall (95%)	n	
Frauen	2012	32.8	25.2	40.4	231	32.9	31.7	34.0	10733	
	2007	29.5	23.0	35.9	255	29.8	28.6	30.9	9862	
	2002	25.0	16.8	33.3	123	30.5	29.4	31.7	10345	
	1997	27.2	12.7	41.8	40	29.0	27.8	30.3	6937	
	1992	8.8	0.0	20.0	35	22.7	21.6	23.8	7946	
Männer	2012	49.1	42.3	55.9	250	51.9	50.6	53.1	9804	
	2007	45.4	37.8	53.0	205	48.5	47.1	49.9	8017	
	2002	35.5	25.1	46.0	96	47.5	46.2	48.9	8563	
	1997	46.9	29.8	64.0	38	43.8	42.3	45.3	5537	
	1992	22.6	8.8	36.5	39	40.5	39.1	41.9	6575	
Total	2012	41.5	36.5	46.5	481	42.2	41.3	43.1	20537	
	2007	36.8	31.7	41.9	460	38.9	38.0	39.9	17879	
	2002	29.9	23.3	36.5	219	38.8	37.9	39.7	18908	
	1997	37.9	26.1	49.7	78	36.2	35.2	37.1	12474	
	1992	16.6	7.3	25.8	74	31.4	30.5	32.2	14521	

Quelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002, 2007, 2012; Auswertung Obsan Tab. 3.4, 2014

Die Gesundheitsrisiken und die Verbreitung rechtfertigen es mit Blick auf die öffentliche Gesundheit, Übergewicht und vor allem Adipositas als Problem zu thematisieren. Gleichwohl scheinen kritische Überlegungen berechtigt. Die Definition des «Normalgewichts» ist historisch und kulturell geprägt. Der Gesundheitszustand eines Menschen hängt von vielen Faktoren und deren Zusammenspiel ab. Der Einfluss von sozialen oder psychischen Ressourcen sowie von Risikoverhalten kann je nach Situation schwerwiegendere Folgen für die Gesundheit haben als das Körpergewicht. So trägt eine übergewichtige Person, die sich gesund ernährt und ausreichend bewegt, mit ihrer Arbeit zufrieden und sozial gut eingebettet ist, wahrscheinlich ein kleineres Gesundheitsrisiko als eine normalgewichtige Person, die grossem Stress ausgesetzt ist, nicht auf eine gesunde Ernährung achtet, sich wenig bewegt und eventuell noch raucht. Es ist daher sinnvoller, ein gesundes Bewegungs- und Essverhalten anzustreben, als sich darauf zu konzentrieren, einen optimalen Body-Mass-Index erreichen zu wollen.

Die Präsenz des Themas im öffentlichen Diskurs und die fortwährenden Aufrufe, sich um ein gesundes Körpergewicht zu bemühen, gesund zu essen und sich viel zu bewegen, haben ausser den beabsichtigten Effekten möglicherweise auch unerwünschte Auswirkungen. Sie können etwa die Gefahr einer Stigmatisierung von Übergewichtigen verstärken. Zudem ist teilweise auch ein gewisser Überdruß gegenüber dem Thema bemerkbar, der sich kontraproduktiv auswirken kann.

Künftig wird zu prüfen sein, neben Ernährung und Bewegung als dritten Pfeiler auch die psychosozialen und emotionsregulierenden Faktoren verstärkt in die Gesundheitsförderung und Prävention zu integrieren. Appenzell Ausserrhoden hat mit dem «Guet druf Tag» bereits erste Ansätze dazu entwickelt. Emotionales Wohlbefinden geht einher mit einer grösseren Widerstandsfähigkeit gegenüber Störungen, und Krisen können durch Einsatz von persönlichen und sozialen Ressourcen besser gemeistert werden.¹⁰⁶

4.1.4 Zahngesundheit

Ein Bereich von zunehmender Bedeutung für die Gesundheitsförderung und Prävention im Alter ist die Mund- und Zahnpflege. Immer mehr Personen haben beim Eintritt in eine Alters- oder Pflegeeinrichtung noch ihre eigenen Zähne. Damit steigt auch der pflegerische Bedarf. Es gilt, nachteilige Folgen zu vermeiden, die sich aus mangelnder Mundhygiene und Zahnversorgung ergeben und die sich in Form von Schmerzen oder Entzündungen auf den gesamten Gesundheitszustand auswirken können. Appenzell Ausserrhoden hat auf diese Entwicklung mit gezielter Information der Alters- und Pflegeeinrichtungen durch den Kantonszahnarzt reagiert.

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 123.

4.1.5 Sucht

Zunehmend wechseln Personen von den konventionellen Zigaretten auf E-Zigaretten. Diese Entwicklung gilt es genau zu beobachten, sind doch auch E-Zigaretten mit gesundheitlichen Risiken verbunden.

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 124.

Beim Cannabiskonsum ist in Appenzell Ausserrhoden seit der letzten Gesundheitsbefragung von 2007 ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen, der bei den Männern einen im Vergleich mit der Gesamtschweiz überdurchschnittlichen Konsum ausweist. Diese Entwicklung gilt es zu beobachten und in die Umsetzung des 5-Jahres-Aktionsplans für eine Präventionspolitik Alkohol, Tabak, Cannabis in Appenzell Ausserrhoden einfließen zu lassen.

¹⁰⁶ Kanton Bern, Gesundheits- und Fürsorgedirektion GEF (2014): S. 5, 14.

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 124.

4.1.6 HIV/Aids und andere sexuell übertragbare Krankheiten

Sexuell übertragbare Krankheiten nehmen schweizweit zu. Hatte eine HIV-Infektion früher einen tödlichen Verlauf, so können infizierte Personen heute ein relativ normales Leben führen. Eine Heilung gibt es nach wie vor nicht. Zwei Neuinfektionen mit HIV sind 2013 im Kanton gemeldet worden.

Bisher konnten sexuell übertragbare Krankheiten wie Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydiose behandelt werden. Humane Papillomviren (HPV), ebenfalls durch sexuelle Kontakte übertragbar, haben keine unmittelbaren Gesundheitsprobleme verursacht. Gewisse Virenstämme erhöhen aber das Risiko, an einem Gebärmutterhalskrebs zu erkranken, deutlich. Eine rechtzeitige Impfung schützt Frauen vor einer Infektion mit dem Virus. Die anderen genannten Geschlechtskrankheiten konnten bisher mit Antibiotika behandelt werden. Inzwischen ist vermehrt festzustellen, dass bakterielle Erreger von Geschlechtskrankheiten nicht mehr auf die vorhandenen Antibiotika reagieren. Damit erhalten diese Infektionen einen chronischen Verlauf und beeinträchtigen das gesundheitliche Wohlbefinden erheblich. Gesundheitsförderung und Prävention zum Thema sexuell übertragbare Krankheiten ist aus diesen Gründen weiterhin wichtig. 2014 hat das Bundesamt für Gesundheit eine neue Präventionskampagne «Love life - bereue nichts» lanciert¹⁰⁷. National durchgeführte Präventionsmassnahmen zu sexuell übertragbaren Krankheiten und HIV/Aids werden vom Departement Gesundheit grundsätzlich begrüsst.

Tabelle 7: Infektionszahlen sexuell übertragbarer Krankheiten (STI) in Appenzell Ausserrhoden 2004-2013

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Chlamydiose	25	22	13	25	25	30	21	30	37	35
Gonorrhoe	3	4	3	3	3	2	6	2	8	1
Syphilis	n.a.	n.a.	2	0	2	0	2	3	1	5

Quelle: BAG, 2014: http://www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/00733/00804/index.html?lang=de;
Darstellung Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2014

Tabelle 8: Infektionszahlen sexuell übertragbarer Krankheiten (STI) in der Schweiz 2004-2013

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Chlamydiose	4120	4346	4925	5242	6041	6353	6610	7273	8226	8749
Gonorrhoe	613	672	900	949	934	958	1250	1452	1569	1740
Syphilis	n.a.	n.a.	621	561	719	810	1072	1043	1095	1155

Quelle: BAG, 2014: http://www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/00733/00804/index.html?lang=de;
Darstellung Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2014

4.1.7 Impfungen

Die 2013 erhobene Durchimpfungsrate in Appenzell Ausserrhoden hat sich im Vergleich zu 2010 zwar etwas verbessert. Die von der WHO empfohlene Impfquote (z.B. bei Masern beträgt diese 95 %), welche die Verbreitung eines Virus in der Bevölkerung verhindern soll, ist aber mehrheitlich noch nicht erreicht. 2013 hat das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich Daten zum Impfstand von Kindern und Jugendlichen in Appenzell Ausserrhoden erhoben, welche die Veränderungen der Durchimpfungsraten zwischen der letzten Erhebung von 2010 und heute aufzeigen.

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 124.

¹⁰⁷ Vgl. <http://www.lovelife.ch/de/>.

Bezüglich Grippeimpfungen ist die Ausserrhoder Bevölkerung mit 11.7 % ähnlich zurückhaltend wie die Schweiz insgesamt mit 14.3%.¹⁰⁸ Eine Grippeimpfung ist vor allem für Risikogruppen empfohlen. Ungenügend ist die Durchimpfung weiterhin bei Kindern im Vorschulalter. Hier fehlt es oft an den notwendigen Wiederholungsimpfungen oder es besteht gar kein Impfschutz. Der Kanton setzt sich gemeinsam mit dem Bund und den anderen Kantonen für eine hohe Impfquote ein und informiert die Bevölkerung beispielsweise auch via Gesundheitsmagazin über die individuellen Vorteile von Impfungen, aber auch über den Nutzen von Impfungen für die Gesellschaft als Ganzes. Impfen ist und bleibt weiterhin freiwillig. In ausserordentlichen Lagen kann der Bund in Zukunft für gewisse Berufsgruppen ein Impfblogatorium vorsehen. Einen Impfwang gibt es in der Schweiz auch weiterhin nicht.

4.2 Gesundheitsförderung und Prävention: Massnahmen - Stand der Umsetzung

4.2.1 5-Jahres-Aktionsplan für eine Präventionspolitik Alkohol/Tabak/Cannabis in Appenzell Ausserrhoden

Erarbeitung und Umsetzung eines 5-Jahres-Aktionsplans	
Zielsetzung 2012	<p>Der «5-Jahres-Aktionsplan 2014-2018 für eine Präventionspolitik Alkohol /Tabak/Cannabis in Appenzell Ausserrhoden» soll eine klare Ausrichtung der Suchtprävention in Appenzell Ausserrhoden erreichen.</p> <p>Ziele: Die Ausserrhoder Bevölkerung weiss über Gefahren von Alkohol, Tabak und Cannabis Bescheid. Wichtige Zielgruppen (Eltern, Jugendliche, Lehrerschaft, Vereine, Behörden, Detailhandel, Gastronomie) sind sensibilisiert und entsprechend ihren Bedürfnissen informiert.</p> <p>Die Federführung für das Projekt liegt bei der Beratungsstelle für Suchtfragen Appenzell Ausserrhoden, die Konzepte, Projekte, Aktionen in die Praxis umsetzt und die informiert.</p>
Stand 2014	Die Umsetzung des 5-Jahres-Aktionsplans 2009-2013 ist abgeschlossen.
2009-2013: abgeschlossen	Der 5-Jahres-Aktionsplan 2014-2018 ist erstellt und auf der Internetseite aufgeschaltet. Die Massnahmen werden im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten des Kantons umgesetzt und kommuniziert. Im Rahmen der Aufgabenüberprüfung des Kantons wird ab 2015 keine Praktikumsstelle mehr finanziert. Diese hat zur Folge, dass das Aufgabenspektrum der Beratungsstelle den noch verfügbaren Ressourcen angepasst werden muss.
2014-2018: in Umsetzung	

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 130-132.

108 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 8.

4.2.2 Gesundes Körpergewicht

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 133.

Erarbeitung und Umsetzung des Projektes «Gesundes Körpergewicht»	
Zielsetzung 2012	Das Projekt «Gesundes Körpergewicht» fokussiert auf Kinder und Jugendliche ab Geburt bis zum 18. Lebensjahr. Kinder, Jugendliche und Eltern sollen durch zielgruppenspezifische Interventionen erreicht werden, um sie für die wichtigsten Faktoren zur Erhaltung eines gesunden Körpergewichts – Ernährung, Bewegung – zu sensibilisieren. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (z.B. Lehrpersonen, Krippenleitungen etc.) der Botschaften zu Ernährung und Bewegung unterstützen die Kinder und Jugendlichen. Die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren werden geschult und unterstützt. Auch die Rahmenbedingungen für Bewegung und Ernährung werden mit dem Projekt verbessert.
Stand 2014 in Umsetzung	Das Projekt wird per Ende 2014 abgeschlossen. Ein weiteres Aktionsprogramm ist aus finanziellen Gründen gemäss Aufgabenüberprüfung des Kantons nicht mehr realisierbar.

4.2.3 Schulärztliche Untersuchungen

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 134.

Schulärztliche Untersuchungen	
Zielsetzung 2012	Schulpflichtige Kinder und Jugendliche werden ärztlich auf ihre gesundheitliche Entwicklung hin untersucht, damit gesundheitliche Schäden frühzeitig erkannt und behandelt werden können. Die Untersuchungen erfolgen beim Eintritt in die erste Klasse und beim Verlassen der obligatorischen Schule (im 15./16. Lebensjahr). Gleichzeitig wird anlässlich der Untersuchung der Impfschutz überprüft, und es besteht die Möglichkeit zu kostenlosen Impfungen.
Stand 2014 in Umsetzung	<p>Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung in Hausarztpraxen sind die Kapazitäten zu beschränkt, im Gesundheitswesen weitere Spezialaufgaben zu übernehmen, beispielsweise im schulärztlichen Dienst. Um diesem Trend entgegenzuwirken, hat der Kanton 2013 die Entlohnung für den schulärztlichen Dienst auf das Niveau des Kantons St.Gallen angehoben. Damit ist gewährleistet, dass die Erbringung des schulärztlichen Dienstes in Appenzell Ausserrhoden nicht mehr zu Einkommenseinbussen führt. Es wird sich zeigen, ob diese Massnahme ausreicht, um die Rekrutierungsprobleme beim schulärztlichen Dienst auf Dauer zu beheben.</p> <p>Die schulärztlichen Untersuchungen in Appenzell Ausserrhoden erfolgen heute nach einheitlich Vorgaben. Neu finden die Schuleintrittsuntersuchungen kurz vor der Einschulung statt. Damit wird sichergestellt, dass bei einem Umzug innerhalb des Kantons keine Vorsorgelücke entsteht.</p> <p>Anfang 2014 haben die Schulärztinnen und Schulärzte sowie die Schulleitungen ein Dossier erhalten, in welchem alle benötigten Unterlagen (Elternbriefe, Bestellunterlagen, Informationsmaterial etc.) enthalten sind. Die Unterlagen ermöglichen eine effiziente Organisation des Untersuchungs und ein einheitliches Vorgehen bei den schulärztlichen Untersuchungen.</p> <p>Auf einen Zwischenuntersuch (in der 5. Klasse) wurde aus finanziellen Gründen verzichtet.</p>

4.2.4 Schulzahnärztliche Untersuchung

Zahnprophylaxe und schulzahnärztlicher Untersuch	
Zielsetzung 2012	Verbesserung der Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen mittels regelmässiger Durchführung von Zahnprophylaxe-Unterricht und regelmässiger Durchführung von Zahnuntersuchungen.
Stand 2014 in Umsetzung	<p>Bezüglich schulzahnärztlicher Untersuchungen konnten erstmals Daten ausgewertet werden, die Aufschluss geben über den Zustand der Zahngesundheit. Bei rund einem Drittel der Schülerinnen und Schüler wird Karies oder eine Zahnfehlstellung festgestellt, welche behandelt oder abgeklärt werden müssen.</p> <p>Die schulzahnärztlichen Untersuchungen finden kantonsweit in einem Intervall von einem Jahr statt, was aus zahnmedizinischen Gründen wichtig ist. Zahnprophylaxen werden in allen Gemeinden durchgeführt, um die Zahngesundheit der Kinder zu erhöhen.</p>

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 135.

4.2.5 Ostschweizer Forum für Psychische Gesundheit

Ostschweizer Forum für psychische Gesundheit	
Zielsetzung 2012	<p>Unterstützung von dezentralen Aktivitäten in den Bereichen Psychische Gesundheit, Psychische Erkrankung und Depression.</p> <p>Vermittlung der Kernbotschaften: Depression kann jede und jeden treffen; Depression hat viele Gesichter; Depression ist behandelbar.</p> <p>Zusammenarbeit mit anderen Kantonen stärken.</p>
Stand 2014 in Umsetzung	<p>Das Ausserrhoder Bündnis gegen Depression wurde 2012 in das Ostschweizer Forum für Psychische Gesundheit überführt, in dem sich die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, St.Gallen und seit 2013 das Fürstentum Liechtenstein für psychische Gesundheit engagieren.</p> <p>Die im Rahmen des Bündnisses gegen Depression erarbeiteten Webinhalte sind auf eine neue, informative Website¹⁰⁹ übertragen worden.</p> <p>Depression ist weiterhin ein wichtiges Thema des Forums. Zusätzlich hat sich der Fokus erweitert in Richtung Prävention psychischer Erkrankungen generell sowie Erhalt psychischer Gesundheit.</p> <p>Das Ostschweizer Forum für Psychische Gesundheit führt eigene öffentliche Veranstaltungen durch und macht Veranstaltungen Dritter bekannt.</p> <p>Das Departement Gesundheit hat 2014 mit dem Gesundheitsmagazin das Thema aufgegriffen und der Bevölkerung konkrete Ansatzpunkte vermittelt, mit denen sich die psychische Gesundheit erhalten lässt.</p> <p>Das Thema psychische Gesundheit wird weiterhin kantonsübergreifend bearbeitet.</p>

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 136.

109 Vgl. www.forum-psychische-gesundheit.ch.

4.2.6 HPV-Impfprogramm

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 136.

HPV-Impfprogramm	
Zielsetzung 2012	Reduktion des Gebärmutterhalskrebses, der durch bestimmte HPV-Virenstämme verursacht wird. Ziel: HPV-Impfquote der weiblichen Bevölkerung von 70%.
Stand 2014 in Umsetzung	In den letzten Jahren sind Mädchen und Frauen auf freiwilliger Basis gegen HPV-Viren geimpft worden, die Gebärmutterhalskrebs verursachen können. Mittelfristig wird eine Abnahme der Tumorerkrankungen erwartet. 2013 sind rund 25 % (2010: 18 %) der 16-Jährigen Mädchen geimpft. Dieser Anteil soll weiter gesteigert werden.

4.2.7 Zwäg is Alter

→ vgl. Gesundheitsbericht 2012, S. 137.

Vorbereitung und Umsetzung des Projektes «Zwäg is Alter»	
Zielsetzung 2012	Die demografische Entwicklung führt dazu, dass die Zahl der älteren Einwohnerinnen und Einwohner in Appenzell Ausserrhoden im gesamtschweizerischen Vergleich stark steigen wird. Das Projekt «Zwäg is Alter» soll Seniorinnen und Senioren bei der Erhaltung ihrer Gesundheit im Alter unterstützen. Ziele: 1. Die selbstständige Lebensführung älterer Menschen in der vertrauten Umgebung soll erhalten, ihre Gesundheit und Lebensqualität gefördert und das Risiko einer Pflegebedürftigkeit reduziert werden. 2. Die Einrichtung von neuen Pflegeheimplätzen, welche als Folge der demografischen Alterung erwartet wird, soll begrenzt werden.
Stand 2014 in Umsetzung	Zur Umsetzung der nationalen Strategie wurde eine Leistungsvereinbarung mit der Pro Senectute ausgehandelt. Das Projekt wurde 2013 umgesetzt. Es konnten rund 900 Personen erreicht werden, die an verschiedenen Angeboten in den Bereichen Bewegung, Sturzprävention, Gedächtnistraining teilgenommen haben. Das Projekt wird weitergeführt. Eine Leistungsvereinbarung wurde bis 2017 abgeschlossen (RRB-2014-450).

V Finanzierung

5 Finanzielle Aspekte des Gesundheitswesens 2012-2014

In diesem Kapitel sind die wichtigsten Veränderungen seit 2012 dargestellt, die in der Finanzierung des Gesundheitswesens in Appenzell Ausserrhoden zu verzeichnen sind. Anschliessend an die wichtigsten Veränderungen findet sich ein Zwischenstand zu den im Gesundheitsbericht 2012 aufgeführten Herausforderungen.

5.1 Gesundheitskosten auf nationaler Ebene

Die Gesundheitsversorgung gehört zu den gewichtigen Aufgaben der öffentlichen Hand und hat auch volkswirtschaftlich eine grosse Bedeutung. Die Kosten des Gesundheitswesens steigen weiter an (vgl. Tabelle 9). Die Gesundheitsausgaben sind 2012 um 5.3% gewachsen und liegen damit über dem durchschnittlichen Wachstum von 4.3% im Mittel der letzten fünf Jahre. In Verbindung mit einem Zuwachs der Wirtschaftsleistung um 1.2% stieg das Verhältnis der Gesundheitsausgaben zum Bruttoinlandprodukt BIP weiter an und erreichte 2012 einen neuen Höchststand von 11.5% (2011: 11.0%).¹¹⁰

Erwartungsgemäss hat sich der Anteil der durch stationäre Behandlungen angefallenen Gesundheitskosten an den gesamten Gesundheitskosten zwischen 2002 und 2012 von 47.3% auf 46.2% reduziert. Dagegen ist der Anteil der Kosten für die ambulanten Behandlungen gestiegen. Sie machen 2012 33.1% (2002: 29.9%) der gesamten Gesundheitskosten aus. Wird die Entwicklung in der jüngsten Vergangenheit betrachtet und werden die jährlichen Veränderungen zum Vorjahr verglichen, so ist in der stationären Behandlung ein Zuwachs zu verzeichnen, der zwischen 2011 und 2012 mehr als doppelt so hoch war als ein Jahr zuvor (2011: + 3.4%, 2012: + 7.1%). Die jährliche Veränderung bei der ambulanten Behandlung fiel mit einem Zuwachs von 1.2% moderater aus (2011: -1.4%). Bei der Spalkostenentwicklung erschwert der Systemwechsel in der Finanzierung mit der Umstellung auf diagnosebezogene Fallgruppen DRG für 2012, das Jahr der Einführung, die Interpretation der Daten.

Die langfristige Entwicklung zeigt, dass ambulante Behandlungen weiter an Bedeutung gewinnen. Bei den absoluten Zahlen wird deutlich, dass sich die Kosten für Prävention und Verwaltung auf das Niveau vor 2009 zurückentwickelt haben. Die Kosten für alle anderen Leistungen sind in derselben Zeit teilweise deutlich, das heisst um mehrere Milliarden CHF, gewachsen. Pro Einwohnerin und Einwohner betragen die Gesundheitskosten 2012 bereits

→ Das Referenzkapitel zur Finanzierung des Gesundheitswesens in Appenzell Ausserrhoden für einen Vergleich mit dem Stand 2012 sowie für weitgehende Information findet sich im Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012 auf den Seiten 138-161.

110 Medienmitteilung Bundesamt für Statistik BFS vom 13.5.2014: Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2012: Provisorische Zahlen; Gesundheitskosten jetzt bei 11,5% des BIP.

8460 CHF pro Jahr (2002: 6479 CHF). Im Vergleich mit dem Bevölkerungswachstum verläuft das Wachstum der Kosten pro Einwohnerin und Einwohner überproportional, und dies seit 2002 mit zunehmender Tendenz.

Tabelle 9: Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungen 2002-2012 (in Millionen CHF)

	2002	Anteil	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*	Anteil
Stationäre Behandlung	22 418.8	47.3%	23 242.4	23 945.2	23 688.4	24 062.9	25 173.3	26 500.7	27 761.3	28 364.0	29 325.4	31 403.4	46.2%
Ambulante Behandlung	14 164.3	29.9%	14 647.2	15 193.4	16 202.5	16 588.2	17 405.9	18 519.3	19 185.5	20 334.9	21 267.7	22 494.3	33.1%
Andere Leistungen	1 526.2	3.2%	1 546.5	1 704.7	1 809.9	1 788.3	1 831.3	2 001.4	2 046.1	2 042.1	2 158.5	2 249.6	3.3%
Verkauf Gesundheitsgüter	5 899.2	12.4%	6 306.7	6 531.3	6 680.5	6 561.2	6 761.1	7 063.3	7 423.4	7 304.3	7 334.0	7 447.0	10.9%
Prävention	1 052.6	2.2%	1 122.8	1 122.8	1 133.5	1 141.4	1 281.2	1 417.6	1 521.8	1 470.7	1 442.8	1 449.0	2.1%
Verwaltung	2 327.5	4.9%	2 399.6	2 510.3	2 528.3	2 631.4	2 762.1	2 923.7	3 042.7	2 978.9	3 037.4	2 969.1	4.4%
Total	47 388.6	100%	49 265.2	51 007.7	52 043.0	52 773.3	55 214.9	58 426.1	60 980.8	62 494.9	64 565.8	68 012.5	100%

* provisorische Zahlen

Quelle: BFS, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (T 14.5.2.2), Stand: 2.5.2014; Darstellung Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2014

Tabelle 10: Vergleich Kostenwachstum im Gesundheitswesen und Wachstum der ständigen Wohnbevölkerung 2002-2012

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
Ständige Wohnbevölkerung	7 313 853	7 364 148	7 415 102	7 459 128	7 508 739	7 593 494	7 701 856	7 785 806	7 870 134	7 954 662	8 039 060
Bevölkerungswachstum in %		0.69%	0.69%	0.59%	0.67%	1.13%	1.43%	1.09%	1.08%	1.07%	1.06%
Kosten des Gesundheitswesens in CHF pro Einwohnerin/Einwohner	6 479.3	6 689.9	6 878.9	6 977.1	7 028.3	7 271.3	7 586.0	7 832.3	7 940.8	8 116.7	8 460.2
Wachstum der Kosten pro EW in %		3.25%	2.83%	1.43%	0.73%	3.46%	4.33%	3.25%	1.38%	2.22%	4.23%

* provisorische Zahlen

Quelle: BFS, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (T 14.5.2.2), Stand: 2.5.2014 und ESPOP/STATPOP (T cc-d-1.1.1.4.2); Darstellung Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2014

Die Gesundheitskosten werden von den Sozialversicherungen (Obligatorische Krankenversicherung OKP; Unfallversicherung UVG; Alters- und Hinterlassenenversicherung AHV, Invalidenversicherung IV; Militärversicherung MV), den privaten Haushalten sowie durch den Staat getragen, wobei der Anteil des Staates im Rahmen der Übergangsförderung zunimmt: Bis 2017 müssen alle Kantone mindestens 55 % der stationären Behandlungskosten übernehmen. In Appenzell Ausserrhoden erhöhte sich dieser Anteil zwischen 2012 und 2014 von 47 % auf 49 % (vgl. Tabelle 15). Bei den Sozialversicherungen und den privaten Haushalten ist der Finanzierungsanteil praktisch gleich geblieben. Hingegen ist eine Verschiebung zulasten des Staates insgesamt (2008: 18.6 %, 2012: 20.2 %) und dabei insbesondere hin zu den Kantonen (2008: 15.7 %, 2012: 17.1 %) zu beobachten. Bereits 2008 war der Anteil des Bundes an der Finanzierung des Gesundheitswesens marginal. 2012 ist dieser Anteil weiter gesunken. Die Kantone tragen im Vergleich mit Bund und Gemeinden den grössten und weiterhin zunehmenden Anteil an der Finanzierung des Gesundheitswesens. Als Beispiel ist die seit 2012 geltende Finanzierung der OKP zu erwähnen, bei der sich Versicherer und Kantone die Kosten teilen.

Tabelle 11: Finanzierung des Gesundheitswesens nach Finanzierungsregimes 2008-2012
(in Millionen CHF)

	2008	Anteil	2009	2010	2011	2012*	Anteil
Staat	10 892.9	18.6%	11 812.5	11 843.0	12 566.8	13 727.0	20.2%
Sozialversicherungen	24 652.2	42.2%	25 464.5	26 100.2	26 761.8	28 568.7	42.0%
Andere Regimes, bedarfsabhängige Sozialleistungen	2 522.3	4.3%	2 691.5	2 825.9	2 938.7	3 047.2	4.5%
Privatversicherungen	5 247.4	9.0%	5 384.2	5 404.7	5 536.3	4 863.1	7.2%
Private Haushalte	14 510.4	24.8%	15 038.6	15 701.2	16 159.4	17 144.5	25.2%
Andere private Finanzierung	600.9	1.0%	589.4	619.9	602.7	662.0	1.0%
Total	58 426.1	100%	60 980.8	62 494.9	64 565.8	68 012.5	100%

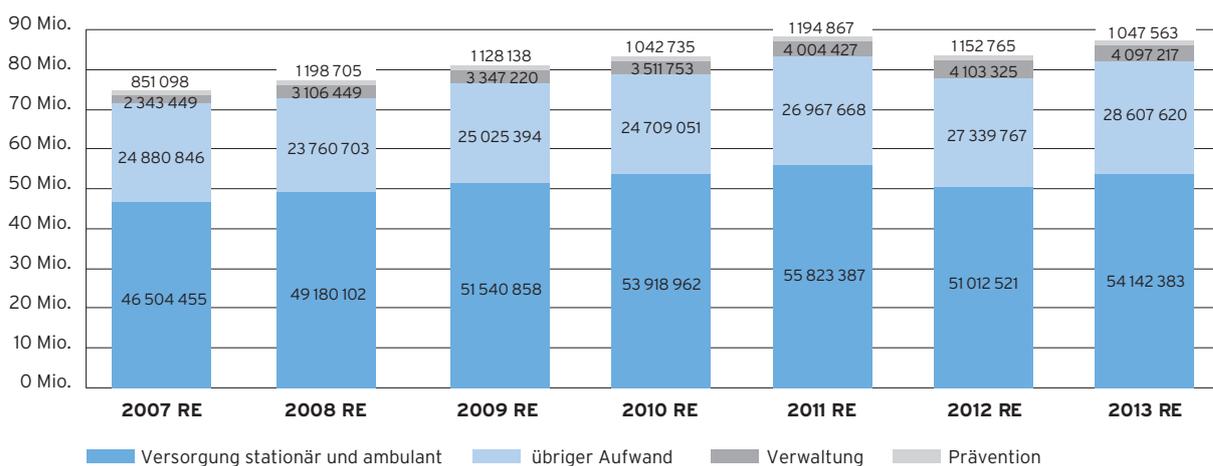
* provisorische Zahlen

Quelle: BFS, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (T 14.5.3.1), Stand: 2.5.2014

5.2 Gesundheitskosten in Appenzell Ausserrhoden

Im Rahmen des Zwischenberichts 2014 erfolgt die Darstellung der Gesundheitskosten in Appenzell Ausserrhoden institutionenbezogen für das Departement Gesundheit. Die Entwicklung zeigt folgendes Bild:

Abb. 13: Total Bruttoaufwand Departement Gesundheit gemäss Staatsrechnungen Appenzell Ausserrhoden 2007-2013 (in CHF)



Quelle: Staatsrechnungen von Appenzell Ausserrhoden, 2007-2013; Auswertung Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2014

Von 2007 bis 2011 ist der Bruttoaufwand des Departements Gesundheit gestiegen. 2012 ging der Gesamtaufwand des Departements kurzfristig zurück. Bereits 2013 stiegen die Kosten erneut an.

Schlüsselt man die Kosten 2012 auf, so zeigt sich, dass der übrige Aufwand und der Verwaltungsaufwand leicht anstiegen, während der Präventionsaufwand um 3.5% und die Aufwendungen für die stationäre und ambulante Versorgung im Kanton um 8.6% sanken. Die Aufwendungen für die stationäre und ambulante Versorgung sanken 2012 insbesondere, weil mit der Verselbständigung des SVAR im Bereich der Akutsomatik der Globalkredit entfiel, während in der Psychiatrie des SVAR die Finanzierung in den Jahren 2012 und 2013 weiterhin über einen Globalkredit erfolgte.

Seit 2013 wird der Kantonsanteil zur Abgeltung der stationären Leistungen gemäss KVG von 47% bis auf 55% im Jahr 2017 erhöht (vgl. dazu Kap. 5.4 und insbesondere Tabelle 15). Dies bedeutet einen jährlichen kantonalen Kostenanstieg von rund 4%. Von 2012 bis 2014 reduzierten sich die Tarife um rund 0.3%. Die reduzierten Tarife vermochten den Kostenan-

stieg aufgrund des höheren Kantonsanteils bei Weitem nicht zu kompensieren. Eine weitere Kostensteigerung für den Kanton entstand aufgrund wachsender Fallzahlen. In den Jahren 2010 bis 2012 verzeichnete die medizinische Statistik für Appenzell Ausserrhoden eine durchschnittliche Wachstumsrate der Fallzahlen von 1.6%. Es ist davon auszugehen, dass die medizinische Statistik auch für das Jahr 2013 wachsende Fallzahlen ausweisen wird.

Ein Grund für die steigenden Fallzahlen dürfte die Revision des KVG in der Spitalplanung und Spitalfinanzierung sein, welche die freie Spitalwahl vorsieht. Seit 2012 müssen sich die Kantone auch an den Kosten beteiligen, welche für stationäre Behandlungen an Privatspitälern mit einem Standort in Appenzell Ausserrhoden sowie an ausserkantonalen Spitälern anfallen. Aufenthalte in Listenspitälern der kantonalen Spitallisten werden voll entschädigt (d.h. der Kanton zahlt den Kantonsanteil des Tarifs des behandelnden Spitals), sofern das Spital für die zu erbringende medizinische Leistung auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt ist. Ebenfalls werden Notfälle sowie Aufenthalte, für welche der Kanton eine Kostengutsprache leistet, voll entschädigt. Nur bis zum Referenztarif (Basisfallpreis des eigenen Kantons) bezahlt werden Wahleingriffe, welche aufgrund der freien Spitalwahl ohne Kostengutsprache in einem Spital auf den Spitallisten anderer Kantone bezogen werden. Als weiterer Grund für den Anstieg der Fallzahlen wird in der Regel neben dem demografischen Wandel auch der medizinische Fortschritt angeführt. Denkbar ist zudem eine Veränderung in der Beanspruchung medizinischer Leistungen im Kanton, indem im Vergleich zu früher schneller auf professionelle medizinische Unterstützung zurückgegriffen wird. Eine abschliessende Beurteilung der Gründe für die steigenden Fallzahlen ist bisher nicht möglich.

Eine Analyse der steigenden Fallzahlen durch die Gesundheitsbefragung 2012 zeigt, dass der Anteil von Personen, die in den zwölf Monaten vor der Befragung 2012 eine stationäre Spitalbehandlung beansprucht haben, 14% beträgt und damit über dem nationalen Durchschnitt von 11.7% liegt. Dies bedeutet im Vergleich zur Gesundheitsbefragung 2007 einen Anstieg um 0.7% für den Kanton, während im schweizerischen Durchschnitt das Wachstum nur 0.2% betrug. Schlüsselt man die Werte weiter auf, so beträgt der Anteil der Frauen, welche 2007 und 2012 stationäre Spitalbehandlungen beanspruchten, 15%, während der Wert für die gesamte Schweiz von 13.1% im Jahr 2007 auf 12.2% im Jahr 2012 abgenommen hat. Bei den Männern ist gesamtschweizerisch eine Abnahme von 10.7% im Jahr 2007 auf 10.2% im Jahr 2012 zu verzeichnen. In Appenzell Ausserrhoden stieg der Wert von 11.2% im Jahr 2007 auf 13.0% im Jahr 2012 an.¹¹¹

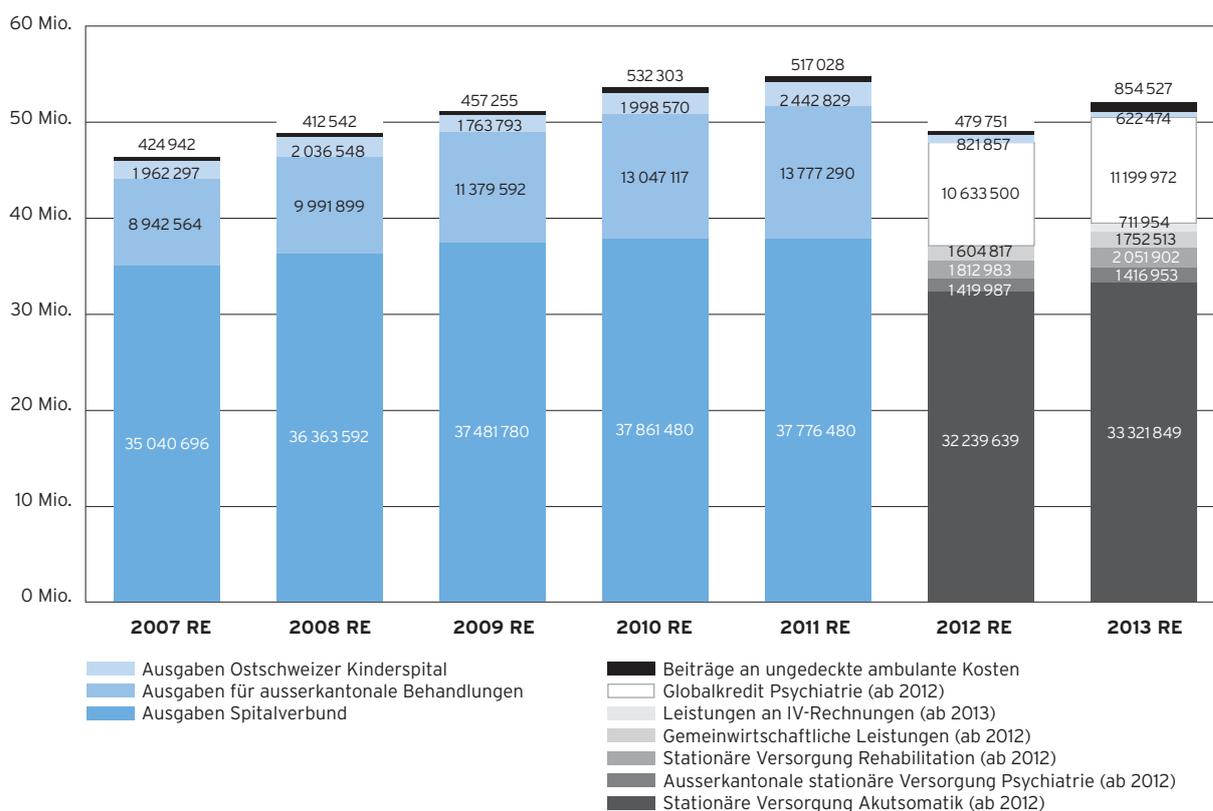
Die Kosten für die Verwaltung stiegen 2012 um 2.5% auf 4103325 CHF an und blieben 2013 praktisch konstant (-0.1%) auf 4097217 CHF.

Die Präventionskosten stiegen von 2010 auf 2011 um 14.6% auf 1194867 CHF an und sanken seither. 2013 betrug sie 1047563 CHF und sanken damit beinahe auf das Niveau von 2010. In der Prävention, welche im Verhältnis zu den übrigen Aufwendungen des Departements Gesundheit bereits tiefe Aufwendungen ausweist, wird damit gespart.

Werden die Kosten des Kantons für die Spitalfinanzierung grafisch dargestellt, ergibt sich folgendes Bild:

111 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 8.

Abb. 14: Kosten des Kantons für die Spitalfinanzierung 2007-2013 (in CHF)



Quelle: Staatsrechnungen Appenzell Ausserrhoden 2007-2013; Auswertung Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2014

Ab 2012 wurde die Kontierung mit Einführung des Harmonisierten Rechnungsmodells 2 (HRM2) im Kanton angepasst. Diese technische Anpassung fiel mit der neuen Spitalfinanzierung zusammen. Abb. 14 verdeutlicht diesen Systemwechsel, indem die in den Jahren 2007 bis 2011 ausgewiesenen Ausgaben für den SVAR, für ausserkantonale Behandlungen und das Ostschweizer Kinderspital (OKS) ab 2012 detaillierter aufgeschlüsselt werden. Ab 2012 entfällt der Globalkredit für den SVAR insgesamt, während das PZA, welches zum SVAR gehört, in den Jahren 2012 und 2013 weiterhin über einen Globalkredit finanziert wurde.

Eine Analyse der stationären Kosten für die Jahre 2012 und 2013, also nach der Einführung der neuen Spitalfinanzierung, zeigt im Vergleich der Jahre 2012 und 2013 in der Akutsumatik einen Anstieg um rund 1 Million CHF (3.4%) und in der Rehabilitation einen solchen von rund 240 000 CHF (13.2%). Gleichzeitig blieben die Leistungen für die ausserkantonale stationäre Versorgung in der Psychiatrie praktisch konstant. Der Globalkredit Psychiatrie PZA stieg von 2012 auf 2013 um rund 570 000 CHF (5.3%) an. Darin enthalten ist der Kantonsanteil für die ab 2012 durch das PZA erbrachten Leistungen in der stationären Psychiatrie. Zu ersten Analysen der Kostensteigerungen seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung vgl. die einführenden Absätze dieses Kapitels.

Obschon in verschiedenen Positionen die Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen sanken, steigt von 2012 auf 2013 der Betrag. Dies ist einerseits auf eine verzögerte Abrechnung verschiedener Positionen zurückzuführen. Andererseits variiert bei einem Teil dieser Kosten die Höhe von Jahr zu Jahr, da es sich um Defizitbeiträge des Kantons handelt. Ein wesentlicher Anteil dieses Betrags (60 bis 70%) betrifft die Unterstützung, welche der Kanton für die universitäre Lehre und Forschung der Spitäler (Universitätsspital Zürich, OKS und Spitäler mit einem Standort in Appenzell Ausserrhoden) leistet. 20 bis 30% macht der Defizitbeitrag des Kantons an den Rettungsdienst des SVAR aus.

Ab 2012 umfassen die Ausgaben für das OKS nur noch die Defizitbeiträge, welche Appenzell Ausserrhoden als Träger der Stiftung (weitere Träger der Stiftung sind die Kantone St. Gallen, Thurgau, Appenzell Innerrhoden sowie das Fürstentum Liechtenstein) leistet. Die Beiträge von Appenzell Ausserrhoden an die universitäre Lehre und Forschung des OKS sind ab 2013 in den gemeinwirtschaftlichen Leistungen enthalten. Die stationären Leistungen, welche das OKS für Kinder mit Wohnort in Appenzell Ausserrhoden erbringt, werden über die jeweiligen Konten verbucht.

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

5.3.1 Bruttokosten OKP

Die Entwicklung der Bruttokosten in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP ist eine wichtige Monitoring-Grösse. Die Bruttokosten entsprechen dem Betrag, welchen die Krankenversicherer und die versicherten Personen für die Leistungserbringung bezahlen. Die Kostenbeteiligungen der versicherten Personen (Franchise und Selbstbehalt) sind folglich ebenfalls darin enthalten. Die Bruttokosten umfassen jedoch nur Rechnungen, welche den Krankenversicherern effektiv eingereicht wurden. Damit die beanspruchten Leistungen zwischen den Kantonen verglichen werden können, wurden die OKP-Bruttokosten dem Wohnkanton der versicherten Personen zugeordnet.

Die OKP-Bruttokosten sind zwischen 2008 und 2012 jedes Jahr gestiegen (vgl. Tabelle 12). In Appenzell Ausserrhoden sind die Kosten 2012 um 5.1 % angestiegen, während in der Gesamtschweiz der Anstieg nur 3.4 % betrug. Dies bedeutet eine Trendumkehr, fiel doch bislang der kantonale Anstieg der OKP-Bruttokosten moderater aus als auf nationaler Ebene (2003-2010 AR: 3.2 %, CH: 4.5 %).¹¹² In jüngster Zeit ist ein markanter Anstieg zu verzeichnen: Betrag er zwischen 2010 und 2011 noch 3.2 Millionen CHF, war das Wachstum zwischen 2011 und 2012 mit 13.3 Millionen CHF deutlich höher. Der Anstieg der OKP-Bruttokosten erfolgte zu 61% bei den stationären Leistungen der Spitäler.

Bei der Interpretation der Kostenentwicklung im stationären Spitalbereich zwischen 2011 und 2012 gilt es, allfällige Verschiebungen aufgrund der neuen Spitalfinanzierung in Betracht zu ziehen. Verschiedene Aspekte sind dabei zu berücksichtigen. Lehnte der Kanton Appenzell Ausserrhoden vor 2012 Kostengutsprachen für ausserkantonale Behandlungen ab, hatten die Zusatzversicherungen anstelle der OKP die gesamten Behandlungskosten zu übernehmen. Alle stationären OKP-Kosten werden zwischen der Versicherung und dem Kanton nach einem gesetzlich festgelegten Verteilschlüssel aufgeteilt (2014: 49% Kanton; 51% OKP). Appenzell Ausserrhoden ist überdurchschnittlich stark vom Wechsel der Finanzierung von der Zusatzversicherung hin zur OKP betroffen, da sich viele Patientinnen und Patienten mangels eines eigenen Zentrumsspitals ausserkantonale behandeln lassen.

Die Kostensteigerungen im Bereich der ambulanten und stationären Pflege in den Alters- und Pflegeeinrichtungen sind aufgrund der sich ändernden demografischen Zusammensetzung der Bevölkerung nachvollziehbar. Entsprechend der demografischen Entwicklung wird beispielsweise die Langzeitpflege in Alters- und Pflegeeinrichtungen stärker beansprucht: Im Kanton Appenzell Ausserrhoden sind 8.8 % aller Personen ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeeinrichtungen untergebracht; im Schweizer Durchschnitt sind es 5.9%.¹¹³

¹¹² Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden (2010): S. 131.

¹¹³ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 8, 111.

Tabelle 12: Bruttokosten in der OKP nach Gruppen von Leistungserbringern und Leistungsarten Appenzell Ausserrhoden 2008-2012 (in Millionen CHF)

		AR							CH
		2008	2009	2010	2011	2012	Anteil in %	Ø Veränderung ¹	Ø Veränderung ¹
Spitäler	Stationäre Leistungen	29.7	32.8	33.2	33.7	41.8	27.5	8.9	2.8
	Ambulante Leistungen	20.6	22.8	24.3	24.5	26.2	17.3	6.2	7.4
	Total Leistungen	50.3	55.6	57.5	58.2	68.0	44.8	7.8	4.7
Arztpraxen	Behandlungen	24.5	25.1	24.8	25.3	26.4	17.4	1.9	3.8
	Medikamente	19.0	20.0	19.2	19.1	19.3	12.7	0.5	1.5
	Übrige Leistungen	3.7	3.8	3.5	3.6	3.4	2.3	-1.7	-1.0
	Total Leistungen	47.2	48.9	47.5	48.0	49.2	32.5	1.1	2.9
Pflegeheime		11.6	12.2	12.7	14.1	15.7	10.4	7.7	1.4
Apotheken und Abgabestellen MiGel ²		5.0	5.4	5.8	6.3	7.1	4.6	9.1	2.0
PhysiotherapeutInnen		2.8	2.7	2.9	3.0	3.2	2.1	3.5	3.3
Laboratorien		1.9	2.1	2.3	2.3	2.4	1.6	5.7	5.0
Spitex-Organisationen		2.0	2.5	2.7	3.0	3.0	2.0	10.6	6.3
Übrige Leistungserbringer		3.6	3.6	3.6	3.3	3.1	2.0	-3.5	-0.1
Total		124.4	133.2	135.1	138.3	151.6	100.0	5.1	3.4

¹ Durchschnittliche jährliche Veränderung (geometrisches Mittel) 2008-2012, in %

² Mittel- und Gegenstände-Liste

Quelle: SASIS AG, Datenpool Jahresdaten 2012 / Risikoausgleichsstatistik; in Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2014):Tab. 6.1 S. 113

Trotz des Anstiegs der OKP-Bruttokosten liegen die Ausserrhoder Werte pro versicherte Person im Total weiterhin unter den Schweizer Durchschnittswerten (vgl. Tabelle 13). Im ambulanten Bereich liegen die OKP-Bruttokosten in Appenzell Ausserrhoden deutlich unter denjenigen der Gesamtschweiz. Auch das Kostenwachstum fällt in Appenzell Ausserrhoden in jüngster Zeit beinahe halb so hoch aus (2010-2012 AR: + 75 CHF, CH: + 139 CHF).

2012 liegt Appenzell Ausserrhoden bei den stationären OKP-Bruttokosten (Spital und Pflegeheim) pro versicherte Person mit 1059 CHF um 9.2 % über dem schweizerischen Durchschnitt. Aufgrund des in Appenzell Ausserrhoden tief angesetzten Kantonsteilers werden im Spitalbereich die Kosten zwischen 2012 und 2017 im Vergleich zum schweizerischen Durchschnitt überproportional durch die OKP getragen.

Betrachtet man die Kostenelemente im Spitalbereich näher, so liegen die aufgrund der Nachfrage für die Versicherten von Appenzell Ausserrhoden vergüteten Tarife im schweizerischen Durchschnitt. Gemäss der nationalen Gesundheitsbefragung 2012 weist der Kanton Appenzell Ausserrhoden eine um 3.3 % höhere Hospitalisationsrate als der Schweizer Durchschnitt auf.¹¹⁴ Diese erhöhte Leistungsnachfrage hat höhere Kosten zur Folge.

Tabelle 13: Entwicklung ambulante und stationäre Bruttokosten in der OKP pro versicherte Person 2007, 2010, 2012 (in CHF)

Jahr	Ambulant		Stationär		Total	
	AR	CH	AR	CH	AR	CH
2007	1 467	1 950	754	910	2 222	2 860
2010	1 660	2 150	850	949	2 510	3 105
2012	1 735	2 289	1 059	970	2 794	3 260

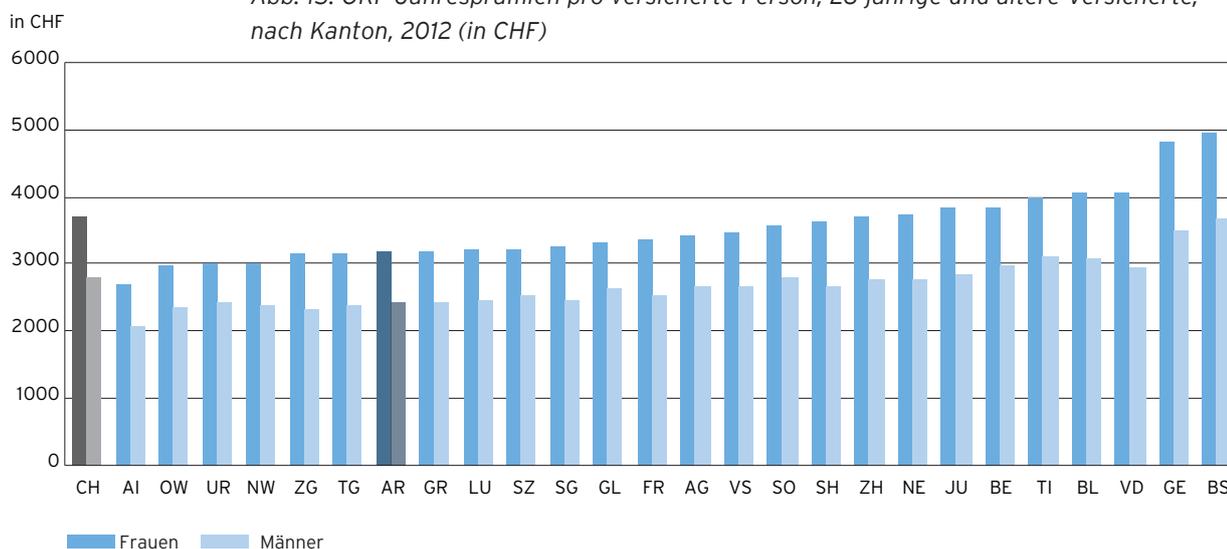
Quellen: Departement Gesundheit (2010): S. 132; Departement Gesundheit (2012): S. 152 ; Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2014): S. 114

114 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014): S. 11.

5.3.2 Prämienentwicklung OKP

Appenzell Ausserrhoden gehört bei den OKP-Jahresprämien nach wie vor zu den günstigsten Kantonen (vgl. Abb. 15). Inwiefern diese gute Position gehalten werden kann, ist unklar.

Abb. 15: OKP-Jahresprämien pro versicherte Person, 26-jährige und ältere Versicherte, nach Kanton, 2012 (in CHF)



Quelle: SASIS AG, Datenpool Jahresdaten 2012; in Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2014): S. 115

5.3.3 Individuelle Prämienverbilligung (IPV)

Die Finanzierung der Krankenversicherung erfolgt durch individuelle Kopfprämien, eine Kostenbeteiligung der Versicherten und Beiträge der öffentlichen Hand. Die Kopfprämie berücksichtigt die Finanzkraft der Versicherten nicht. Die Krankenkassenprämien belasten einkommensschwache Haushalte stark. Ein Teil der Bevölkerung ist nicht in der Lage, die hohen Prämienkosten zu bezahlen. Zur Sicherstellung des Versicherungsschutzes muss die öffentliche Hand nicht einbringliche Prämien übernehmen. Das System der individuellen Prämienverbilligung IPV dient als Korrektiv für die Kopfprämien.

Der Kanton legt den Kreis der Begünstigten, die Höhe der staatlichen Verbilligung, das Verfahren und die Auszahlungsmodalitäten fest. Bis 2013 ist der Nettoaufwand für die Prämienverbilligung laufend gestiegen.

Tabelle 14: Prämienverbilligung in Appenzell Ausserrhoden 2004-2014 (Hochrechnung)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	HR 2014
Beiträge an Verbilligungen Krankenkassenprämien	20 746 823	22 122 924	23 609 771	24 188 019	23 375 700	24 506 562	23 915 785	25 932 329	26 677 917	27 725 019	27 800 000
Verwaltungskosten	360 000	377 398	384 822	488 730	447 985	360 994	435 133	425 330	373 758	382 520	431 000
Bundesbeiträge	-16 336 354	-17 432 660	-18 690 655	-19 148 425	-12 286 569	-12 446 296	-13 426 475	-14 256 617	-14 494 731	-14 609 173	-14 924 590
Gemeindebeiträge	-2 203 364	-2 345 133	-2 459 558	-2 519 799	-5 544 564	-6 030 132	-	-	-	-	-
Aufwand NETTO	2 567 105	2 722 529	2 844 380	3 008 525	5 992 552	6 391 128	10 924 443	12 101 042	12 556 944	13 498 366	13 306 410
Anzahl Leistungsempfänger	14 021	14 954	14 204	15 126	16 104	15 355	15 500	15 287	13 449	13 663	13 500
Wohnbevölkerung am 31.12. des Vorjahres	52 841	52 561	52 704	52 814	52 935	53 296	53 043	53 050	53 313	53 438	53 438
Anteil in Prozenten	26.5%	28.5%	27.0%	28.6%	30.4%	28.8%	29.2%	28.8%	25.2%	25.6%	25.3%

Quelle: Department Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2014

5.4 Herausforderungen im finanzpolitischen Umfeld: Zwischenstand

Mit der Neuregelung der Spitalfinanzierung seit 1.1.2012 hat eine Umverteilung der finanziellen Last von den Krankenversicherungen zu den Kantonen stattgefunden. Auch in Appenzell Ausserrhoden übernimmt der Kanton bis 2017 55 % des Betriebsaufwands der stationären Versorgung inklusive Investitionsbeitrag (vgl. Tabelle 15), die Krankenversicherung 45 %, anstatt wie bisher 53 % (vgl. zu den Auswirkungen auf die Gesundheitskosten des Kantons Kap. 5.2).

Tabelle 15: Abgeltung der stationären Leistungen gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Jahr	Anteil Kanton	Anteil Versicherer
2012	47 %	53 %
2013	47 %	53 %
2014	49 %	51 %
2015	51 %	49 %
2016	53 %	47 %
2017	55 %	45 %

Quelle: Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden, 2014

Ambulante Leistungen, welche durch die Obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckt sind, werden gemäss KVG überwiegend durch die Krankenversicherungen bzw. indirekt über die Prämien der Privatpersonen finanziert. Grundtarif für die Abrechnung ambulanter ärztlicher Leistungen ist der TARMED. Gewisse Leistungen, die gemäss Definition des KVG als ambulant gelten, sind im TARMED ungenügend abgebildet. Dies betrifft beispielsweise Leistungen von Tageskliniken, wie sie in der psychiatrischen Versorgung eingesetzt werden. Sollte der Kanton sich zukünftig ausserordentlich und freiwillig an den ambulanten Kosten beteiligen, so werden weitere Mehrkosten in noch zu klärender Höhe entstehen.

Die finanzielle Lage des Kantons führt zudem dazu, dass zukünftig weniger Prämienverbilligungen IPV ausgeschüttet werden können. Bis anhin bestand bis zu einer Obergrenze von steuerbarem Einkommen und Vermögen der Anspruch auf vollständige Prämienverbilligung für Kinder und junge Erwachsene in Ausbildung. Dieser Anspruch wurde im Rahmen des Entlastungsprogramms 2015 auf 75 % gesenkt. Dies entspricht einem Sparbeitrag von 1.8 Mio. Franken.

Die Mehrbelastung niedriger Haushalteinkommen durch steigende Prämienkosten führt zu einer Senkung von deren Kaufkraft. Hohe direkte Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte haben einen Einfluss auf Zugang und Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens: Umfragen in der Schweiz zeigen, dass zwischen 4 und 15 % der befragten Personen aus Kostengründen auf (Zahn-)Arztbesuche, medizinische Behandlungen oder Medikamente verzichten. Der Verzicht ist zudem negativ korreliert mit dem Einkommen der Befragten.¹¹⁵

Die grösste Herausforderung bleibt es, mit kostendämpfenden Massnahmen das Kostenwachstum zu begrenzen und gleichzeitig mit aktiver Gesundheitspolitik die Gesundheit zu fördern sowie eine Gesundheitsversorgung sicherzustellen, die den aktuellen und künftigen Herausforderungen Rechnung trägt.

115 Frey, Liechti, Feer (2011): S. 8.

V Ausblick

6 Ausblick

Die Gesundheitsberichterstattung Appenzell Ausserrhoden besteht bislang aus dem Bericht «Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden» von 2010 (Gesundheitszustand, Daten von 2007) und dem «Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden» von 2012 (Gesundheitszustand, Daten von 2007 und Gesundheitsversorgung, aktuelle Daten). Der vorliegende Zwischenbericht 2014 zeigt die wichtigsten Veränderungen in den Bereichen Gesundheitszustand, Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention sowie finanzielle Aspekte des Gesundheitswesens auf.

Die Erfahrungen bei der Erstellung des Zwischenberichts zum Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012 haben gezeigt, dass die Zeitspanne von zwei Jahren zu kurz ist, als dass sich in vielen Bereichen wesentliche Veränderungen ergeben hätten. Die Verpflichtung, einen Zwischenbericht zu erstellen, ist in der Verordnung zum Gesundheitsgesetz geregelt. Der Regierungsrat hat mit Beschluss vom 1. Juli 2014 (RRB-2014-329) entschieden, nicht zuletzt auch als Sparmassnahme, auf die Erstellung von weiteren Zwischenberichten zu verzichten.

Um die Gesundheitsberichterstattung Appenzell Ausserrhoden zu den Themen Gesundheitszustand und Gesundheitsversorgung auch künftig in einem Bericht koordinieren zu können, ist ein politischer Entscheid erforderlich: Artikel 12 Abs. 1 des Gesundheitsgesetzes vom 25. November 2007 (GG, bGS 811.1) schreibt für den Gesundheitsbericht einen Erscheinungsrhythmus von vier Jahren vor. Um eine zeitliche Abstimmung mit den nationalen Erhebungen vornehmen zu können, wäre ein 5-Jahres-Rhythmus erforderlich, wird doch die Gesundheitsbefragung des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan alle fünf Jahre durchgeführt. Zudem wäre damit eine Verschiebung des Erscheinungszeitpunkts des nächsten Gesundheitsberichts von 2016 auf 2019 verbunden. Zu diesem Zeitpunkt werden die Ergebnisse und Auswertungen der nationalen Gesundheitsbefragung von 2017 vorliegen. Bereits im Bericht und Antrag des Regierungsrats vom 24. April 2012 «Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012, Genehmigung» ist festgehalten, dass die Angleichung der Periodizität geprüft werden soll. Der Antrag auf eine entsprechende Anpassung des Gesundheitsgesetzes wird dem Kantonsrat vom Regierungsrat zusammen mit dem Zwischenbericht 2014 unterbreitet.

Abkürzungsverzeichnis

AHV	Eidgenössische Alters- und Hinterlassenenversicherung
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BIP	Bruttoinlandsprodukt
DRG	Diagnosis Related Groups (Diagnosebezogene Fallgruppen)
ESPOP	Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)
GG	Kantonales Gesundheitsgesetz vom 25. November 2007 (bGS 811.1)
HF	Höhere Fachschule
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HPV	Humanes Papilloma-Virus
IV	Eidgenössische Invalidenversicherung
KVG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung
NFA	Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA)
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OKP	Obligatorischen Krankenpflegeversicherung
RE	Staatsrechnung
SIR	Standardisierte Inzidenzratio
STATPOP	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte
UVG	Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation der UNO)

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Entwicklung Anteil Personen mit (sehr) guter selbst wahrgenommener Gesundheit 2007-2012	26
Abb. 2:	Entwicklung Risikofaktoren Herz-Kreislaufkrankheiten 2007-2012	27
Abb. 3:	Entwicklung Anteil Personen mit starken körperlichen Beschwerden 2007-2012	27
Abb. 4:	Entwicklung Anteil Personen mit mittlerer bis starker psychischer Belastung 2007-2012	28
Abb. 5:	Entwicklung Anteil Personen mit Medikamentenkonsum in der Woche vor der Befragung 2007-2012	32
Abb. 6:	Entwicklung Anteil Raucherinnen/Raucher 2007-2012	32
Abb. 7:	Entwicklung Anteil Personen mit einem mittleren bis hohen Risiko bezüglich Alkoholkonsum 2007-2012	33
Abb. 8:	Interkantonale Patientenbewegungen in der stationären Akutsomatikversorgung 2012	46
Abb. 9:	Alle Personalkategorien in den Ausserrhoder Kliniken: Entwicklung des kumulierten Beschäftigungsgrads in allen Spitälern (Vollzeitäquivalent: VZÄ) 2006-2013	48
Abb. 10:	Personelle Zusammensetzung der Mitarbeiterschaft in den Spitälern in Appenzell Ausserrhoden 2013	49
Abb. 11:	Krebs bei Männern in der Ostschweiz von 2000-2010	60
Abb. 12:	Krebs bei Frauen in der Ostschweiz von 2000-2010	61
Abb. 13:	Total Bruttoaufwand Departement Gesundheit gemäss Staatsrechnungen Appenzell Ausserrhoden 2007-2013 (in CHF)	71
Abb. 14:	Kosten des Kantons für die Spitalfinanzierung 2007-2013 (in CHF)	73
Abb. 15:	OKP-Jahresprämien pro versicherte Person, 26-jährige und ältere Versicherte, nach Kanton, 2012 (in CHF)	76

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Veränderungen Anzahl registrierte Gesundheitsfachpersonen ausserhalb von Kliniken/Spitälern 2012-2014	35
Tabelle 2:	Geburten an Spitälern in Appenzell Ausserrhoden 2009-2012	46
Tabelle 3:	Spitäler und Kliniken der psychiatrischen Versorgung mit einem Leistungsauftrag von Appenzell Ausserrhoden 2014/2015	47
Tabelle 4:	Pflegeheimliste Appenzell Ausserrhoden 2014	51
Tabelle 5:	Anteil Personen mit Übergewicht/Adipositas (18-jährige und ältere Personen), 2012	62
Tabelle 6:	Entwicklung Anteil Personen mit Übergewicht/Adipositas (18-jährige und ältere Personen), 1992-2012	62
Tabelle 7:	Infektionszahlen sexuell übertragbarer Krankheiten (STI) in Appenzell Ausserrhoden 2004-2013	64
Tabelle 8:	Infektionszahlen sexuell übertragbarer Krankheiten (STI) in der Schweiz 2004-2013	64
Tabelle 9:	Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungen 2002-2012 (in Millionen CHF)	70
Tabelle 10:	Vergleich Kostenwachstum im Gesundheitswesen und Wachstum der ständigen Wohnbevölkerung 2002-2012	70
Tabelle 11:	Finanzierung des Gesundheitswesens nach Finanzierungsregimes 2008-2012 (in Millionen CHF)	71
Tabelle 12:	Bruttokosten in der OKP nach Gruppen von Leistungserbringern und Leistungsarten Appenzell Ausserrhoden 2008-2012 (in Millionen CHF)	75
Tabelle 13:	Entwicklung ambulante und stationäre Bruttokosten in der OKP pro versicherte Person 2007, 2010, 2012 (in CHF)	75
Tabelle 14:	Prämienverbilligung in Appenzell Ausserrhoden 2004-2014 (Hochrechnung)	76
Tabelle 15:	Abgeltung der stationären Leistungen gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung	77

Literaturverzeichnis

Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK und palliative.ch (2014). *Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz. Eine definitorische Grundlage für die Umsetzung der «Nationalen Strategie Palliative Care»* vom 15. Juli 2014, <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13768/14902/index.html?lang=de>, abgerufen am 10.8.2014

Bundesamt für Gesundheit BAG und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2013). *Nationale Demenzstrategie 2014-2017*.

Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (2014). *Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz. OECD Forschungsbericht Nr. 12/13*.

Bundesamt für Statistik BFS (2007). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone 2005-2030*. Neuchâtel 2007.

Bundesrat (2013). *Gesundheit2020. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates*, <http://www.bag.admin.ch/gesundheits2020/index.html?lang=de>, abgerufen am 22.4.2014.

Bundesrat (2014). *Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung KVG. Steuerung des ambulanten Bereichs. Erläuternder Bericht*, <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/14851/index.html?lang=de>, abgerufen am 23.7.2014.

Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden (2010). *Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007*.

Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden (2012). *Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012*.

Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden (2013a). *Grundlagenpapier Psychiatrieversorgung für den Kanton Appenzell Ausserrhoden*, vom Regierungsrat zur Kenntnis genommen am 4. Juni 2013, http://www.ar.ch/fileadmin/user_upload/Departement_Gesundheit/Information/Publikationen/GrundlagenpapierPsychiatrieversorgungAppenzellAusserrhoden2013.pdf, abgerufen am 22.4.2014

Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden (2013b). *Planungsgrundlagen für die Pflegeheimliste Appenzell Ausserrhoden*. Stand November 2013.

Departement Gesundheit Appenzell Ausserrhoden (2014). *Projektauftrag «Basisqualität in Alters- und Pflegeeinrichtungen Appenzell Ausserrhoden»* vom 8. Mai 2014.

Ecopol (2013). Monitoringbericht 2013. *Entwicklung und Standortbestimmung im Vergleich mit den Schweizer Kantonen im Auftrag der Regierung des Kantons Appenzell Ausserrhoden*, http://www.ar.ch/fileadmin/user_upload/Regierungsrat/Monitoringberichte/MonitoringberichtAR2013.pdf, abgerufen am 21.6.2014.

Frey, M.; Liechti, D.; Feer, M. (2011). *Direkte Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte. Out-of-Pocket-Zahlungen und Kostenbeteiligungen in der Schweiz und im internationalen Vergleich (Obsan-Dossier 17)*. Neuchâtel. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Höpflinger, François; Bayer-Oglesby, Lucy; Zumbunn, Andrea (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien*. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Bern.

Kanton Bern, Gesundheits- und Fürsorgedirektion GEF (2014). *Übergewicht im Kanton Bern*. GEF-Bulletin August 2014.

Lang, Phung (2011). *Durchimpfung von Kindern im Kanton Appenzell Ausserrhoden*, 2010. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Zürich.

Lang, Phung (2014). *Durchimpfung von Kindern im Kanton Appenzell Ausserrhoden*, 2013. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Zürich.

Rüesch, Peter et al. (2014). *Prognose Gesundheitsberufe und Ergotherapie, Hebammen und Physiotherapie 2025*. ZHAW Reihe Gesundheit Nr. 3, http://www.zhaw.ch/fileadmin/user_upload/gesundheit/forschung/No3_ZHAW-Gesundheit_ProGes_Schlussbericht.pdf, abgerufen am 30.5.2014.

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2009). *Ageing Workforce in an Aging Society. Wieviele Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitsstem bis 2030?*, <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/01/02.html>, abgerufen am 11.10.2014.

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014). *Gesundheitsreport Appenzell Ausserrhoden*. Standardisierte Auswertungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 und weiterer Datenbanken. Neuchâtel.

Appenzell Ausserrhoden
Departement Gesundheit
Kasernenstrasse 17
9102 Herisau

gesundheit@ar.ch
www.ar.ch/gesundheit