

Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2021



**Herausgeber**

Departement Gesundheit und Soziales Appenzell Ausserrhoden
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Auftraggeber

Departement Gesundheit und Soziales Appenzell Ausserrhoden

Autorinnen/Autoren

– Andreas Daurù, Nadia Hafner, Markus Meitz, Franz Bach
(Departement Gesundheit und Soziales Appenzell Ausserrhoden)
– Marcel Widmer, Laila Burla, Isabelle Sturny, Damian Hedinger (Obsan)

Korrektorat

Rolf Egger, Hundwil

Projektleitung Obsan

Marcel Widmer

Reihe und Nummer

Obsan Bericht 02/2021

Bestellungen und Auskünfte

Departement Gesundheit und Soziales
Amt für Gesundheit

Kasernenstrasse 17
9102 Herisau

Tel. 071 353 65 90

Fax 071 353 68 54

Illustration Umschlaginnenseite

Jonathan Németh, St. Gallen

Layout

Obsan

Karten

Bundesamt für Statistik (BFS), Sektion DIAM, ThemaKart

Titelseite

Bundesamt für Statistik (BFS), Sektion DIAM, Prepress/Print

Online

– <https://www.ar.ch/verwaltung/departement-gesundheit-und-soziales/amt-fuer-gesundheit/> (Publikationen)
– www.obsan.ch → Publikationen

Print

Druck in der Schweiz

Copyright

Obsan, Neuchâtel 2021
Wiedergabe unter Angabe der Quelle
für nichtkommerzielle Nutzung gestattet

BFS-Nummer

873-2102

ISBN

978-2-940670-11-6

Aufbau und Lesehilfe Gesundheitsbericht 2021

Der vorliegende Gesundheitsbericht 2021 gliedert sich in zwei Teile:



TEIL 1 (Kapitel 1–4) Entwicklungen, Ziele und Massnahmen

Enthält die Ziele des Bundes, die Position des Regierungsrates und erläutert die Entwicklungen und Zusammenhänge im Gesundheitswesen. Zudem finden sich im Teil 1 die entsprechenden Massnahmen und Projekte für das Gesundheitswesen in Appenzell Ausserrhoden.

Somit sind im Teil 1 die wichtigsten Aussagen und Ausführungen in Bezug auf die zukünftigen Ziele der Gesundheitspolitik in Appenzell Ausserrhoden zu finden.



TEIL 2 (Kapitel 5–9) Analyse und Datengrundlage

Enthält die fundierte Datengrundlage und Analyse, welche die Ziele, Massnahmen und Projekte im Teil 1 differenziert begründen. Es finden sich hier die Ausführungen und Analysen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung in Appenzell Ausserrhoden, der Gesundheitsversorgung, der Gesundheitsförderung und Prävention sowie abschliessend die Übersicht über die Gesundheitskosten in Appenzell Ausserrhoden und der Schweiz im Vergleich.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7	3.4.5 Interkantonale Zusammenarbeit	31
		3.4.6 Kostendämpfungsmassnahmen	31
Zusammenfassung Infografiken	8	3.5 One Health (Ausblick)	32
Zusammenfassung Massnahmen und Projekte	10	4 Übersicht der kantonalen Massnahmen und Projekte	33
Teil 1: Entwicklungen, Ziele und Massnahmen	13	4.1 Gesundheitsförderung und Prävention	34
1 Übergeordnete Ziele von Bund und Kanton	15	4.2 Qualität der Versorgung erhöhen	36
1.1 Strategie Gesundheit2030 des Bundesrates	15	4.3 Versorgungsstrukturen stärken	37
1.2 Ziele des Regierungsrates	16	4.4 Beeinflussung der Kostenentwicklung	38
2 Grundlagen des Gesundheitsberichts 2021	17	Teil 2: Analyse und Datengrundlage	41
2.1 Gesetzlicher Auftrag	17	5 Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden	43
2.2 Thematische Ausrichtung	17	5.1 Demografie	43
2.3 Datengrundlagen	17	5.1.1 Bevölkerungsentwicklung	43
3 Entwicklungen und Zusammenhänge im Gesundheitswesen	21	5.1.2 Altersstruktur	44
3.1 Was beeinflusst die Gesundheit?	21	5.1.3 Sozialstruktur	45
3.1.1 Gesundheitliche Ungleichheit	22	5.2 Gesundheitszustand	45
3.2 Gesundheitswesen im Wandel	23	5.2.1 Lebenserwartung	45
3.2.1 Folgen des demografischen Wandels	23	5.2.2 Mortalität und Todesursachen	46
3.2.2 Fachkräftebedarf und -mangel	24	5.2.3 Selbst wahrgenommene Gesundheit	47
3.2.3 Veränderung Verhalten und Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten	25	5.2.4 Starke körperliche Beschwerden	47
3.3 Veränderungen im Umfeld: Spezialisierung, steigende Kosten, Wettbewerb und regulatorische Eingriffe	26	5.2.5 Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten	48
3.3.1 Spezialisierung der Medizin	26	5.2.6 Ausgewählte Diagnosen: Myokardinfarkt, Hirnschlag sowie Krebsinzidenz	48
3.3.2 Überdurchschnittliches Wachstum der Kosten des Gesundheitswesens	26	5.2.7 Psychische Belastung	49
3.3.3 Regulatorische Eingriffe	27	5.2.8 Einsamkeitsgefühle	50
3.3.4 Digitalisierung	29	5.2.9 Emotionale Erschöpfung bei der Arbeit	50
3.3.5 Medizinischer Fortschritt	29	5.3 Gesundheitsrelevantes Verhalten	51
3.4 Konsequenzen auf die Gesundheitsversorgung	30	5.3.1 Körpergewicht	51
3.4.1 Konzentration der Leistungserbringer	30	5.3.2 Körperliche Aktivität	52
3.4.2 Interprofessionalität	30	5.3.3 Tabakkonsum	52
3.4.3 Infrastruktur der Spitäler	30	5.3.4 Alkoholkonsum	53
3.4.4 Koordinierte Versorgung	30	5.3.5 Illegale Drogen, Medikamente und Internet	53
		6 Gesundheitsversorgung	59
		6.1 Ambulante Gesundheitsversorgung	59
		6.1.1 Angebot und Inanspruchnahme	59
		6.1.2 Pflegende Angehörige	64
		6.1.3 Patientenflüsse	65

6.1.4 Notfallversorgung	66	8.3.2 OKP-Prämien in Appenzell Ausserrhoden	118
6.1.5 Herausforderungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung	69	8.4 Prämienverbilligung	120
6.2 Spitalversorgung	70	8.5 Herausforderungen in Bezug auf die finanziellen Aspekte im Gesundheitswesen	121
6.2.1 Angebotsstrukturen der Spitäler	70		
6.2.2 Spitalpersonal	71	9 Details zu den Massnahmen und Projekten	123
6.2.3 Stationäre Versorgung – Akutsomatik	72		
6.2.4 Stationäre Versorgung – Psychiatrie	82	Abkürzungsverzeichnis	161
6.2.5 Stationäre Versorgung – Rehabilitation	83		
6.2.6 Herausforderungen in der stationären Spitalversorgung	85	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	163
6.3 Langzeitpflege	86		
6.3.1 Stationäre Langzeitpflege (Pflegeheime)	86	Literaturverzeichnis	166
6.3.2 Ambulante Langzeitpflege (Spitex)	89		
6.3.3 Personal in der Langzeitpflege	90		
6.3.4 Herausforderungen in der Langzeitpflege	91		
7 Gesundheitsförderung und Prävention	93		
7.1 Gesetzliche Grundlagen	93		
7.2 Definition der Begriffe	93		
7.2.1 Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV)	93		
7.2.2 Gesundheitsförderung	94		
7.2.3 Gesundheitskompetenz	94		
7.3 Organisation der Gesundheitsförderung und Prävention in Appenzell Ausserrhoden	96		
7.4 Bedeutung der Gesundheitsförderung und Prävention	96		
7.4.1 Schweizweite Herausforderung	96		
7.4.2 Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe in Appenzell Ausserrhoden	97		
7.5 Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich psychische Erkrankungen und Sucht	98		
7.5.1 Schwerpunkte der Gesundheitsförderung und Prävention von Psychische Erkrankungen und Sucht im Kanton Appenzell Ausserrhoden	99		
7.5.2 Die kantonale Beratungsstelle für Suchtfragen	100		
7.6 Prävention und Gesundheitsförderung bei übertragbaren Krankheiten	102		
7.6.1 Schwerpunkte der Gesundheitsförderung und Prävention von übertragbaren Krankheiten im Kanton Appenzell Ausserrhoden	103		
7.6.2 Impfungen	104		
7.6.3 Durchimpfungsraten Kanton Appenzell Ausserrhoden	104		
7.7 Überkantonale und private Leistungserbringen	106		
7.7.1 Herausforderungen in Gesundheitsförderung und Prävention	109		
8 Finanzielle Aspekte des Gesundheitswesens	111		
8.1 Gesundheitskosten auf nationaler Ebene	111		
8.2 Staatliche Gesundheitsausgaben im Kanton Appenzell Ausserrhoden	113		
8.3 Kosten und Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) (ohne Kantonsanteil)	115		
8.3.1 OKP-Kosten in Appenzell Ausserrhoden	115		

Vorwort

Geschätzte Leserinnen und Leser

Vor Ihnen liegt der Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2021. Alle vier Jahre erstattet der Regierungsrat dem Parlament und der Bevölkerung damit Bericht über seine Ziele und Grundsätze in der Gesundheitspolitik. Er evaluiert darin die Qualität und Wirksamkeit der erbrachten Leistungen. Zudem gibt der Gesundheitsbericht 2021 einen umfassenden Überblick über die Entwicklungen im Gesundheitswesen, die Versorgungssituation in Appenzell Ausserrhoden, den Gesundheitszustand der Ausserrhoder Bevölkerung sowie die daraus abgeleiteten Massnahmen.

Das Gesundheitswesen bewegt die Bevölkerung und die Politik seit jeher, geht es doch dabei um nichts weniger als eines unserer wichtigsten Bedürfnisse: Den Erhalt, die Pflege oder die Wiedererlangung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens. In den vergangenen Jahren wurde die Debatte rund um das Thema Gesundheitsversorgung sowohl im Kanton als auch in der ganzen Schweiz intensiv geführt. Dabei geht es nicht zuletzt um die stetig steigenden Kosten und die damit einhergehende Belastung der Bevölkerung durch höhere Krankenversicherungsprämien.

Dem Regierungsrat ist es ein grosses Anliegen, dass die hohe Qualität und Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems gewährleistet bleiben – ohne aber, dass die Kosten auf ein untragbares Niveau ansteigen. Die Grundversorgung soll sich nicht verschlechtern und Schwächere sollen durch kostendämpfende Massnahmen nicht benachteiligt werden. Der Gesundheitsbericht 2021 zeigt auf, mit welchen Massnahmen dieser Herausforderung begegnet werden soll und wie die entsprechenden Ziele erreicht werden können.

Der Gesundheitsbericht 2021 beinhaltet umfassende Analysen und fundierte Auswertungen zahlreicher Daten. Er setzt sich mit aktuellen Trends im Gesundheitswesen auseinander. Damit ist der Gesundheitsbericht ein taugliches Instrument für die Steuerung und Umsetzung einer vorausschauenden Gesundheitspolitik. Entwicklungen können frühzeitig erkannt und die Gesundheitsversorgung entsprechend geplant werden. Zusätzlich ermöglicht der Gesundheitsbericht aber auch eine Zwischenbilanz über die bisherige kantonale Gesundheitspolitik und zeigt auf, wo Anpassungen sinnvoll und nötig sind.

Der Fokus des Gesundheitsberichts 2021 liegt auf der stationären Spitalversorgung. Erstmals wurden inner- und interkantonale Patientenströme näher betrachtet und die regionalen Un-

terschiede analysiert. Dies ist eine wichtige Grundlage für die politische Diskussion zur bedarfsorientierten Spitalplanung. Mit der Spitalplanung soll einer Über- oder Fehlversorgung entgegengewirkt und so der Kostenanstieg gebremst werden.

Gerade in der Zeit der Pandemie wurde uns erneut bewusst, wie wertvoll es ist, gesund zu sein. Ein gesundheitserhaltendes und -förderliches Umfeld ist daher genauso wichtig wie eine intakte medizinische Versorgung im Krankheitsfall. Gesundheitsförderung und Prävention haben deshalb in der Gesundheitspolitik von Appenzell Ausserrhoden ebenso ihren Stellenwert.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre und vor allem gute Gesundheit!



Yves Noël Balmer
Regierungsrat

Zusammenfassung

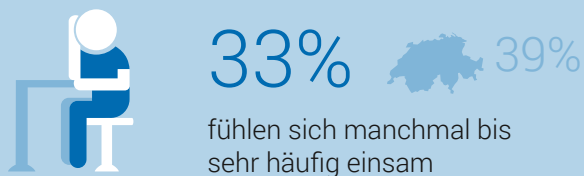
Lebenserwartung bei Geburt



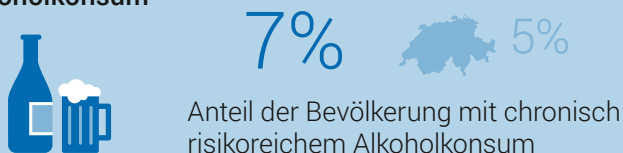
Häufigste Todesursache



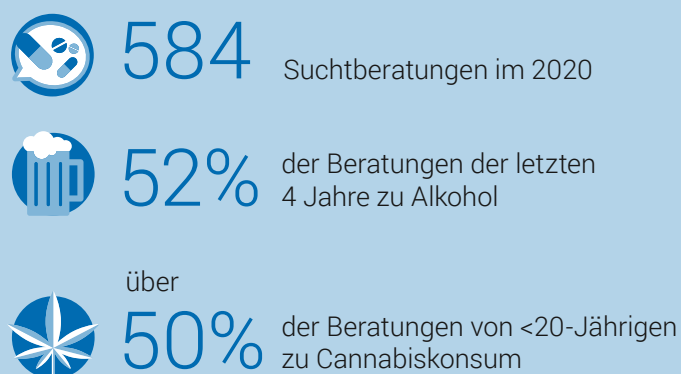
Einsamkeitsgefühle



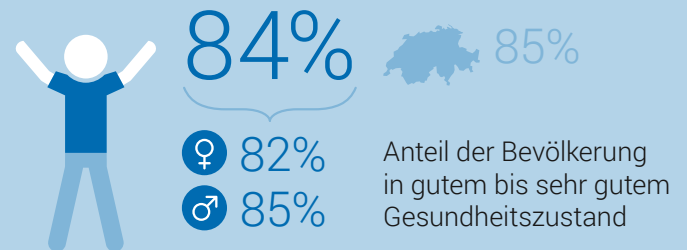
Alkoholkonsum



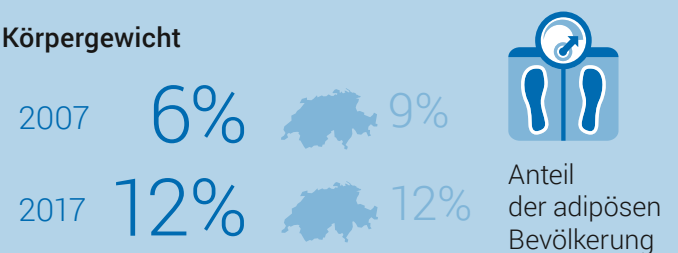
Beratungsstelle für Suchtfragen



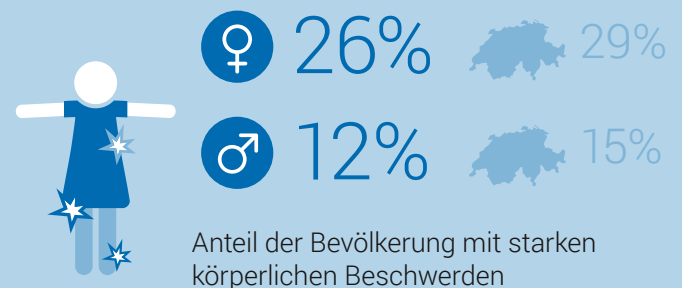
Selbst wahrgenommene Gesundheit



Körpergewicht



Körperliche Beschwerden



Gesundheitsausgaben pro Einwohner/in 2018, Schweiz



Zusammenfassung

Ambulante Versorgung

Anzahl Leistungserbringer



Langzeitversorgung

Pflegeheime

Inanspruchnahmerate
von den über 65-Jährigen:

7,3% höchste Rate
der Schweiz

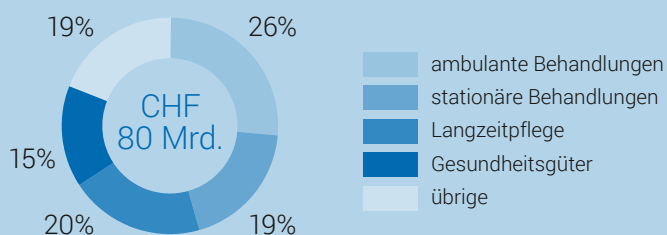
Spitex

Inanspruchnahmerate
von über 65-Jährigen:

7,5% 5. tiefste Rate
der Schweiz



Gesundheitskosten nach Leistungen (CH)



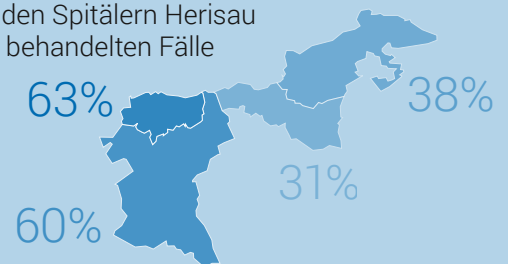
Stationäre Akutsomatik

Fälle pro 1'000 Einwohner/innen:

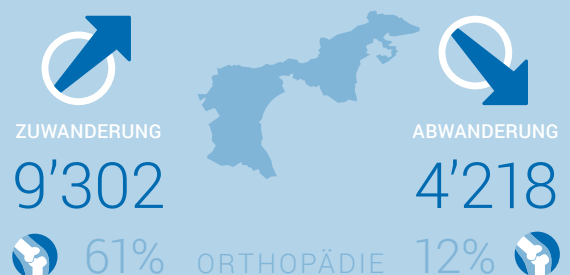


Innerkantonale Patientenströme (stationäre Akutsomatik)

Anteil der in den Spitälern Herisau
oder Heiden behandelten Fälle



Interkantonale Patientenströme (stationäre Akutsomatik)



OKP-Prämien (AR)

pro versicherte Person,
Erwachsene 2019



Zusammenfassung Massnahmen und Projekte

Übersicht der laufenden und geplanten Massnahmen und Projekte im Gesundheitswesen

in Umsetzung:	läuft, wird laufend umgesetzt
in Vorbereitung:	Konzeptphase (beinhaltet auch zurückgestellte und nun wieder angegangene Projekte)
in Prüfung:	wird evaluiert/geprüft, ob allenfalls weitere Massnahmen (Konzept, Projekt usw.) sinnvoll sind

Legende Tabelle:

VA/AFP: Voranschlag/Aufgaben und Finanzplan

GF&P: Gesundheitsförderung und Prävention

Qual: Qualität der Versorgung erhöhen

VS: Versorgungsstrukturen stärken

Kosten: Beeinflussung der Kostenentwicklung

*1 Prüfung und Vorbereitung betrifft Personalaufwand. Weitere Kostenfolgen möglich.

*2 indirekte Beeinflussung der Kostenentwicklung

Massnahmen/Projekte	Seite	Status	VA/AFP	Kosten	Hebel			
					GF & P	Qual	VS	Kosten
schulärztliche und schulzahnärztliche Untersuchung	S. 123	in Umsetzung	ja/ja	CHF 60'000 (schulärztlicher Dienst) CHF 15'000 (schulzahnärztlicher Dienst)	x			(x)*2
Angebote der Suchtprävention an Schulen, in Betrieben und Gemeinden	S. 124	in Umsetzung	ja/ja	Einsatz jährlich zweckgebundener Gelder aus der Spirituosensteuer/Alkoholzehntel. variiert jährlich; im Schnitt ca. CHF 50'000 pro/Jahr	x			(x)*2
kantonales Aktionsprogramm „Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“	S. 125	in Umsetzung	ja/ja	CHF 26'000	x			(x)*2
Mitarbeit Ostschweizer Forum für Psychische Gesundheit	S. 126	in Umsetzung	ja/ja	CHF 20'000	x			(x)*2
kantonales Programm „Zwäg is Alter“	S. 127	in Umsetzung	ja/ja	CHF 110'000 (ab 2022)	x			(x)*2
Krebsregister	S. 128	in Umsetzung	ja/ja	CHF 80'000		x		
HPV-Impfungen	S. 129	in Umsetzung	ja/ja	CHF 60'000	x			(x)*2
Fachstelle für Familienplanung	S. 130	in Umsetzung	ja/ja	CHF 63'000	x			(x)*2
Praxisassistentin und Curriculum	S. 131	in Umsetzung	ja/ja	CHF 110'000		x	x	(x)*2
Triagestelle	S. 132	in Umsetzung	ja/ja	CHF 130'000		x	x	(x)*2
Projekt „Spitalversorgung Modell Ost“ (Spitalplanung AI, GL, GR, AR, TG, SG)	S. 133	in Umsetzung	ja/ja	im Personalaufwand enthalten		x	x	x

Massnahmen/Projekte	Seite	Status	VA/AFP	Kosten	Hebel			
					GF & P	Qual	VS	Kosten
Leistungsauftrag Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste St.Gallen	S. 134	in Umsetzung	ja/ja	CHF 650'000		x	x	
Spitalseelsorge (Leistungsauftrag SVAR)	S. 135	in Umsetzung	ja/ja	CHF 175'000		x		
Umsetzung Konzept für palliative Versorgung Appenzell Ausserrhoden	S. 136	in Umsetzung	ja/ja	*1; Kosten liegen teilweise bei den entsprechenden Institutionen und Leistungserbringern sowie beim Kanton im Rahmen der Leistungsverträge.		x		
Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung in Spitälern	S. 137	in Umsetzung	ja/ja	jährlich ca. 1 Mio. Franken (CHF 15'000 je Assistenzarztvollzeitstelle)			x	
Leistungsauftrag Rettungsdienst SVAR	S. 138	in Umsetzung	ja/ja	CHF 840'000			x	
kantonale Spitalplanung	S. 139	in Umsetzung	ja/ja	*1		x	x	x
Mitgliedschaft Trägerdelegation Stiftung Ostschweizer Kinderspital (SOKS)	S. 140	in Umsetzung	ja/ja	2021: 1,0 Mio. Franken			x	
Förderung der ambulanten Psychiatrieversorgung	S. 141	in Umsetzung	ja/ja	Beiträge an ungedeckte Kosten an SVAR: CHF 740'000 für Ambulatorium CHF 320'000 für Tagesklinik			x	x
Amtsärztinnen und Amtsärzte sowie ambulanter Notfalldienst	S. 142	in Umsetzung	ja/ja	CHF 100'000 für Amtsärztinnen und Amtsärzte CHF 80'000 für ambulanter Notfalldienst			x	
Notrufzentrale 144	S. 143	in Umsetzung	ja/ja	CHF 208'000			x	
Konzept One Health (Regierungsprogramm 2020–2023)	S. 144	in Vorbereitung	ja/ja	*1	x			
Umsetzung Zulassungsbeschränkung von Ärztinnen und Ärzten der ambulanten und spital-ambulanten Versorgung	S. 145	in Vorbereitung	nein/nein	Für die gesetzliche Umsetzung werden mehr Personalressourcen und zusätzlich finanzielle Ressourcen notwendig sein.		x	x	x
GeriatRIEkonzept Appenzell Ausserrhoden	S. 146	in Vorbereitung	ja/ja	VA 2022: CHF 90'000		x	x	(x)*2
Demenzkonzept Appenzell Ausserrhoden	S. 147	in Vorbereitung	ja/ja	*1		x	x	(x)*2
Umsetzung Bereich Gesundheit des Aktionsplanes „Frühe Kindheit“	S. 148	in Prüfung	nein/nein	*1	x			(x)*2
Evaluiere von Massnahmen im Bereich Sucht	S. 149	in Prüfung	nein/nein	*1	x			(x)*2
Evaluiere der aktuellen und potentiellen Aktivitäten zur Förderung der Gesundheitskompetenz insbesondere bei Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status und mit Migrationshintergrund	S. 150	in Prüfung	nein/nein	*1	x		x	(x)*2
Evaluation Einführung First Responder	S. 151	in Prüfung	nein/nein	*1		x	x	(x)*2
Einführung von eHealth und elektronisches Patientendossier bei den verschiedenen Leistungserbringern und Bevölkerung unterstützen	S. 152	in Prüfung	nein/nein	*1		x		(x)*2
Evaluation von Massnahmen zur Integrierten Versorgung	S. 153	in Prüfung	nein/nein	*1		x	x	x

ZUSAMMENFASSUNG MASSNAHMEN UND PROJEKTE

Massnahmen/Projekte	Seite	Status	VA/AFP	Kosten	Hebel			
					GF & P	Qual	VS	Kosten
Beratung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen	S. 154	in Prüfung	nein/nein	*1		x	x	(x)*2
Evaluierung von „Lessons Learned“ aus der Corona-Pandemie sowie Prüfung von möglichen Massnahmen zur Vorbereitung und Bewältigung zukünftiger Pandemien	S. 155	in Prüfung	nein/nein	*1		x		
Evaluieren interkantonalen Massnahmen zur Förderung von Fachkräften in der Pflege	S. 156	in Prüfung	nein/nein	*1		x	x	
Entwicklung der Digitalisierung im Gesundheitswesen beobachten	S. 157	in Prüfung	nein/nein	*1			x	(x)*2
Sensibilisierung und Information der Seniorinnen und Senioren, der entsprechenden Anlauf- und Beratungsstellen sowie der Leistungserbringer zu Spitex-Angeboten	S. 158	in Prüfung	nein/nein	*1			x	x
Themenfelder der interkantonalen Zusammenarbeit in den Bereichen der Gesundheitsversorgung und der Verwaltung resp. Aufsicht evaluieren	S. 159	in Prüfung	nein/nein	*1			x	x
Übersicht über die Handlungsmöglichkeiten des Kantons zur Kostendämpfung der Gesundheitskosten (Regierungsprogramm 2020–2023)	S. 160	in Prüfung	nein/nein	*1				x



Teil 1: Entwicklungen, Ziele und Massnahmen

1 Übergeordnete Ziele von Bund und Kanton

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die Ziele des Bundes und des Kantons. Beide Strategien und Positionen sind für die Gesundheitspolitik massgebend und relevant. Sie werden im Gesundheitsbericht gegenseitig ergänzend behandelt und ebenso werden die Massnahmen und Projekte in Kapitel 4 aus beiden abgeleitet.

1.1 Strategie Gesundheit2030 des Bundesrates

Der Bundesrat sieht auf die zukünftige Gesundheitsversorgung einige gesellschaftliche Herausforderungen und Entwicklungen zukommen. Dazu gehören insbesondere (BAG, 2020)

- die steigenden Gesundheitskosten;
- die Zunahme der nichtübertragbaren Krankheiten;
- Strukturen, welche zu stark auf die Akutversorgung ausgerichtet sind;
- der Mangel an qualifizierten Gesundheitsfachpersonen;
- die fehlende Transparenz, z. B. über Kosten und Qualität der Leistungen;
- die sozialen Ungleichheiten, wenn sie nicht abgedeckt werden;
- und die Digitalisierung, die im Gesundheitswesen in der Schweiz nicht weit fortgeschritten ist.

In der im Dezember 2019 verabschiedeten Gesundheitsstrategie für die Jahre 2020 bis 2030 zeigt der Bundesrat, wie er mit den genannten Herausforderungen umgehen will. Die Strategie „Gesundheit2030“ baut auf den Arbeiten von „Gesundheit 2020“ auf. Darin festgehalten ist der geplante Umgang mit den vier dringlichsten Herausforderungen welche auf das schweizerische Gesundheitssystem zukommen:

- der technologische und digitale Wandel,
- die demografische und gesellschaftliche Entwicklung,
- der Erhalt einer qualitativ hochstehenden und finanziell tragbaren Versorgung,
- die Chance der Bevölkerung auf ein Leben in Gesundheit (Gesundheitsdeterminanten)

Innerhalb dieser definierten Haupt-Herausforderungen wurden verschiedene Schwerpunkte identifiziert und daraus Ziele sowie Stossrichtungen für konkrete Massnahmen abgeleitet, siehe dazu Grafik G 1.

Gesundheit2030 gibt den Rahmen für die prioritären Aktivitäten des Bundes vor. Der Erfolg der Strategie ist aber auch vom Engagement aller anderen Akteure abhängig. Dazu zählen insbesondere auch die Kantone, welche dafür ihren Handlungsspielraum nutzen sollen.

G 1 Gesundheit2030: Herausforderungen, Ziele und Massnahmen



Quelle: BAG, 2019

© Obsan 2021

1.2 Ziele des Regierungsrates

Der Regierungsrat will, dass die Qualität und die Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung von Appenzell Ausserrhoden gewährleistet bleiben, ohne dass die Kosten auf ein untragbar hohes Niveau ansteigen. Dort, wo der Regierungsrat über Handlungsspielraum verfügt, will er diesen ausschöpfen.

Der Regierungsrat fokussiert dabei nicht nur auf die medizinische Versorgung, sondern will mit einer ganzheitlichen Sicht auf den Lebensraum aller Lebewesen – von Mensch, Tier und Pflanzen – die Gesundheit der Bevölkerung sicherstellen.

Die Absicht des Regierungsrats ist es daher, die Gesundheitsförderung umfassender und interdisziplinärer auszurichten. Konkret setzt er im Regierungsprogramm 2020–2023 folgende Ziele fest:

- Bis 2023 liegt eine Übersicht über die Handlungsmöglichkeiten des Kantons zur Kostendämpfung der Gesundheitskosten vor.
- Bis 2030 ist der Kostenanstieg im Gesundheitsbereich dank der vom Kanton ergriffenen Massnahmen gebremst.
- Bis 2023 ist ein One Health-Konzept erarbeitet, welches die Schnittstellen, die Verantwortlichkeiten, die Kooperationen und die Ressourcen in der kantonalen Verwaltung klärt.
- Bis 2030 ist eine Gesundheitsstrategie im Sinne von One Health zur Prävention und Bekämpfung von gesundheitlichen Risiken umgesetzt.

Wie diese Ziele des Regierungsrates erreicht werden sollen, zeigt das Kapitel 4 „Übersicht der kantonalen Massnahmen und Projekte“ auf. In diesem Kapitel werden aufgrund der Daten und Fakten des vorliegenden Gesundheitsberichts sowie den gesundheitspolitischen Zielen des Regierungsrates entsprechende Massnahmen und Projekte abgeleitet und formuliert.

2 Grundlagen des Gesundheitsberichts 2021

Der vorliegende Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2021 (im Folgenden als Gesundheitsbericht 2021 bezeichnet) bildet die Grundlage, um die kantonale Gesundheitspolitik heute und in Zukunft an den tatsächlichen Bedürfnissen und Gegebenheiten auszurichten. Er beleuchtet die Angebote und Strukturen in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung und zeigt auf, was in der Gesundheitsförderung und Prävention geleistet wird. Dabei werden auch herausfordernde Aspekte, die auf das Gesundheitswesen zukommen, erörtert. Schliesslich ist ein Kapitel der Finanzierung des Gesundheitswesens und der Kostenentwicklung gewidmet.

Der Gesundheitsbericht 2021 ist eine umfassende Analyse des Ausserrhoder Gesundheitswesens. Dabei geht er über die Darstellung der Ist-Situation hinaus und formuliert Massnahmen und Projekte.

2.1 Gesetzlicher Auftrag

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

Gemäss Art. 12 des kantonalen Gesundheitsgesetzes (bGS 811.1) legt der Regierungsrat dem Kantonsrat alle vier Jahre einen Gesundheitsbericht vor.

Grundsätzlich ist der Gesundheitsbericht ein Instrument zur Planung der Gesundheitspolitik. Er formuliert deren Ziele, enthält Grundsätze zur Gesundheitsförderung und Prävention und stellt die Koordination der Tätigkeiten in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens dar. Ferner wird die Evaluation von Qualität und Wirksamkeit der Gesundheitsleistungen verlangt. Das Gesetz verpflichtet die Fachpersonen und Institutionen des Gesundheitswesens, bei der Erhebung der notwendigen Daten mitzuwirken.

Zu den politischen Zuständigkeiten hält das Gesundheitsgesetz fest, dass der Gesundheitsbericht Stellung nimmt, der Regierungsrat über den Gesundheitsbericht befindet und der Kantonsrat diesen genehmigt.

Der Gesundheitsbericht 2021 wurde vom Departement Gesundheit und Soziales in enger Zusammenarbeit mit dem Schweizer Gesundheitsobservatorium (Obsan) erarbeitet.

2.2 Thematische Ausrichtung

Der vorliegende Gesundheitsbericht 2021 stellt Aspekte der ambulanten und stationären medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung sowie der Gesundheitsförderung und Prävention in einem Dokument dar. Er zeigt auf, wie sich die Bereiche entwickelt haben und gibt Informationen über den Status quo. Der Gesundheitsbericht 2021 ist zentral für das kantonale Gesundheitssystem. Er bildet einen Orientierungsrahmen für die Weiterentwicklung des kantonalen Gesundheitssystems, sei es für kantonsinterne wie auch für kantonsexterne Organisationseinheiten.

Die Grundlage des Gesundheitsberichts 2021 bilden die im Regierungsprogramm 2020–2023 formulierten strategischen Positionierungen zur Gesundheitspolitik. Insbesondere sind die *Kostendämpfung* und *One Health* zu nennen. Anhand der vier Hebel „Gesundheitsförderung und Prävention“, „Qualität der Versorgung erhöhen“, „Versorgungsstrukturen stärken“ und „Beeinflussung der Kostenentwicklung“ werden Massnahmen zur Erreichung dieser Ziele formuliert.

Zentral ist, dass die Versorgungsstrukturen insgesamt analysiert und beurteilt werden. Damit kann sichergestellt werden, dass die Versorgungsstrukturen und nicht einzelne Leistungserbringer im Vordergrund stehen.

2.3 Datengrundlagen

Die im Bericht präsentierten Analysen und Ergebnisse beruhen auf verschiedenen Datenerhebungen. Die wichtigsten werden im Folgenden kurz beschrieben.

Verwendete Datenquellen

Datenbank	Beschreibung
Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)	Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) des Bundesamts für Statistik (BFS) liefert Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und dessen Bestimmungsfaktoren, über Krankheitsfolgen, über die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und über die Versicherungsverhältnisse. Die SGB ist eine repräsentative Befragung bei Personen ab 15 Jahren in Privathaushalten, die seit 1992 alle fünf Jahre durchgeführt wird. Die periodische Wiederholung erlaubt die Beobachtung der Entwicklungen in den genannten Bereichen sowie der Auswirkungen von gesundheitspolitischen Massnahmen. Um repräsentative Auswertungen durchzuführen, können die Kantone ihre Stichprobe erhöhen. 2017 haben insgesamt 18 Kantone – darunter der Kanton Appenzell Ausserrhoden – die Stichprobe erhöht.
Todesursachenstatistik	Die Todesursachenstatistik des BFS liefert einen Überblick über das Sterbegeschehen und dokumentiert die Ursachen der Sterblichkeit und der Totgeburten in der Schweiz. Sie lässt Veränderungen über Jahrzehnte erkennen und gibt Hinweise, durch welche präventiven oder medizinisch-kurativen Massnahmen die Lebenserwartung der Bevölkerung erhöht werden könnte.
Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)	Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) des BFS erfasst jedes Jahr die anfallenden Daten aller Hospitalisierungen in den schweizerischen Krankenhäusern. Diese Erhebung wird von jedem Krankenhaus, jeder Klinik und jedem Geburtshaus durchgeführt. Das BFS erhebt sowohl soziodemografische Informationen der Patientinnen und Patienten wie Alter, Geschlecht, Wohnregion als auch administrative Daten wie Versicherungsart oder Aufenthaltsort vor der Hospitalisierung und medizinische Informationen wie Diagnosen und Behandlungen.
Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (Somed)	Die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (Somed) des BFS ist eine administrative Statistik, die in erster Linie zur Beschreibung der Infrastruktur und der Tätigkeit der Betriebe, die sich um Betagte kümmern, dient. Die auskunftspflichtigen Betriebe erstatten jährlich Bericht über die erbrachten Leistungen, die betreuten Klientinnen und Klienten, das Betreuungspersonal sowie über ihre Betriebsrechnung.
Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex-Statistik)	Die Spitex-Statistik des BFS erhebt jährlich die Angaben zum Leistungsangebot, zum Personal, zu den Klientinnen und Klienten, zu den erbrachten Dienstleistungen sowie zu den Einnahmen und Ausgaben der Spitex-Organisationen. Seit 2010 erfasst die Spitex-Statistik nicht nur die gemeinnützigen Unternehmen, sondern auch erwerbswirtschaftliche Organisationen und selbständige Pflegefachpersonen.
Datenpool der SASIS AG	Der Datenpool ist eine von der SASIS AG – einer Tochtergesellschaft von santésuisse – produzierte Datenbank im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Im Datenpool werden alle durch die beteiligten Versicherer erfassten Rechnungen inklusive die Kostenbeteiligung der versicherten Personen (Franchise, Selbstbehalt und Beitrag an die Kosten von Spitalaufenthalten) zusammengeführt, was als Bruttoleistungen bezeichnet wird. Ausserdem werden für einzelne Leistungserbringergruppen Mengenangaben (z. B. Konsultationen, Hausbesuche) erfasst. Berücksichtigt sind nur Leistungen, für welche den Krankenversicherern eine Rechnung eingereicht oder die den Versicherern direkt vom Leistungserbringer in Rechnung gestellt werden. Rechnungen, welche von den Versicherten nicht zur Rückerstattung weitergeleitet werden (z. B. aufgrund einer hohen Franchise) sowie Leistungen, welche nicht von den Versicherungen im Rahmen der OKP übernommen werden (z. B. Leistungen der Zusatzversicherungen VVG), sind nicht im Datenpool erfasst. Im Datenpool sind ebenfalls keine Angaben zu den staatlichen Beiträgen (z. B. zur Kofinanzierung des stationären Bereichs) vorhanden.
Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens	Die Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens des BFS ist eine Synthesestatistik und schätzt auf der Grundlage sämtlich verfügbaren Zahlenmaterials die Geldströme rund um die Produktion, den Konsum und die Finanzierung von Gütern und Dienstleistungen des schweizerischen Gesundheitswesens. Die Kosten werden nach Leistungserbringern und Leistungen aufgeschlüsselt, und die Finanzierung wird nach Finanzierungsregimes und Finanzierungsquellen analysiert. Die Statistik wird jährlich produziert. Die nach dem neuen Modell ermittelten Daten sind ab 2010 verfügbar und wurden für die Vorjahre rückberechnet.
Statistik der obligatorischen Krankenversicherung	Die Statistik der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wird vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) herausgegeben. Sie gibt einen umfassenden, zahlenmässigen Überblick über die vom Bund anerkannten Krankenversicherer. Im Mittelpunkt der Analysen steht dabei die durch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) geregelte obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP).

Datenbank	Beschreibung
Durchimpfungsstudie Kanton AR	Es handelt sich hier um die kantonal repräsentativen Impfraten der Nationalen Durchimpfungsstudie (Swiss National Vaccination Coverage Survey, SNVCS), die vom Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention (EBPI) der Universität Zürich durchgeführt wird.
NICER Krebsregister	Die Stiftung Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung (NICER) sammelt und aggregiert Daten, die von den verschiedenen kantonalen und regionalen Schweizer Krebsregistern erhoben werden. 2019 bestanden kantonale Krebsregister für alle Kantone ausser Solothurn, Schaffhausen und Schwyz.
Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT)	Die BEVNAT des BFS ist eine der wichtigsten Grundlagen für die statistische Beobachtung der Entwicklung von Ehen und Familien in der Schweiz. Sie liefert Eckwerte für die Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP), für Bevölkerungsszenarien sowie für die Berechnung von demografischen Indikatoren.
Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)	Die Statistik der Bevölkerung und der Haushalte des BFS ist Teil des eidgenössischen Volkszählungssystems. Sie liefert Informationen zum Bestand und zur Struktur der Wohnbevölkerung am Jahresende sowie zu den Bevölkerungsbewegungen während des Kalenderjahres.

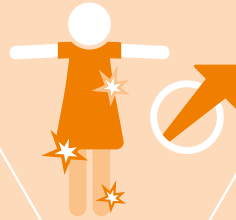
© Obsan 2021

Entwicklungen und Zusammenhänge

Anteil der Bevölkerung
über 65 Jahre



Anteil der chronisch
kranken Menschen steigt



Steigender
Fachkräftemangel



Zunehmende Spezialisierung
in der Humanmedizin



Bedürfnisse der Patientinnen
und Patienten



Regulatorische
Eingriffe entwickeln
sich weiter



Fortschreitende
Digitalisierung



Der Wunsch, möglichst lange
zuhause zu bleiben



Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung



Interprofessionelle
Zusammenarbeit



Stärkung der
koordinierten Versorgung



Massnahmen zur
Kostendämpfung



Konzentration der
Leistungserbringer



Veränderte Anforderungen
an die Infrastruktur



Interkantonale
Zusammenarbeit

3 Entwicklungen und Zusammenhänge im Gesundheitswesen

Das vorliegende Kapitel gibt einen Überblick über einige zentrale Themen, Trends und Herausforderungen, die das Gesundheits- und Versorgungsgeschehen in der Schweiz und somit auch in Appenzell Ausserrhoden massgeblich mitbestimmen.

3.1 Was beeinflusst die Gesundheit?

Die Einflussfaktoren auf die Gesundheit sind vielfältig (vgl. G 2): Neben den biologischen Faktoren, wie beispielsweise die Erbanlagen, das Geschlecht und das Alter, bestimmen soziale Determinanten die Gesundheit massgeblich mit. Es lassen sich verschiedene Ebenen unterscheiden, wobei komplexe Wechselwirkungen bestehen:

- individuelle Lebensweise (z. B. Ernährungsweise, körperliche Aktivität);
- soziale Netzwerke (Familie, Freundeskreis, Nachbarn, kommunale Netzwerke);
- Lebens- und Arbeitsbedingungen (z. B. Wohn- und Arbeitssituation, Gesundheitsversorgung);
- allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt (z. B. Wirtschaftslage, Umweltbedingungen, Sozialpolitik, Bildungs-, Gesundheits- und Sozialversicherungssystem).

Diese sozialen Determinanten lassen sich (mehr oder weniger) beeinflussen und stellen somit wichtige Ebenen politischer Interventionen dar.

G 2 Einflussfaktoren auf die Gesundheit



Quelle: nach Dahlgren & Whitehead (1991)

© Obsan 2021

3.1.1 Gesundheitliche Ungleichheit

Existieren im Gesundheitszustand systematische Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen, so spricht man von gesundheitlicher Ungleichheit. Aus gesundheitspolitischer Sicht sind Erkenntnisse darüber, welche Bevölkerungsgruppen geringere Gesundheitschancen haben, von zentraler Bedeutung.

Sozioökonomischer Status

Gesundheitliche Ungleichheit lässt sich zu einem grossen Teil durch Unterschiede im sozioökonomischen Status erklären: Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status sind häufiger von Gesundheitsproblemen und Krankheitsrisiken betroffen und weisen auch eine erhöhte Mortalität auf (Lampert et al., 2019: S.9; Mielck, 2005; Robert Koch-Institut, 2015; Schnyder-Walser et al., 2015). Der sozioökonomische Status wird dabei meist über Bildung, Einkommen und berufliche Stellung definiert.

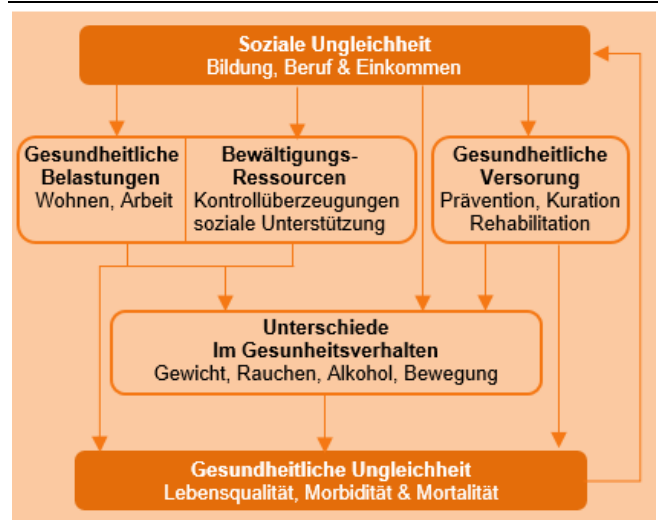
Wie lässt sich dieser Zusammenhang erklären (G 3)? Die Lebensverhältnisse beeinflussen den Gesundheitszustand einerseits direkt, z. B. durch schlechtere Arbeitsbedingungen und Wohnverhältnisse. Sie wirken aber auch indirekt über das Gesundheitsverhalten auf die Gesundheit: Begrenzte finanzielle Mittel erschweren etwa eine ausgewogene Ernährung, und körperliche Aktivität ist beispielsweise auch von der Wohnumgebung abhängig. Des Weiteren verfügen Menschen mit einem tieferen Bildungsniveau und sozioökonomischen Status häufig über weniger Ressourcen, was sich etwa auf die Gesundheitskompetenz, aber auch auf die soziale Unterstützung auswirkt. Soziale Ungleichheit wirkt sich ausserdem über die Gesundheitsversorgung auf die Gesundheit aus: Weniger Therapieangebote in sozial benachteiligten Gebieten, Unterschiede bei der Krankenversicherung (Zusatzversicherung, Franchisenhöhe), aber auch Unterschiede in der Arzt-Patienten-Kommunikation sind nur einige Beispiele in diesem Zusammenhang (Janssen et al., 2006; Mielck, 2012; Verlinde et al., 2012).



Zusammenhang Corona-Pandemie

- Zunahme der sozio-ökonomischen Unterschiede.
- Anstieg der von Armut betroffenen Personen.
- Anstieg der Arbeitslosigkeit.
- Einschränkende Massnahmen an Schulen und Sporteinrichtungen: Negative Folgen auf die Bildungsverläufe von Kindern und Jugendlichen, v.a. bei sozial benachteiligten und bildungsfernen Familien, und damit das Risiko (weiterer) Chancenungleichheit. Wenig bis keine Freizeit- und Sportmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche.

G 3 Soziale Ungleichheit und Gesundheit



Quelle: nach Mielck (2005)

© Obsan 2021

Geschlecht

Zahlreiche Studien belegen Unterschiede zwischen Frauen und Männern in der Inzidenz und Prävalenz von Krankheiten, aber auch im Krankheitsverlauf und in der Prognose. So weisen Frauen eine höhere Lebenserwartung auf, sie berichten aber auch häufiger von körperlichen und psychischen Beschwerden (Babitsch et al., 2016; BAG, 2008; Crimmins et al., 2010; Robert Koch-Institut, 2014). Wenngleich es biologische Gründe dafür gibt, kommt sozialen Einflüssen eine grosse Bedeutung zu. So sind bestimmte Risiken zwischen den Geschlechtern unterschiedlich verteilt, die die Erwerbstätigkeit (z. B. prekäre Arbeitsbedingungen, Risiken für Berufskrankheiten/Arbeitsunfälle, Doppelbelastung durch Beruf und Familie), aber auch die Lebensverhältnisse allgemein (z. B. Einelternhaushalte oder Pflege von Angehörigen) betreffen. Frauen und Männer zeigen des Weiteren auch Unterschiede, was die Wahrnehmung von Symptomen, ihre Krankheitskonzepte, ihre Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung und allgemein ihren Umgang mit Krankheit betrifft. Grosse Unterschiede bestehen zudem beim gesundheitsbezogenen Verhalten (z. B. Rauchen, Ernährung, Alkohol). Ein Teil der Geschlechterunterschiede ist durch unterschiedlichen sozioökonomischen Status bedingt, ein Teil erklärt sich durch unterschiedliche Rollenvorstellungen, Zuschreibungen oder Normen.

Im Zusammenhang mit dem Geschlecht muss erwähnt werden, dass homo- oder bisexuelle, transgender und intersexuelle (LSBTI) Menschen von besonderen gesundheitlichen Risiken betroffen sind. Diese gehen u. a. auf Diskriminierung im Alltag wie auch in der Gesundheitsversorgung zurück (Association PREOS, 2012; Gesundheitsförderung Schweiz, 2017; Köge et al., 2020; Reisner et al., 2018).

Migration

Migration prägt das Leben der Betroffenen oft über mehrere Generationen hinweg und bringt Chancen wie auch Risiken mit sich – nicht nur in sozialer und ökonomischer, sondern auch in gesundheitlicher Hinsicht (Robert Koch-Institut, 2008). Migration wird als „wichtige Determinante gesundheitlicher Ungleichheit in westlichen Einwanderungsgesellschaften“ gesehen (Lampert et al., 2016). Natürlich gibt es grosse Unterschiede zwischen Migrantinnen und Migranten, je nach Migrationsgründen sowie sozio-ökonomischem und rechtlichem Status. Bestimmte Gruppen der Migrationsbevölkerung weisen aber auch in der Schweiz in vielen Aspekten eine schlechtere Gesundheit auf als die einheimische Bevölkerung (BAG, 2013a). Dies lässt sich dadurch erklären, dass die drei Phasen vor, während und nach der Migration spezifische Belastungen mit sich bringen können: z. B. erlebte Traumata, Verlusterlebnisse, fehlende Integration durch mangelnde Sprachkenntnisse, fehlende Arbeitsmöglichkeiten. So verfügt beispielsweise ein grosser Teil der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz über ein unterdurchschnittliches Bildungs- und Einkommensniveau und ist auch öfter von Armut und Arbeitslosigkeit betroffen.

3.2 Gesundheitswesen im Wandel

3.2.1 Folgen des demografischen Wandels

Alterung der Bevölkerung

Die demografische Veränderung ist eine der grossen Entwicklungen, welche das Gesundheits- und Versorgungsgeschehen in der Schweiz massgeblich mitbestimmen.

Die Alterung der Bevölkerung wird bis 2050 weiterhin fort-schreiten. Der Anteil der 65-Jährigen und Älteren wird in der Schweiz von rund 19 % im Jahr 2020 auf ca. 26 % im Jahr 2050 ansteigen (BFS, 2020b) – vgl. auch Grafik in Kapitel 5.1.2. Besonders ausgeprägt wird der Anstieg zwischen 2020 und 2030 sein, wenn die geburtenstarken Babyboom-Jahrgänge pensioniert werden. Diese demografische Entwicklung wird viele Herausforderungen für die Gesellschaft allgemein, die sozialen Sicherungssysteme, aber insbesondere auch für das Gesundheitswesen mit sich bringen. Aus Grafik G 4 ist ersichtlich, dass die Inanspruchnahme mit dem Alter stark ansteigt. Entsprechend wird die wachsende Anzahl älterer Menschen mit einer erhöhten Inanspruchnahme einhergehen. Weiter geht die Bevölkerungsalterung mit einer Verschiebung des Krankheitsspektrums einher (siehe auch Ausführungen zu „chronische Erkrankungen“): Chronische Erkrankungen und Multimorbidität werden zunehmen. Letzteres führt zu einer Erhöhung der Komplexität der Behandlung, was zur Folge hat, dass die Behandlung immer mehr durch Beizug verschiedener Fachspezialistinnen und -spezialisten erfolgt. Diese Veränderungen werden Auswirkungen auf die Ge-

sundheitsversorgung haben – damit eine qualitativ hochstehende Betreuung garantiert werden kann, die weiterhin finanzierbar ist. Es wird neue/veränderte Versorgungsstrukturen brauchen und einen Wandel bei den Gesundheitsberufen erfordern.

Ein weiterer zentraler Aspekt in diesem Zusammenhang ist, dass mit dem demografischen Wandel die Zahl der Erwerbstätigen und somit auch der Fachkräfte sinken wird. Das Ausmass hängt massgeblich von der Einwanderung ab. Umso wichtiger ist es, genügend gutes Gesundheitspersonal auszubilden, zu rekrutieren und zu binden.



Zusammenhang Corona-Pandemie

- Zunahme der psychischen Belastung und psychischer Erkrankungen – auch bei Kindern und Jugendlichen.

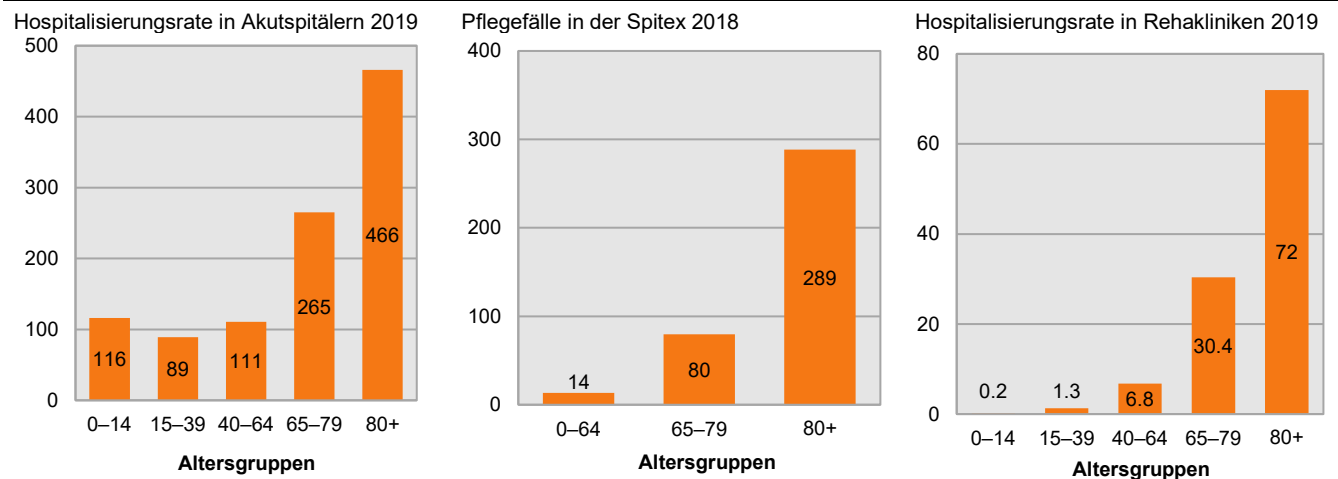
Zunahme chronischer Krankheiten

2,2 Millionen Menschen leiden in der Schweiz an einer chronischen Erkrankung – dies entspricht einem Viertel der Bevölkerung. Diese Zahl wird aufgrund der demografischen Entwicklung, dem medizinisch-technischen Fortschritt (bestimmte Krankheiten lassen sich besser behandeln, was aber eine lebenslange Behandlung zur Folge hat) und den veränderten Lebens- und Arbeitsbedingungen weiter steigen (Obsan (Hrsg.), 2015).

Bei den meisten chronischen Erkrankungen handelt es sich um sogenannte nichtübertragbare Krankheiten (NCD) wie Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen, muskuloskelettale Krankheiten, Demenz und psychische Erkrankungen. Mit steigendem Alter nehmen auch die Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) zu.

Chronische Erkrankungen beeinträchtigen nicht nur den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden der betroffenen Personen, sondern haben auch vielfach Auswirkungen auf das berufliche und soziale Leben der Betroffenen. Sie stellen zudem eine Herausforderung für das Gesundheits- und Sozialsystem dar (BAG & GDK, 2016): 80 % der Schweizerischen Gesundheitskosten werden durch nichtübertragbare Krankheiten verursacht. 2013 lagen die Kosten der NCD bei rund 50 Mrd. Franken. Bei den direkten Gesundheitskosten verursachen NCD 51 % der Kosten. Ohne Demenz und psychische Erkrankungen sind es immer noch 40 %. Dazu kommen indirekte Kosten aufgrund von Arbeitsausfällen, frühzeitiger Pensionierung oder vorzeitigem Tod.

Einerseits ist ein gesunder Lebensstil bei der Prävention und Behandlung von NCD von zentraler Bedeutung (BAG & GDK, 2016 – vgl. G 5). Andererseits spielt der sozioökonomische Status als wichtige Determinante für viele nichtübertragbare Erkrankungen eine grosse Rolle. Vor diesem Hintergrund hat die Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024 das Ziel, verhaltensbezogene Risikofaktoren und die gesundheitliche Ungleichheit zu verringern.

G 4 Inanspruchnahme nach Alter, pro 1000 Einwohner/innen, Schweiz, 2018/2019

Quelle: BFS – MS, Spitex-Statistik, STATPOP

© Obsan 2021

Psychische Erkrankungen verdienen spezielle Beachtung. Sie sind weit verbreitet und fast jede zweite Person erkrankt irgendwann in ihrem Leben an einer psychischen Störung. Sie verursachen nach Krebs und Erkrankungen des Bewegungsapparats die meisten verlorenen gesunden Lebensjahre. Psychische Störungen sind ausserdem die häufigste Ursache für Invalidität, insbesondere bei jungen Personen und Personen im mittleren Alter (Schuler et al., 2020). Dies weist auch darauf hin, dass sie meist früh im Lebensverlauf beginnen oder ihren Ursprung haben.

3.2.2 Fachkräftebedarf und -mangel

Das Gesundheitswesen hängt in entscheidendem Mass von der Verfügbarkeit des Gesundheitspersonals – in der richtigen Zahl und mit den erforderlichen Qualifikationen – ab. Daher ist ein Blick auf die aktuelle Situation sowie Prognosen zentral: Hat es zurzeit genügend Fachkräfte in allen Versorgungsbereichen? Wie gross ist die Abhängigkeit vom Ausland? Gibt es in bestimmten Bereichen Anzeichen für eine mögliche Überversorgung?

Im Folgenden wird auf die Berufsgruppen der Pflege sowie der Ärztinnen und Ärzte näher eingegangen. Dies hat mit ihrer Bedeutung für die Gesundheitsversorgung zu tun, aber auch mit der Datenlage: Für Berufsgruppen wie Hebammen, nicht ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Fachkräfte in den Bereichen Physio- und Ergotherapie gibt es nicht genügend Daten.

**Zusammenhang Corona-Pandemie**

- Vermehrte Burnout sowie Kündigungen beim Pflege(fach)personal aufgrund der monatelangen psychischen und körperlichen Belastung. Allenfalls abnehmende Attraktivität des Pflegeberufes.

G 5 Krankheiten und ihre Einflussfaktoren

	Krankheiten				
	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Diabetes	Krebs	Chronische Atemwegserkrankungen	Muskuloskelettale Erkrankungen
Tabak	●	●	●	●	●
Alkohol	●		●		●
Ernährung	●	●	●		●
Bewegung	●	●	●		●
Blutdruck	●				
Blutfettwerte	●				
Gewicht	●	●	●	●	●
Sozioökonomischer Status	●	●	●	●	●

Quelle: BAG, 2016

© Obsan 2021

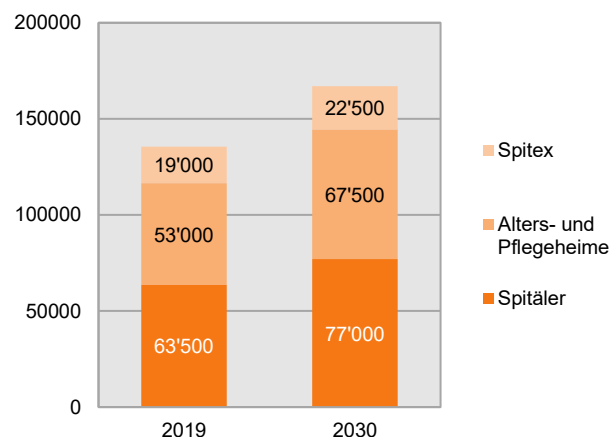
Pflegepersonal

In der Pflege zeichnet sich ein Fachkräftemangel ab: Der aktuelle Bedarf kann schon heute nur dank ausländischem Personal gedeckt werden. So haben etwa 40 % der neu eingestellten diplomierten Pflegefachpersonen in der Schweiz ein ausländisches Diplom, wobei es regional grosse Unterschiede gibt.

Berechnungen zeigen, dass der Bedarf an Pflegepersonal in Vollzeitäquivalenten zwischen 2019 und 2030 um 23 % zunehmen wird (G 6; vgl. Merçay & Grünig, 2016). Schätzungen gehen

davon aus, dass der Bedarf nur zur Hälfte durch Ausbildungsabschlüsse in der Schweiz gedeckt werden kann, wobei insbesondere beim Pflegefachpersonal (Tertiärstufe) nicht genügend Nachwuchs ausgebildet wird (GDK & OdASanté, 2016).

G 6 Pflegepersonal: Entwicklung des Bedarfs 2019–2030
(Vollzeitäquivalente)



Quelle: BFS – KS, SOMED und Spitex-Statistik

© Obsan 2021

Ärztinnen und Ärzte

Der Bestand und Bedarf an Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz ist seit Jahren Gegenstand politischer Diskussionen. In bestimmten Regionen und Fachgebieten zeichnet sich ein Ärztemangel ab. Studien zeigen etwa regionale Unterschiede bei den Arztpraxen: So finden sich nur wenig Spezialärztinnen und Spezialärzte in ländlichen und peripheren Regionen; bei der Grundversorgung ist der Unterschied weniger gross (Sturny & Widmer, 2020). Auch in den Spitälern gibt es, v.a. in bestimmten Fachgebieten, Rekrutierungsprobleme – peripherere Spitäler sind dabei stärker betroffen (Unger-Köppel, 2019).

Wie in der Pflege besteht auch hier eine starke Abhängigkeit vom Ausland: Assistenzärztinnen- und Assistenzarztstellen können seit Jahren nur zu knapp 60 % mit inländischem Nachwuchs besetzt werden (BAG & SIWF, 2018). Die Schweiz ist nicht zuletzt auch von der Einwanderung ausländischer Fachärztinnen und -ärzten abhängig, kann das schweizerische Weiterbildungssystem in vielen Fachgebieten den Bedarf nicht decken.

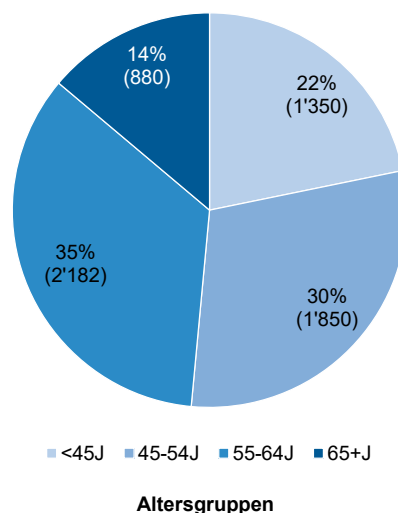
In einigen Fachgebieten – allen voran der Grundversorgung – wird sich die Lage zuspitzen: Rund die Hälfte der heute tätigen Hausärztinnen und -ärzte werden in den nächsten 10 Jahren das Pensionsalter erreichen (G 7). Das durchschnittliche Arbeitspensum wird wohl weiter sinken aufgrund des steigenden Frauenanteils sowie dem wachsenden Bedürfnis von Männern, Teilzeit zu arbeiten. Zudem war die Hausarztmedizin lange nicht das erste Berufsziel vieler Medizinstudierender.

Vor dem Hintergrund der Auslandabhängigkeit und der sich abzeichnenden Engpässe in der Grundversorgung wurden und werden die Ausbildungskapazitäten in der Humanmedizin bis

2025 erhöht. Mit der Erhöhung der Ausbildungsplätze kam auch schnell die Erkenntnis, dass die Mehrausbildung allein nicht gewährleistet, dass diese zusätzlich ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte sich dann auch in denjenigen Fachgebieten spezialisierten, in denen der grösste Bedarf bestehe. Damit stellt sich auch die Frage der Überversorgung in anderen Fachgebieten.

Wenngleich es zurzeit nicht möglich ist, eine Über- oder Unterversorgung zu bestimmen, so gibt es dennoch Hinweise, dass in bestimmten Spezialdisziplinen das Angebot von freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten den Bedarf übersteigt und eine angebotsinduzierte Nachfrage besteht. Mittels Zulassungsbeschränkungen sowie durch Steuerung der Weiterbildung soll ein weiteres Wachstum in diesen Disziplinen verhindert werden. Das 2020 verabschiedete revidierte Bundesgesetz über die Krankenversicherung verpflichtet die Kantone, Höchstzahlen für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte zu bestimmen, die zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen dürfen. Zudem legt es einheitliche Qualitätsanforderungen für alle Ärztinnen und Ärzte fest.

G 7 Hausärztinnen/-ärzte nach Alter, Schweiz, 2018



Hausärzte/-ärztinnen: AIM und praktische Ärztinnen/Ärzte

Quelle: BFS – MAS 2018 / Analyse Obsan

© Obsan 2021

3.2.3 Veränderung Verhalten und Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten

Die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten bezogen auf das Gesundheitssystem haben sich in den letzten Jahrzehnten geändert. Dies hat auch einen Einfluss auf ihr Verhalten sowie auf die optimale Gesundheitsversorgung. Im Folgenden wird auf die Arzt-Patienten-Beziehung sowie auf das Älterwerden in Zukunft eingegangen.

Arzt-Patienten-Beziehung

Die Arzt-Patienten-Beziehung hat sich in den letzten Jahrzehnten verändert: Das früher vorherrschende paternalistische Modell wurde weitgehend durch ein partnerschaftliches Modell abgelöst, welches durch kooperative Zusammenarbeit geprägt ist und von mündigen Patientinnen und Patienten ausgeht. Zentrales Element ist die partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making), ein Prozess, in welchem Ärztin/Arzt und Patient/Patientin „aktiv Informationen austauschen, verschiedene Behandlungsoptionen abwägen und partnerschaftlich eine Entscheidung fällen“ (Gerber et al., 2014).

Die Arzt-Patienten-Beziehung wird auch durch die Digitalisierung verändert: Patientinnen und Patienten informieren sich vermehrt über das Internet über mögliche Diagnosen oder Behandlungsmöglichkeiten und kommen entsprechend mit bestimmten Informationen und Erwartungen in die Praxis. Dies ist sowohl eine Chance als auch eine Herausforderung für die Ärztinnen und Ärzte. Es wird für Ärztinnen und Ärzte sodann immer wichtiger werden, auf solche Anforderungen in der täglichen Praxis vorbereitet und sensibilisiert zu sein (Bertelsmann Stiftung, 2018; Peiera & Eberli, 2018).

Diese Entwicklungen gehen u.a. auch mit einem höheren Qualitätsbewusstsein und entsprechenden Erwartungen seitens der Patientinnen und Patienten einher. Entsprechend sind Patientinnen und Patienten eher bereit, längere Anfahrtswege in Kauf zu nehmen für eine bessere Qualität (aerzteblatt.de, 2017). Gleichzeitig besteht aber auch die Erwartung der Bevölkerung, dass viele Leistungen in kurzer Distanz erreichbar sind (z. B. Geburtsabteilungen).

Alter(n) in Zukunft

Die Mehrheit der älteren Menschen möchte möglichst lange zuhause und selbständig leben und auch einen Beitrag zu Wirtschaft und Gesellschaft leisten. Diese Aspekte zeigen, dass es neue Wohn-, Betreuungs- und Versorgungsmodelle braucht. Zahlreiche gesellschaftliche Entwicklungen beeinflussen das (zukünftige) Altern sowie die Versorgung älterer Menschen massgeblich (BMFSFJ, 2012).

Früher wurde ein grosser Teil der Pflege und Betreuung älterer Menschen im informellen Rahmen von Frauen erbracht. Die zunehmende Erwerbstätigkeit der Frauen erfordert neue Betreuungsformate und Rahmenbedingungen, damit sich Berufstätigkeit und Betreuung von Angehörigen besser vereinbaren lassen. Die Betreuung im Familienkreis wird durch die steigende Mobilität erschwert. Familien leben vermehrt nicht mehr am gleichen Wohnort, sondern sind zum Teil durch grosse räumliche Distanzen getrennt. Dazu kommen geänderte Bedürfnisse der neuen älteren Generationen nach „aktivem Altern“. Darunter versteht man die „Optimierung der Möglichkeiten von Menschen, im zunehmenden Alter ihre Gesundheit zu wahren, am Leben ihrer sozialen Umgebung teilzunehmen und ihre persönliche Sicherheit zu gewährleisten, und derart ihre Lebensqualität zu verbessern“ (WHO, 2012).

3.3 Veränderungen im Umfeld: Spezialisierung, steigende Kosten, Wettbewerb und regulatorische Eingriffe

3.3.1 Spezialisierung der Medizin

In den letzten Jahren lässt sich eine zunehmende Spezialisierung in der Humanmedizin feststellen (Künzi et al., 2016). Dies ist eine international bestehende Tendenz und lässt sich auf den wissenschaftlichen und technologischen Fortschritt der Medizin zurückführen. Gleichzeitig wäre der medizinische Fortschritt ohne die Spezialisierung der Medizin nicht möglich gewesen (aerzteblatt.de, 2015). Die zunehmende Spezialisierung insbesondere im Spitalbereich führt zu neuen Kliniken und Abteilungen, was zu einer Fragmentierung der Spitalstrukturen und v.a. der Behandlungspfade führt. Die Fragmentierung oder zusätzliche Differenzierung steht in gewissem Widerspruch zur angestrebten Integrierten Versorgung (Künzi et al., 2016).

Die Risiken dieser Fragmentierung können mittels interdisziplinären Gefässen (z. B. Tumor-Boards), wie sie schon in vielen Spitälern aufgebaut wurden, reduziert werden. Die Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie der koordinierten und umfassenden Versorgung und damit die Stärkung der generalistischen Fachgebiete sind auch integraler Bestandteil der Empfehlungen einer vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) einberufenen Themengruppe (BAG, 2018).

Die zunehmende Spezialisierung geht auch einher mit einem Fachkräftebedarf. Spitäler müssen für diese Subspezialisierung ausreichend qualifiziertes Personal haben, was gerade für kleinere Spitäler eine Herausforderung sein kann.

3.3.2 Überdurchschnittliches Wachstum der Kosten des Gesundheitswesens

Seit 2000 haben sich die Kosten im Gesundheitswesen fast verdoppelt, was einem jahresdurchschnittlichen Anstieg von 3,7 % entspricht. Der Anstieg ist damit höher als derjenige des Bruttoinlandprodukt (BIP). Gründe für die steigenden Kosten sind die demographische Entwicklung, der medizinisch-technische Fortschritt sowie auf ein Mengenwachstum zurückzuführen, welches sich medizinisch kaum begründen lässt (BAG, 2017b).

In der Schweiz wurden im Jahr 2018 insgesamt 80,2 Milliarden Franken für die Gesundheit ausgegeben. Dies entspricht einem Anteil am BIP von 11,2 %. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP ist in der Schweiz der vierthöchste innerhalb der OECD (vgl. G 8). Die Schweiz hat aber auch ein für alle zugängliches, qualitativ hochwertiges und leistungsstarkes Gesundheitssystem. Dennoch verweist die OECD auch darauf, dass andere OECD-Länder mit einem geringeren Ressourceneinsatz gleichwertige Leistungen im Gesundheitswesen erbringen.

Die Gesamtkosten werden zu über einem Drittel (ca. 37 %) durch die OKP, zu rund 26 % durch die privaten Haushalte (Out-of-Pocket-Ausgaben und Kostenbeteiligungen) und zu circa 19 % durch den Staat finanziert. Den restlichen Anteil (rund

18 %) tragen die Privatversicherungen, die weiteren Sozialversicherungen (UV, MV, IV, AHV) sowie die anderen Systeme der bedarfsabhängigen Sozialleistungen (Ergänzungsleistungen AVH/IV sowie Alters- und Pflegehilfe).

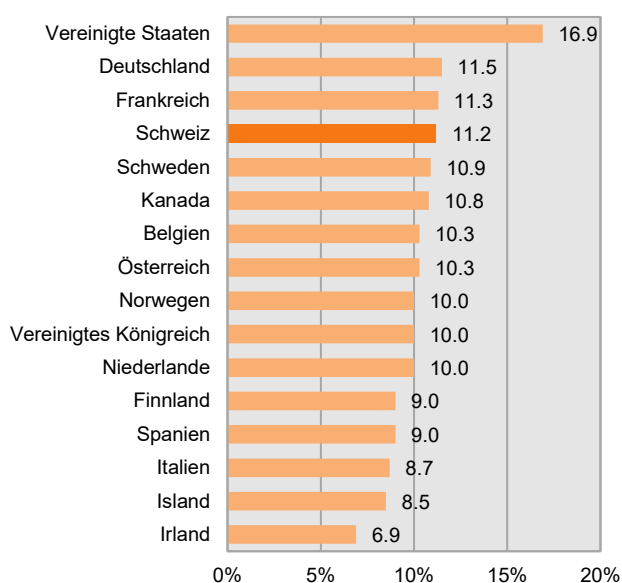
Weitere Ausführungen zu den Gesundheitskosten auf nationaler und kantonaler Ebene finden sich im Unterkapitel 8.1.



Zusammenhang Corona-Pandemie

- Die Gesundheitsausgaben werden gemäss den Prognosen der Konjunkturforschungsstelle KOF der ETH Zürich wohl 2020 etwas weniger stark steigen als im letzten Jahr da aufgrund der Corona-Krise in gewissen Bereichen des Gesundheitswesens weniger Leistungen erbracht wurden.
- Die Auswirkungen auf 2021 und Folgejahre sind noch schwer abzuschätzen, ein Anstieg scheint aber nicht unwahrscheinlich. Möglicherweise kommt es auch zu Folgekosten aufgrund verschobener Diagnosen und Behandlungen.

G 8 Gesundheitsausgaben in OECD-Ländern, Verhältnis der Gesundheitsausgaben zum Bruttoinlandprodukt, 2018



Quelle: BFS, 2020a

© Obsan 2021

3.3.3 Regulatorische Eingriffe

Wettbewerb

Der Wille des Gesetzgebers zur Stärkung des Wettbewerbs im Schweizer Gesundheitswesen wird im Krankenversicherungsgesetz (KVG; SR 832.10) aus dem Jahr 1996 sowie in entsprechenden gesundheitspolitischen Reformvorhaben der letzten Jahre immer wieder sichtbar. Mit der KVG-Revision von 2007 wurde ab 2012 die neue Spitalfinanzierung mit Fallpauschalen eingeführt. Nicht zuletzt war damit die Hoffnung verbunden, das Kostenwachstum in den Griff zu kriegen, da den Spitälern im Rahmen von wettbewerblichen Strukturen mehr unternehmerische Verantwortung übertragen wurde (Widmer und Schaffhuser, 2018). Die Spitäler müssen mit den Erträgen durch den Fallpreis pro Patientin/pro Patient sowohl den Betriebsaufwand als auch die nötigen Investitionen decken. Ein allfälliges Betriebsdefizit wird nicht mehr grundsätzlich von der öffentlichen Hand bezahlt. Mit dieser Regulierung, auch „Money follows Patient“ genannt, entstand insbesondere für die Spitäler der Anreiz, möglichst viele Patientinnen und Patienten zu gewinnen (Widmer & Schaffhuser, 2018) und damit erhöht sich auch die Gefahr der Überversorgung.

Durch die freie Spitalwahl stieg auch der Qualitätswettbewerb, insbesondere in Bezug auf die Qualität aus Sicht der Patientinnen und Patienten. Gleichzeitig sind sich Expertinnen und Experten einig, dass heute entscheidende Voraussetzungen für einen funktionierenden Qualitätswettbewerb in der Schweiz fehlen (Willisegger & Blatter, 2016). Hierbei sind der Bund und die Kantone gefordert, im Rahmen der entsprechenden Gesetze (KVG) und der Spitalplanung in Bezug auf die Kriterien für Listenspitäler auch vermehrt auf Qualitätsindikatoren zu setzen.

Für die Spitäler sind dieser regulierte Wettbewerb und die damit verbundenen Anforderungen an den Betrieb eine zunehmende Herausforderung. Gerade in Bezug auf das langfristige Überleben eines Spitals wird seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung von einer EBITDAR – Marge von 10 % ausgegangen (PwC, 2012). Diese zu erreichen ist für viele Spitäler schwierig, wie die jährlichen Vergleiche der wichtigsten Kennzahlen der Schweizer Spitäler durch die Firma PwC zeigen.

Ambulantisierung

Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern werden in der Schweiz mehr Operationen stationär durchgeführt, obwohl ein ambulanter Eingriff medizinisch angezeigt, patientengerechter und zudem kostengünstiger wäre (BAG, 2020a; Roth & Pellegrini, 2020). Ein Grund für unnötige Hospitalisationen sind u.a. monetäre Fehlanreize. So erhält das Spital (Ärztin/Arzt) für einen stationären Aufenthalt eine wesentlich höhere Vergütung, bei Vorliegen einer Zusatzversicherung fällt diese Vergütung noch höher aus (GDK, 2017).

Um die ambulante Leistungserbringung zu fördern, hat der Bund per 1. Januar 2019 eine Änderung der Verordnung über die

Leistungen der Pflegeversicherung (KLV) erlassen. Sechs Gruppen von chirurgischen Leistungen müssen – ausser es gibt einen medizinisch nachvollziehbaren Grund für eine stationäre Behandlung – damit neu ambulant durchgeführt werden. Eine Studie des Obsan zeigt, dass 2019 bei diesen sechs Gruppen von Eingriffen tatsächlich ein Rückgang der stationär durchgeführten Operationen sowie eine Kostensenkung feststellbar ist (Roth & Pellegrini, 2020), vergleiche dazu auch die Grafik G 9.

Mindestfallzahlen und Qualität

Dem Schweizer Gesundheitswesen wird grundsätzlich eine hohe Qualität zugesprochen. Dennoch besteht Potential für Verbesserungen (GDK, 2020).

Verschiedene internationale und nationale Studien zeigen, dass es bei ca. jeder zehnten Patientin, jedem zehnten Patienten während des Spitalaufenthalts zu einem unerwünschten medizinischen Ereignis (adverse event) kommt, wobei etwa die Hälfte davon vermeidbar wäre (BAG, 2020b). Weiter ist auch die Behandlung chronisch Kranker in vielen Fällen noch nicht genügend koordiniert (BAG, 2019a; vgl. auch Ausführungen zu koordinierter Versorgung).

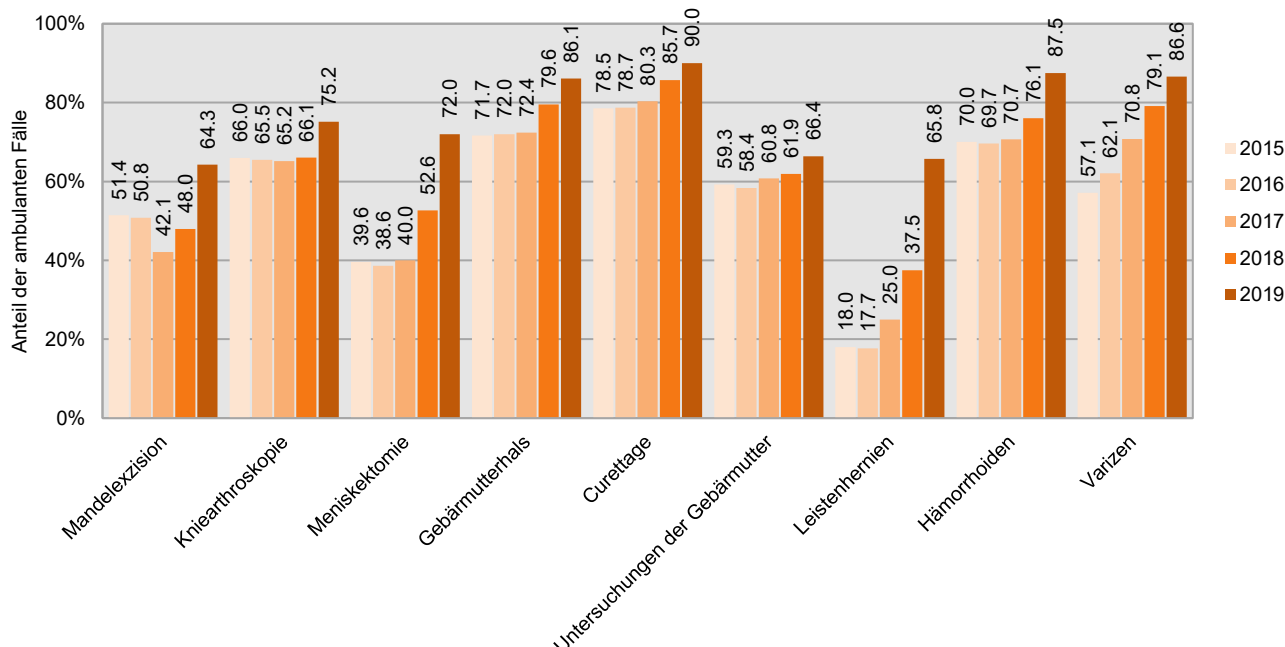
Die Qualität soll auf Basis der Qualitätsstrategie 2009 und deren Konkretisierung im 2011 verbessert werden und ist auch

ein zentraler Bestandteil der gesundheitspolitischen Strategie Gesundheit2030 (BAG, 2019a, 2020b). So soll die koordinierte Versorgung gefördert werden. Ein Projekt im Rahmen der Qualitätsstrategie hat zum Ziel, die Anzahl vermeidbarer Zwischenfälle in der Chirurgie mittels systematischer Anwendung von Checklisten zu reduzieren. Die im 2021 in Kraft getretene Teilrevision des KVG sieht zudem die weitere Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit vor und beinhaltet unter anderem eine ausserparlamentarische eidgenössische Qualitätskommission zur Beratung des Bundesrates (vgl. hierzu auch neuer Art. 58 des KVG).

Mindestfallzahlen werden insbesondere bei komplexen Eingriffen als weiteres wichtiges Instrument zur Qualitätsverbesserung gesehen: Spitäler müssen pro Leistungsgruppe eine gewisse Mindestfallzahl erreichen. Diese Mindestfallzahlen beziehen sich nicht nur auf das Spital, sondern für bestimmte Eingriffe auch auf die operierenden Ärztinnen und Ärzte.

Zentral im Hinblick auf Qualität ist auch der 2009 gegründete Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ). Der ANQ koordiniert und realisiert landesweit einheitliche Qualitätsmessungen im stationären Bereich der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie und erstellt und publiziert national vergleichende Auswertungen (ANQ, 2020).

G 9 Anteil der ambulant durchgeführten Eingriffe, Schweiz, 2015–2019



Es werden hier 9 Gruppen von Eingriffen abgebildet, da die Gruppen „Untersuchungen/Eingriffe am Gebärmutterhals oder an der Gebärmutter“ sowie „Kniearthroskopien inkl. arthroskopische Eingriffe am Meniskus“ in 3 bzw. 2 Untergruppen unterteilt wurden.

Quellen: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS); SASIS AG – Tarifpool

© Obsan 2021

Nebst diesen nationalen Bestrebungen zur Förderung der Qualität gibt es in zahlreichen Spitälern weitere Massnahmen wobei hier zwei erwähnt werden sollen:

- Einsatz von Indikationsboards: Besprechung von Krankheitsfälle in interdisziplinären Fachgruppen.
- Patient Reported Outcome Measures (PROM): Patient-reported outcome measures (PROM) liefern Informationen zum Gesundheitszustand von Patientinnen und Patienten und zu den Auswirkungen von Behandlungen aus Sicht der Patienten (Hostettler et al., 2018). In der Schweiz hat das Universitätsspital Basel eine führende Rolle in der Etablierung von PROM (Unispital Basel, 2019).

Massnahmen zur Qualitätsverbesserung beschränken sich jedoch nicht nur auf den Spitalbereich, sondern betreffen auch den Langzeitbereich (Pflegeheime, Spitex) sowie ambulante Leistungserbringer. So ist etwa die Erfassung medizinischer Qualitätsindikatoren für Pflegeheime in der Schweiz seit Januar 2019 obligatorisch (curaviva, 2018). Die Erfassung erfolgt mittels eines Sets von sechs Indikatoren zu den vier Themen bewegungseinschränkende Massnahmen, Mangelernährung, Polymedikation und Schmerzen.

Anzumerken ist, dass die Bestrebungen zur Qualitätsverbesserung unter anderem zum Ziel haben, dass die Massnahmen kostenreduzierend oder zumindest kostenneutral sind.

3.3.4 Digitalisierung

Digitalisierung hat längst in das Gesundheitswesen Einzug gehalten: Diagnostik, Beratungen und Therapien via Internet (Telemedizin), elektronisches Patientendossier (EPD), Roboter, künstliche Intelligenz, Gesundheitsinformationen im Internet, Wearables oder Apps. Digitalisierung ist ein Haupttreiber des medizinischen Fortschritts: Dank der Digitalisierung gibt es neue Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten. Sie ermöglicht auch eine erleichterte Kommunikation zwischen Patient/in und Ärztin/Arzt oder Therapeut/in wie auch zwischen den Leistungserbringern selbst. Patientinnen und Patienten können mit digitalen Hilfsmitteln zudem ihre Gesundheit selber überwachen und behandeln. Diese Entwicklungen haben auch das Potential, Kosten zu sparen.

3.3.5 Medizinischer Fortschritt

Als medizintechnischer Fortschritt sind neue Technologien zur Diagnostik (z. B. bildgebende Verfahren), zur Therapie (z. B. minimal-invasive Operationsmethoden) oder zur Prävention (z. B. Sekundärprophylaxe) zu verstehen.

Dieser Fortschritt führt einerseits dazu, dass mehr Patientinnen und Patienten diagnostiziert und behandelt werden, was wiederum mit einem Kostenanstieg einhergeht. Andererseits können aufgrund des medizintechnischen Fortschritts Behandlungen vereinfacht und schonender durchgeführt werden, zum

Beispiel durch minimalinvasive Techniken oder weniger belastende Anästhesieverfahren. Dadurch reduziert sich der Behandlungsaufwand und somit die Kosten. Viele Eingriffe, die früher stationär erfolgten (z. B. Krampfaderoperationen und Leistenbrüche), können dank neuer Technologien heute ambulant vorgenommen werden, was zu einem kontinuierlichen Rückgang der stationären Pflage tage und somit zu Kostenersparnissen geführt hat (vgl. Ausführungen zu Ambulantisierung). Zudem können bessere Diagnosemöglichkeiten teure Folgekosten für Therapien aber auch z. B. Erwerbsausfall verhindern und das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten erhöhen.

An dieser Stelle soll noch auf die personalisierte Medizin eingegangen werden. Personalisierte Medizin umfasst diagnostische, präventive und therapeutische Massnahmen, die auf ein Individuum optimal zugeschnitten sind. Dazu werden Gesundheitsdaten zum gesundheitlichen Befinden, zur Versorgung, zum Lebensstil, zum Lebensumfeld sowie Daten aus herkömmlichen Untersuchungen (z. B. Blutdruck, EKG) aber auch Ergebnisse aus genetischen Tests hinzugezogen (BAG, 2019b). Von solchen massgeschneiderten Behandlungen erhofft man sich wirksamere Therapien und weniger Nebenwirkungen.

Die Auswirkungen auf die Gesundheitskosten sind schwierig abzuschätzen: Eine Zunahme an Tests sowie Medikamente, die nur auf eine kleine Patientengruppe zugeschnitten sind, erhöhen die Kosten. Mit dem gezielten und wirksamen Einsatz von Medikamenten und die Reduktion von unwirksamen Behandlungen sowie die Vermeidung von schweren Nebenwirkungen können aber Kosten gespart werden (BAG, Bericht).



Zusammenhang Corona-Pandemie

Die Schweiz gehört bezüglich der Entwicklung der Digitalisierung im Gesundheitswesen nicht zu den Spitzenreitern. In diesem Zusammenhang steht auch die Einführung des elektronischen Patientendossiers, welche sich nach wie vor eher langsam bewegt. Die Corona-Krise könnte nun eine Chance für einen Digitalisierungsschub im Schweizer Gesundheitswesen bedeuten. Sie beschleunigt in Praxen und Laboren die sogenannte digitale Transformation und auch der Telemedizin hat Corona einen Auftrieb verliehen. Im Bereich der Telekonsultation könnte es dank der Corona-Krise nun zu einem Innovationsschub kommen und auch andere Bereiche im Gesundheitswesen möglicherweise mitziehen.

3.4 Konsequenzen auf die Gesundheitsversorgung

3.4.1 Konzentration der Leistungserbringer

Die Konzentration der ambulanten und stationären Gesundheitsversorger vor allem in den Zentren hat verschiedene Ursachen. Ökonomische Überlegungen unterstützten diesen Trend zur Konzentration (Trageser et al., 2012) – vgl. dazu auch die Ausführungen zur „Infrastruktur“ unten. Die neue Spitalfinanzierung (seit 1.1.2012 in Kraft), die Einführung von Mindestfallzahlen aber auch der Fachkräftemangel sowie die zunehmende Spezialisierung in der Humanmedizin werden diesen Konzentrationsprozess (z. B. durch Unternehmenszusammenschlüsse) im stationären Bereich weiter vorantreiben. Ein Beispiel für eine solche Konzentration ist das „4plus5“-Konzept des Kantons St. Gallen, welches vier Spitalstandorte sowie fünf regionale Gesundheits- und Notfallzentren vorsieht (Kanton St. Gallen, 2020a).

Ein vergleichbarer Trend findet auch bei der ambulanten Gesundheitsversorgung statt. Es ist eine Entwicklung von Einzelpraxen zu Gemeinschaftspraxen oder Gesundheitszentren feststellbar, die vorwiegend in grösseren Ortschaften entstehen. Dies hat damit zu tun, dass immer mehr Ärztinnen und Ärzte in Gruppenpraxen arbeiten möchten. Gesundheitszentren im Sinne von integrierten Versorgungszentren würden – gerade bei chronisch Erkrankten – eine bessere Koordination und Qualität der Versorgungskette sicherstellen (Trageser et al., 2012).

Grundsätzlich haben Leistungsanbieter in der Schweiz die freie Wahl, wo sie sich ansiedeln. Der Kanton hat keine Möglichkeit, auf die geografische Verteilung der Anbieter von Gesundheitsleistungen Einfluss zu nehmen.

3.4.2 Interprofessionalität

Interprofessionalität meint die koordinierte und eng aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit von Fachpersonen auch aus unterschiedlichen Disziplinen und Professionen. Studien zeigen, dass Interprofessionalität ein Ansatz darstellt um den verschiedenen Herausforderungen im Gesundheitswesen zu begegnen: Demografische Alterung, Zunahme chronischer Erkrankungen aber auch der Fachkräftemangel (BAG, 2017a). Aus diesem Grund wurde das nationale Förderprogramm „Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017–2020“ lanciert um die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zu stärken.

3.4.3 Infrastruktur der Spitäler

Die Anforderungen an die Infrastruktur von Spitälern ändern sich (Kanton St. Gallen, 2020b): Die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich reduziert einerseits den Bedarf an Spitalbetten und erfordert andererseits aber flexible Infrastrukturen für die ambulanten Behandlungen. Mit dem medizinischen Fortschritt und der Spezialisierung in der Humanmedizin nimmt die Entwicklung neuer medizinischer Geräte, Instrumente sowie IT-

Lösungen rasant zu. „Entsprechend erfordert eine zeitgemässe Infrastruktur laufend kürzere Beschaffungs- und Amortisationszyklen. Um mit diesen Entwicklungen Schritt zu halten, braucht es finanziellen und betrieblichen Handlungsspielraum [...] und eine kritische Betriebsgrösse“ (Kanton St. Gallen, 2020b).

Im Zusammenhang mit der Infrastruktur von Spitälern ist die Struktur der Bettenzimmer ein zentraler Aspekt (PwC, 2016). Die Zimmer sollen möglichst die Intimsphäre der Patientinnen und Patienten wahren und Störungen durch Mitpatientinnen und -patienten minimieren. Aus diesem Grund werden etwa Mehrbettzimmer in Zukunft wohl durch Einzel- und Zweierzimmer ersetzt. Dies reduziert zudem das Infektionsrisiko. Zudem möchten Spitäler wie das Universitätsspital Zürich (USZ) Transportwege vermeiden indem Untersuchungen vermehrt direkt im Zimmer vorgenommen werden.

Solche Infrastrukturanforderungen können kleinere Spitäler häufig nicht erfüllen. Beispielsweise ist eine genügende Auslastung und damit kostendeckende Betreibung von bestimmten Geräten nicht möglich, was eine Konzentration der Leistungen und damit der Leistungserbringer erforderlich macht.

3.4.4 Koordinierte Versorgung

In Zukunft wird es mehr Menschen mit (mehrfachen) chronischen Krankheiten geben. Schwererkrankte Menschen werden aufgrund der medizinisch-technischen Fortschritte länger überleben. Um eine hohe Behandlungsqualität sicherzustellen, unnötige Behandlungen zu vermeiden und Kosten zu sparen ist eine Koordination während der ganzen Behandlungskette zentral. In diesem Zusammenhang spricht man auch von koordinierter (oder: integrierter) Versorgung. Grafik G 10 zeigt zentrale Merkmale koordinierter Versorgungsmodelle (Obsan (Hrsg.), 2015):

- Bezugsperson: Fungiert als Behandlungskordinatorin und erste Ansprechpartnerin der Patientinnen und Patienten.
- niederschwelliger Zugang: Patientinnen und Patienten sollen den kürzesten und effizientesten Weg durch das Versorgungssystem nehmen.
- aktive Rolle der Patientin/des Patienten: Umfasst die Befähigung zum Selbstmanagement – Gleichberechtigte Entscheidungsfindung (Shared Decision Making).
- Skillmix: gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Disziplinen.
- klinischen Entscheidungsfindung: Entscheidungen bezüglich Verlauf der Behandlung mithilfe standardisierter Protokolle und Behandlungspfade.

Die Förderung der koordinierten Versorgung ist auch ein Ziel der gesundheitspolitischen Strategie „Gesundheit2030“ (BAG, 2019a).

G 10 Merkmale koordinierter Versorgungsmodelle



Quelle: in Anlehnung an Djalali & Rosemann, 2015

© Obsan 2021

3.4.5 Interkantonale Zusammenarbeit

Im Zusammenhang mit der interkantonalen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen ist allen voran der Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) zu nennen: Im Hinblick auf eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und wirtschaftlich erbrachte medizinische Versorgung erfolgt die Planung der HSM auf gesamtschweizerischer Ebene. Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) plant und koordiniert diese interkantonale Planung.

In einigen Regionen gibt es bereits Initiativen interkantonaler Zusammenarbeit:

- Die Kantonsspitäler Luzern, Nidwalden, Obwalden und Uri koordinieren den Einsatz ihrer Rettungsdienste in einem Pilotprojekt „Rettungsdienst Zentralschweiz“. Dadurch konnten die Rettungszeiten verkürzt und Ressourcen gespart werden (LUKS, 2020).
- Die Kantone Waadt und Freiburg finanzieren gemeinsam das Hôpital intercantonal de la Broye (HIB).
- Mit der interkantonalen Konvention über das Spital Riviera-Chablais Waadt-Wallis (HRC) im Jahr 2008 haben die Kantone Waadt und Wallis mit der Unterzeichnung eine öffentlich-rechtliche Einrichtung unter der Aufsicht beider Kantone geschaffen.
- Im Februar 2020 haben die Kantone Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden, Appenzell Ausserrhoden, St.Gallen und Thurgau entschieden, dass sie bei der Planung der kantonalen Gesundheitsversorgung (Bereiche Akutsumatik, Rehabilitation und Psychiatrie) zusammenspannen möchten – das wäre ein Novum und ein grosser Fortschritt in der Schweizer Gesundheitspolitik.

Solche Initiativen sind aber immer noch punktuell obwohl eine vermehrte kantonsübergreifende Zusammenarbeit in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung sinnvoll wäre.

3.4.6 Kostendämpfungsmassnahmen

Um das Kostenwachstum im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu dämpfen, hat der Bundesrat 2018 ein Kostendämpfungsprogramm verabschiedet. Massnahmen zur Kostensenkung sind auch Teil der Strategie „Gesundheit2030“ (BAG, 2019a).

Das Kostendämpfungsprogramm umfasst zwei Pakete von Massnahmen. Mit diesen Massnahmen sollen „alle Akteure des Gesundheitswesens in die Pflicht genommen“ werden. Das erste Kostendämpfungspaket wurde im August 2019 verabschiedet. Das zweite Paket war zum Zeitpunkt der Erarbeitung des Berichts nach dem Vernehmlassungsverfahren wieder beim Bundesrat. Das zweite Paket sieht folgende Massnahmen vor (BAG, 2020j):

- *Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP:* Die Zielvorgabe umfasst Kostenziele sowie Korrekturmassnahmen bei Zielüberschreitungen.
- *Erstberatungsstelle:* Alle Versicherten wählen einen Leistungserbringer, an den sie sich bei gesundheitlichen Problemen zuerst wenden.
- *Netzwerke zur koordinierten Versorgung:* Ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung mit Gesundheitsfachpersonen aus unterschiedlichen Berufen soll die Koordination über die ganze Versorgungskette sicherstellen.
- *Programme der Patientenversorgung:* Behandlungsprogramme mit Beteiligung verschiedener Leistungserbringer über den ganzen Betreuungsprozess um bessere Ergebnisse als bei unstrukturierte Einzelmassnahmen zu erreichen.
- *Ausnahme vom Zugang nach dem Öffentlichkeitsgesetz (BGÖ; SR 152.3) betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen.*
- *faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl:* Die Kantonsregierungen müssen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen.
- *elektronische Rechnungsübermittlung:* Die Leistungserbringer und die Versicherer werden verpflichtet, ihre Rechnungen elektronisch und nach einheitlichen Standards zu übermitteln. Dadurch können die Rechnungen besser überprüft und kann die Finanzierung von Leistungen, die nicht erforderlich sind, vermieden werden.

3.5 One Health (Ausblick)

Das One Health-Konzept legt nahe: Gesundheit muss als Wirkungsbereich menschlicher Handlungen innerhalb von Mensch-Umwelt-Systemen betrachtet werden. Es denkt die Gesundheit von Menschen und Tieren und ihrer Umwelt gemeinsam und erweitert so die herkömmliche anthropozentrische Perspektive des Menschen (G 11; Zinsstag, 2020). Der One Health-Ansatz schafft primär keine neuen Strukturen, sondern baut darauf Bestehendes besser zu vernetzen, interdisziplinär zu koordinieren und zu priorisieren. Er macht dort Sinn, wo durch Zusammenarbeit ein synergistischer Mehrwert für Mensch, Tier und Umwelt erzielt werden kann (Zinsstag, 2015).

Mit dem Regierungsprogramm 2020–2023 nimmt sich der Regierungsrat dem Thema One Health an. Er beabsichtigt, die Gesundheitsförderung umfassender und interdisziplinär auszurichten. Im Sinne von One Health sollen die verschiedenen für die Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt zuständigen Institutionen und Personen daher stärker zusammenarbeiten. Mit dem Regierungsprogramm 2020–2023 setzt er zum Schwerpunkt „Gesundheit“ nachfolgende Ziele:

- Bis 2023 ist ein One Health-Konzept erarbeitet, welches die Schnittstellen, die Verantwortlichkeiten, die Kooperationen und die Ressourcen in der kantonalen Verwaltung klärt (Ziel 2023).
- Bis 2030 ist eine Gesundheitsstrategie im Sinne von One Health zur Prävention und Bekämpfung von gesundheitlichen Risiken umgesetzt (Ziel 2030).

Das Projekt wurde 2020 gestartet. Die Koordination und Federführung liegt beim Veterinäramt unter Miteinbezug aller Organisationseinheiten der kantonalen Verwaltung.

G 11 Der One Health-Ansatz



© Obsan 2021

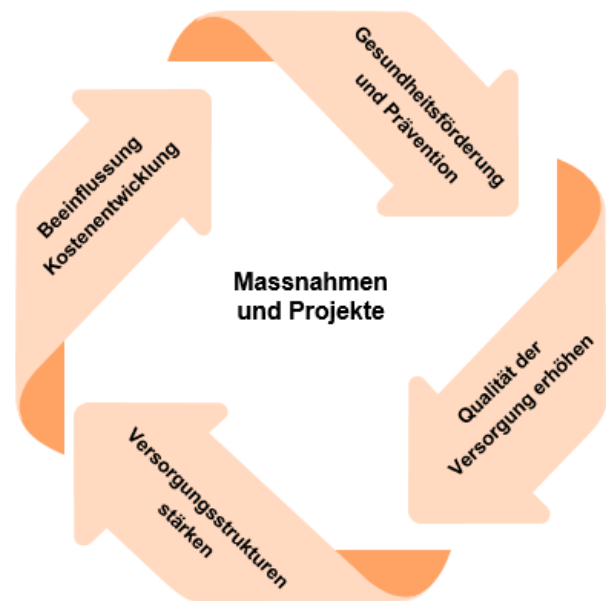
4 Übersicht der kantonalen Massnahmen und Projekte

Das vorliegende Kapitel gibt einen Überblick über die im ersten Teil des Gesundheitsberichts ausgeführten Entwicklungen, Trends und Herausforderungen, welche das Gesundheitswesen und die Gesundheitsversorgung in der Schweiz und in Appenzell Ausserrhoden in Zukunft massgeblich mitbestimmen werden. Zusammen mit den Daten und Fakten im zweiten Teil des Berichts sowie den gesundheitspolitischen Zielen des Regierungsrates lassen sich nun entsprechende Massnahmen und mögliche Projekte für Appenzell Ausserrhoden ableiten.

Insbesondere zur Erreichung des regierungsrätlichen Ziels der Kostendämpfung der Gesundheitskosten im Kanton wurden vier Hebel definiert, welche mit den entsprechenden zugeordneten Massnahmen und Projekte zur Zielerreichung bis 2030 ansetzen und wirken sollen. Dies sind:

- Massnahmen im Bereich der **Gesundheitsförderung und Prävention**;
- Massnahmen zu **Erhöhung der Qualität in der Versorgung**;
- Massnahmen, um bestehende **Versorgungsstrukturen weiter zu stärken**;
- sowie Massnahmen zur **Beeinflussung der steigenden Kostenentwicklung**.

Unter den Massnahmen befinden sich auch bereits bekannte und sich in Umsetzung befindenden Projekte und Ansätze, die im Rahmen früherer Konzepte, Berichte und Monitorings beschlossen und gestartet wurden. Diese haben sich aufgrund der Analyse und der bestehenden Datengrundlage (Teil 2 des Gesundheitsberichts) als erfolgreich und sinnvoll erwiesen und werden somit auch weitergeführt.



4.1 Gesundheitsförderung und Prävention



Herausforderungen

Es ist davon auszugehen, dass in Appenzell Ausserrhoden der Anteil der 80-Jährigen und Älteren von 5 % im Jahr 2019 auf 8 % im Jahr 2035 zunehmen wird (Basis: Referenzszenario des BFS). Mit steigendem Alter nehmen auch die Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) und die chronischen Erkrankungen zu. In diesem Zusammenhang wächst auch der Anteil älterer Frauen und Männer mit einer Abhängigkeitserkrankung. Die physischen und psychischen Belastungen im Alter spielen dabei ebenfalls eine wesentliche Rolle.

Die stetig höhere Lebenserwartung der Bevölkerung ist erfreulich, hat aber auch eine Kehrseite: Chronische und nichtübertragbaren Krankheiten (NCD) wie Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Diabetes und chronische Atemwegserkrankungen nehmen zu. Sie verursachen neben individuellen Leiden auch ca. 80 % der Gesundheitskosten in der Schweiz. Hier gilt es Risikofaktoren möglichst früh zu erkennen und vorzubeugen sowie Schutzfaktoren zu stärken.

Menschen mit einem niedrigen sozialen Status verfügen häufig über weniger Ressourcen in Bezug auf ihr eigenes Gesundheitsverhalten und der Gesundheitskompetenz (siehe Kapitel 3). Dies gilt insbesondere auch für sozial schwächere Familien und deren Kinder.

Zwischen 2007 und 2017 hat der Anteil Übergewichtiger (BMI 25 bis <30) in der Schweiz von 25,6 % auf 31,1 % zugenommen, jener der Adipösen (BMI ≥ 30) von 5,6 % auf 11,6 %. In Appenzell Ausserrhoden ist verglichen mit 2007 eine signifikante Zunahme bei Adipositas zu verzeichnen (von 5,8 % auf 12,4 %), der Anteil mit Übergewicht ist relativ stabil geblieben. Psychische Störungen sind ausserdem die häufigste Ursache für Invalidität insbesondere bei jungen Personen und Personen mittleren Alters (Schuler, 2020). Zwischen 2002 und 2017 ist in der Schweiz der Anteil Personen, welche unter Einsamkeitsgefühlen leiden, in der Schweiz angestiegen. In Appenzell Ausserrhoden zeigt sich die gleiche Tendenz.

Der Anteil der Ausserrhoder Bevölkerung, die bezüglich chronischen Alkoholkonsums ein mittleres bis hohes Risiko eingeht, liegt bei 7,1 %, was deutlich über dem Schweizer Durchschnitt von 4,6 % liegt.

5,6 % der Ausserrhoder Bevölkerung haben in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung Cannabis konsumiert, was tendenziell etwas mehr ist als im Schweizer Durchschnitt (4,0 %). Rund 8 % der Ausserrhoder Bevölkerung gibt zudem an, bereits einmal im Leben eine illegale Substanz (ohne Cannabis) konsumiert zu haben.



Handlungsfelder

Die Förderung der Lebensqualität und der selbständigen Lebensführung im Alter hilft, die Risiken einer Pflegebedürftigkeit zu reduzieren. Das kantonale Aktionsprogramm (KAP) „Zwäg is Alter“ stärkt Gesundheit und Selbständigkeit bis ins hohe Alter, damit ältere Menschen möglichst lange ihre Lebensqualität erhalten und in ihrem vertrauten Umfeld leben können.

Die Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD) hat insbesondere zum Ziel, verhaltensbezogene Risikofaktoren zu verringern. Hier spielt nicht zuletzt auch die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung eine wichtige Rolle.

Um die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung zu erhöhen und die Kosten im Gesundheitswesen möglichst gering zu halten, sollen die bestehenden Aktivitäten im Kanton weitergeführt und gegebenenfalls weiter ausgebaut werden. Gesundheitskompetenz steckt gewissermassen in jeder Entscheidung die wir treffen: Beim Lebensmitteleinkauf, bei bewegungsreichen Schulveranstaltungen oder bei der Stressbewältigung am Arbeitsplatz. Hier kann und wird längerfristig auch der One Health-Ansatz einen entsprechenden Beitrag leisten können.

Der Fokus muss insbesondere auch auf die Gruppe der Einwohnerinnen und Einwohner mit niedrigem sozioökonomischen Status und deren Kindern gerichtet werden. Die Handlungsfelder und strategischen Ziele des Aktionsplans „Frühe Kindheit in Appenzell Ausserrhoden“ sowie die obligatorischen schulärztlichen und schulzahnärztlichen Untersuchungen leisten hier ebenfalls einen Beitrag.

Psychische Belastungssituationen sollen frühestmöglich erkannt und Betroffenen Hilfe und Unterstützung angeboten werden. Hier setzt das Ostschweizer Forum für psychische Gesundheit sowie das kantonale Aktionsprogramm (KAP) „Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ an.

Die Suchtberatung unterstützt Betroffene frühzeitig und eine noch spezifischere ziel- und risikogruppenorientierte Suchtarbeit soll evaluiert werden.

Massnahmen und Projekte siehe:

Zusammenfassung: S. 10

Details: ab S. 123



Zusammenhang Corona-Pandemie

Ältere Menschen, ethnische Minderheiten sowie Bevölkerungsschichten, welche in prekären Berufen mit tieferen Löhnen arbeiten und dadurch auch weniger sozial abgesichert sind in höherem Masse von chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten betroffen (Horton, 2020). COVID-19 zeigt auch auf, dass die Betrachtungsweise einer solchen Pandemie weiter gefasst werden sollte und eben auch Bildung, Beschäftigung, Wohnen, Ernährung sowie soziale und gesellschaftlichen Bereiche und Umweltbedingungen angeschaut werden müssen. Hier ist beispielsweise die Förderung der Gesundheitskompetenz in allen Schichten ein wichtiger Ansatz. Singer et al. (2017) sprechen hier vom syndemischen Ansatz, welcher biologische und soziale Wechselwirkungen aufzeigt, die für Prognose, Behandlung und Gesundheitspolitik wichtig sind.

4.2 Qualität der Versorgung erhöhen



Herausforderungen

In Bezug auf die Qualität der Versorgungsleistungen in den Spitälern ist eine vermehrte Koordination und Konzentration von Standorten positiv. Grund dafür sind höhere Fallzahlen an weniger Standorten. Sie erhöhen die Qualität aufgrund grösserer Routine und besseren Umgangs mit Problemfällen. Der positive Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Qualität ist auch anhand vieler medizinischer Studien empirisch gut belegt.

Aus dem Nationalen Bericht zur Qualität und Patientensicherheit im Gesundheitswesen von 2019 geht hervor, "...dass es im Vergleich zu anderen europäischen Ländern nur sehr wenige nationale Indikatoren gibt, und sowohl einrichtungsinterne wie auch interregionale Überwachungssysteme für die Qualität der Versorgung scheinen sich auf ein Minimum zu beschränken" (Vincent & Staines, 2019). Für kleinere Spitäler ist oder wird es eine grosse Herausforderung, unterschiedliche und entstehende und evidenzbasierte Qualitätsanforderungen zu bewältigen und der Diversität diesbezüglich gerecht zu werden. Doppeluntersuchungen sowie Informations- und Koordinationsdefizite sind nach wie vor Faktoren welche die Patientensicherheit und die Behandlungsqualität beeinträchtigen. Sie sind aber auch ein unnötiger Kostentreiber.

Die demographische Entwicklung sowie die Zunahme chronischer und komplexer Erkrankungen verlangen immer mehr nach einer stärkeren Vernetzung zwischen dem Gesundheits- und Sozialbereich sowie eine Integration der Gesundheitsversorgung und damit neue Versorgungsmodelle.

Nach wie vor ist die Gefahr eines Nachwuchsmangels bei den Hausärztinnen und Hausärzten nicht gebannt. Gerade in ländlichen Gebieten gilt es die Entwicklung diesbezüglich im Blick zu behalten (bspw. Nachfolgeregelungen von Hausärztinnen und Hausärzten im Pensionsalter), insbesondere unter Berücksichtigung der neuen Anforderungen zur Zulassung von Leistungserbringern zulasten der OKP.

Ziel muss es sein, die Grundversorgung, den Zugang und die Erreichbarkeit im ambulanten Bereich sicherzustellen und gleichzeitig auch da eine Überversorgung zu verhindern. (Obsan). Auch die ambulante Notfallversorgung muss so sichergestellt sein, dass Patientinnen und Patienten in einem medizinischen Notfall eine der Situation und Indikation angemessene schnelle ärztliche Hilfe erhalten und wissen, wohin sie sich in einem Notfall hinwenden können.

Eine qualitativ gute Betreuung der älteren Bevölkerung wird an Bedeutung gewinnen. Dies gilt neben der institutionellen Betreuung auch für betreuende Angehörige. Sie spielen nicht nur in der Pflege von Menschen im Alter eine wichtige Rolle, sondern auch bei der Betreuung von chronisch Kranken sowie Kindern mit Beeinträchtigungen oder überhaupt in der Betreuung von nahstehenden Personen, welche auf Pflege angewiesen sind.



Handlungsfelder

Zwecks einer koordinierten Spitalplanung mit dem Ziel, bessere Behandlungsergebnisse für die Patientinnen und Patienten zu erreichen, unterzeichnete Appenzell Ausserrhoden die Absichtserklärung einer gemeinsamen Ostschweizer Spitalplanung (Spitalversorgung Modell Ost).

Neben der koordinierten Planung können auch Synergien und Massnahmen hinsichtlich Vorgaben an die Leistungserbringer zur weiteren Qualitätssteigerung in der Gesundheitsversorgung genutzt und umgesetzt werden. Auch die Bestrebungen des Bundes zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit (Eidg. Qualitätskommission, Qualitätsverträge) gehen in die richtige Richtung.

Eine Integrierte Versorgung über den gesamten Behandlungspfad stärkt zudem die Qualität der Versorgung und die weitere Vernetzung und Koordination der verschiedenen Leistungserbringer im Kanton ist dafür eine wichtige Voraussetzung.

Durch eHealth und dem EPD wird unter anderem die Informationsübertragungen beschleunigt, was Doppeluntersuchungen zu vermeiden hilft, sowie die Patientensicherheit verbessert. Die Aktivitäten zur Einführung und Verbreitung des EPD in Ausserrhoden sollen daher weiter intensiviert werden.

Die ambulanten Grundversorger (Hausärztinnen und Hausärzte) sind vielfach die ersten Ansprechpersonen bei gesundheitlichen Problemen und dienen zudem als Koordinatoren und Weichensteller in die zielgerichtete spezialärztliche Versorgung. Mit dem Projekt Praxisassistenz und Curriculum wird das Ziel verfolgt, die Nachwuchsakquise von Hausärztinnen und Hausärzten in Appenzell Ausserrhoden zu unterstützen und die Qualität der hausärztlichen Ausbildung in praxisrelevanten Spezialdisziplinen zu fördern. Gleichzeitig gilt es bei den medizinischen Spezialistinnen und Spezialisten im ambulanten und spitalambulanten Sektor ein mögliches Überangebot zu verhindern.

Die Triagestelle (Ärztefon) ermöglicht für die Ausserrhoder Bevölkerung zudem den einfachen und raschen Zugang zur ärztlichen Versorgung im Notfall.

Ein möglicher Einsatz von „First Respondern“ im Kanton, welcher in die Notfallversorgung eingebettet und im Notfall schnell vor Ort ist, soll evaluiert werden.

Aufgrund der demographischen Alterung wird eine qualitativ hohe und gut zugängliche Langzeitversorgung für die ältere Bevölkerungsgruppe immer wichtiger. Im Rahmen eines Geriatriekonzepts für Appenzell Ausserrhoden sowie dem bestehenden Konzept für palliative Versorgung, soll dem Rechnung getragen werden. Das Demenzkonzept, welches in Bearbeitung ist, soll einen niederschweligen Zugang zu einer bedarfsgerechten Versorgung leisten.

Auch betreuende und pflegende Angehörige brauchen in ihrer wertvollen Arbeit Unterstützung, Entlastung und Beratung; das entsprechenden Handlungsfeld im Konzept zum Familienmonitoring evaluiert dazu geeignete und mögliche Massnahmen.

Massnahmen und Projekte siehe:

Zusammenfassung: S. 10

Details: ab S. 123

4.3 Versorgungsstrukturen stärken



Herausforderungen

Die Bedürfnisse, das Verständnis und das Verhalten der Patientinnen und Patienten haben sich in den letzten Jahrzehnten in Bezug auf eine medizinische Behandlung verändert. Die Qualitätsansprüche an eine solche sind gestiegen und die Patientinnen und Patienten kommen öfters durch das Internet oder andere digitale Angebote vorinformiert und mit entsprechenden Erwartungen in eine ärztliche Behandlung.

Auch hier haben die demographische Entwicklung sowie die Zunahme chronischer und komplexer Erkrankungen entsprechend Einfluss auf die zukünftige Versorgungsstruktur. Integrierte Versorgungsstrukturen gewinnen auch hier zunehmend an Bedeutung.

Es sind vermehrt auch ambulante und aufsuchende Behandlungsangebote gefragt: Einerseits aufgrund des medizinischen Fortschritts, welcher dahingehend mehr Möglichkeiten bietet, andererseits ist insbesondere auch das Bedürfnis von Menschen im Alter gestiegen, so lange wie möglich zu Hause leben zu können und die entsprechend nötige Pflege auch dort zu erhalten. Nach wie vor hat Appenzell Ausserrhoden jedoch eine hohe Pflegeheim-Inanspruchnahme, gerade auch im Bereich der tieferen Pflegestufen mit geringem Pflegebedarf. Spitex-Angebote werden noch zu wenig in Anspruch genommen und die intermediären Angebote im Kanton sind erst im Aufbau.

Die Hausarztmedizin spielt als Grund- und vielfach Erstversorgung für die Integrierte Versorgung eine wichtige Gatekeeper-Rolle. Ein möglicher zukünftiger Engpass an Hausärztinnen und Hausärzte (z. B. aufgrund von Pensionierungen und dem bestehenden Fachkräftemangel) könnte dabei den niederschweligen Zugang zu einer vernetzten medizinischen Versorgung gefährden.

Bei der Analyse der Patientenströme in der stationären Akutversorgung erweist sich Appenzell Ausserrhoden als ein „Importkanton“ (insbesondere im Bereich Orthopädie und Geburtshilfe) und die Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner, die sich innerkantonale behandeln lassen, nimmt stetig ab. Bei den Hospitalisierungsraten befindet sich der Kanton im schweizweiten Vergleich zudem mehrheitlich im oberen Bereich (vgl. auch Versorgungsbericht 2020).

Die innerkantonalen Patientenströme zeigen auf, wo die Appenzell Ausserrhoder Bevölkerung je nach Region ins Spital geht. Deutlich zeigt sich, dass in mehr als 50 Prozent der Bevölkerung im Appenzell Ausserrhoder Vorderland bei Geburten, Notfällen (ambulant und stationär) ein Spital ausserhalb des Vorderlandes aufsuchen.



Handlungsfelder

Zusammen mit den ambulanten und stationären Versorgungspartnern soll evaluiert werden, wie in Zukunft verstärkt die Integrierte Versorgung gefördert werden kann. Hierbei ist der Fokus insbesondere auf die ländlich-peripheren Regionen zu richten. Es soll insbesondere auch den Bedürfnissen bez. Pflege der älteren Bevölkerung Rechnung getragen und intermediäre Strukturen gefördert werden. Intermediäre, sowie ambulante Pflegeangebote fördern die aktive und selbständige Lebensgestaltung der älteren Menschen in ihrem vertrauten Umfeld. Dahingehend ist auch die weitere Sensibilisierung und Information der Zielgruppe von Menschen im Alter für Spitex-Angebote im Kanton einzubeziehen.

Weitere ambulante oder aufsuchende Behandlungsangebote (z. B. in der Psychiatrie, Menschen mit Demenz) sollen ebenfalls in die Evaluation einbezogen und vor dem Hintergrund der Integrierten Versorgung geprüft werden.

Im Rahmen der Absichtserklärung einer gemeinsamen Ostschweizer Spitalplanung (Spitalversorgung Modell Ost) besteht auch die zukünftige Chance für eine regionale Planung und Förderung der Integrierten Versorgung. Zudem sollen auch weitere Themenfelder für eine mögliche interkantonale Zusammenarbeit evaluiert werden.

Die Absichtserklärung einer gemeinsamen Ostschweizer Spitalplanung hat einerseits zum Ziel, bessere Versorgungsergebnisse für die Patientinnen und Patienten zu erreichen, andererseits aber auch eine Über- oder Unterversorgung in Appenzell Ausserrhoden zu vermeiden.

Appenzell Ausserrhoden verfügt durch die Mitgliedschaft in der Trägerdelegation des Ostschweizerischen Kinderspitals (SOKS) über eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung für Kinder und Jugendliche; zudem besteht ein Leistungsauftrag für die psychiatrische Versorgung mit dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst St.Gallen.

Massnahmen und Projekte siehe:

Zusammenfassung: S. 10

Details: ab S. 123

4.4 Beeinflussung der Kostenentwicklung



Herausforderungen

Der Anteil des Gesundheitswesens am BIP hat deutlich zugenommen, von 4,6 % im Jahr 1960 auf 11,2 % im Jahr 2018.

Um das Kostenwachstum im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu dämpfen, hat der Bundesrat 2018 ein Kostendämpfungsprogramm verabschiedet. Massnahmen zur Kostensenkung sind auch Teil der Strategie Gesundheit2030 des Bundesrates (BAG, 2019).

Die steigenden Kosten im Gesundheitswesen machen auch vor Appenzell Ausserrhoden nicht halt und es muss auch in Zukunft mit einem Kostenwachstum gerechnet werden. Dies einerseits durch den medizinisch-technischen Fortschritt und andererseits aufgrund der demografischen Entwicklung. Gleichzeitig ist jedoch ein Teil der Kostenzunahme auch auf ein Mengenwachstum zurückzuführen, welches sich nur unzureichend durch einen objektiven medizinischen Bedarf begründen lässt.

Der Kanton weist zudem für seine Einwohnerinnen und Einwohner einen hohen Anteil an stationären Spital- und Pflegeheimleistungen aus. In vielen Leistungsbereichen der Akutspitäler ist in Appenzell Ausserrhoden im Vergleich zur Gesamtschweiz eine überdurchschnittliche Hospitalisierungsrate festzustellen.



Handlungsfelder

Nur durch eine bedarfsgerechte Versorgung kann eine optimale Kostenentwicklung vorangetrieben werden. Folglich sind die vorherigen Hebel (Gesundheitsförderung und Prävention, Qualität der Versorgung erhöhen und Versorgungsstrukturen stärken) zentral, um eine optimale Kostenbeeinflussung sicherzustellen. Demzufolge sollen die Massnahmen und Projekte in den vorherigen Hebeln letztlich auch die Kosten beeinflussen.

Das Regierungsprogramm 2020 bis 2023 von Appenzell Ausserrhoden sieht Kostendämpfungsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitskosten vor. Bis ins Jahr 2023 soll eine Übersicht über mögliche Massnahmen im Rahmen eines Konzepts erstellt werden.

Mit einer koordinierten Spitalplanung durch die gemeinsame Ostschweizer Spitalplanung besteht das Ziel, die Spitallisten der einzelnen Kantone einander anzugleichen, im Idealfall bestehen – wo geografisch sinnvoll – gar gleichlautende Spitallisten. Somit könnten die Kantone Planungssynergien nutzen und Voraussetzungen schaffen, um den Anstieg der Gesundheitskosten zu dämpfen. Appenzell Ausserrhoden hat die Absichtserklärung einer gemeinsamen Ostschweizer Spitalplanung (Spitalversorgung Modell Ost) mitunterzeichnet.

Zudem sollen auch weitere Themenfelder im Bereich der Gesundheitsversorgung für eine mögliche interkantonale Zusammenarbeit evaluiert werden.

Die mit Revision des KVG beschlossene Zulassungssteuerung im ambulanten und spitalambulanten Sektor ergänzt in diesem Zusammenhang die etablierten Steuerungsinstrumente im stationären Sektor.

Durch die Förderung der Integrierten Versorgung kann der Behandlungspfad der Patientinnen und Patienten weiter optimiert und verbessert werden. Dies erhöht die Ergebnisqualität und die Patientensicherheit einerseits und vermindert unnötige Behandlungen andererseits.

Massnahmen und Projekte siehe:

Zusammenfassung: S. 10

Details: ab S. 123



Zusammenhang Corona-Pandemie

Vom 17. März 2020 bis zum 26. April 2020 war es Gesundheitseinrichtungen untersagt, nicht dringend angezeigte medizinische elektive Eingriffe und Therapien durchzuführen. Gleichzeitig wurden während des Lockdowns sämtliche Gesundheitsinstitutionen im Kanton verpflichtet, ihre Kapazitäten umfassend der Versorgung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten zur Verfügung zu stellen. Nach den hohen Corona-Fallzahlen im Frühling 2020 hatten sich diese im Sommer reduziert. Anfangs Oktober 2020 begann sich jedoch zahlenmässig eine zweite Welle zu manifestieren. Diese zweite Welle verlief deutlich ausgeprägter als die erste. Zwar verhängten weder der Bundesrat noch der Kanton ein erneutes Behandlungsverbot; die Spitäler und insbesondere der SVAR wurden aber angehalten, ihre Kapazitäten, insbesondere jene der Intensivpflegestation, selber zu steuern und elektive Eingriffe der Situation entsprechend anzupassen.

Der SVAR als Grundversorger spürte die daraus resultierenden Ertragsausfälle besonders, weil er weiterhin im Auftrag des Kantons für die Bevölkerung in Appenzell Ausserrhoden die Kapazitäten der Intensivstation sicherstellen musste. Die COVID-19-Intensivstation für Appenzell Ausserrhoden wurde nach wie vor im Spital Herisau betrieben; weiter behandelte auch das Spital Heiden COVID-19-Patientinnen und -Patienten auf der Akutstation. Der SVAR als Grundversorger wurde und wird in besonderem Masse für die Sicherstellung der stationären Gesundheitsversorgung während der Pandemie in die Pflicht genommen. Er wies daher nachvollziehbar für das Jahr 2020 im Vergleich zum Jahr 2019 einen starken Umsatzrückgang aus. Die meisten Privatspitäler hingegen konnten den während des Behandlungsverbotes angefallenen Umsatzrückgang im Vergleich zu 2019 ausgleichen.

Für die Finanzierung der Ertragsausfälle hat der Kantonsrat in der Februarsession 2021 einen Nachtragskredit bewilligt, da weder im Voranschlag 2020 noch im Voranschlag 2021 ein ausserordentlicher Betriebsbeitrag für den SVAR und die privaten Listenspitäler mit Standort im Kanton Appenzell Ausserrhoden enthalten war. Die Berechnung der Finanzierung bezieht sich auf die Differenz des Ertrages (ohne Zusatzversicherungs- und Nebenbetriebe) im Jahr 2020 im Vergleich zu jenem im Jahr 2019. Abgezogen wurden bei den Privatspitälern die Beiträge für Kurzarbeitsentschädigungen; der SVAR konnte als öffentlich-rechtliche Anstalt keine Kurzarbeitsentschädigung beanspruchen.

Der Nachtragskredit beläuft sich für den SVAR auf 5'902'811 Franken und für die Stiftung Kliniken Valens (Rheinburg-Klinik) auf 122'543 Franken.

Die Alters- und Pflegeheime in Appenzell Ausserrhoden sind in der Covid-19-Krise ebenfalls stark gefordert. Neben den personellen Mehrbelastungen durch Umsetzung von Schutzkonzepten und der intensiveren Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner und deren Angehörigen während der verschärften Besuchsregelungen kommen insbesondere auch entsprechend finanzielle Herausforderungen auf die Heime

zu. Diese entstanden insbesondere aufgrund von Mehrausgabe für die Umsetzung der Schutzkonzepte, die Kosten für Schutzmaterialien sowie Mehrkosten aufgrund von überdurchschnittlichen Personalausfällen (Quarantäne und Isolation). Auch sind Mindereinnahmen aufgrund von Unterbelegungen zu verzeichnen. Dies ist einerseits aufgrund einer überdurchschnittlichen Zahl an Todesfällen durch Covid-19-Erkrankungen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern zurückzuführen. Andererseits durch weniger Eintritte in die Alters- und Pflegeheime aufgrund von Ängsten in Bezug auf Ansteckungsgefahr und den Schutzmassnahmen, sowie weniger Überweisungen durch die Spitäler.

Diese Situation kann bei einigen Alters- und Pflegeheimen in Appenzell Ausserrhoden zu ernsthaften Liquiditätsproblemen führen, welche die Gemeinden aufgrund der Restkostenfinanzierung zu tragen haben.

ÜBERSICHT DER KANTONALEN MASSNAHMEN UND PROJEKTE



Teil 2: Analyse und Datengrundlage

Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden



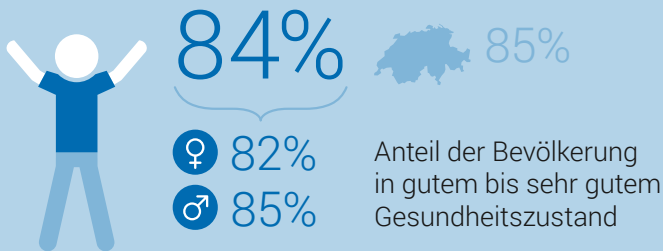
Ständige Wohnbevölkerung 2019

55 445

Wachstum seit 2010:

+4% +9%

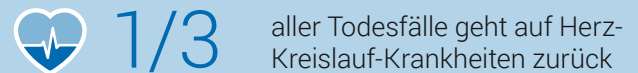
Selbst wahrgenommene Gesundheit



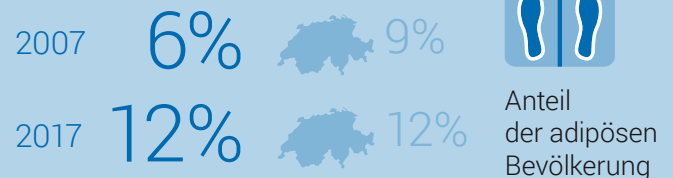
Lebenserwartung bei Geburt



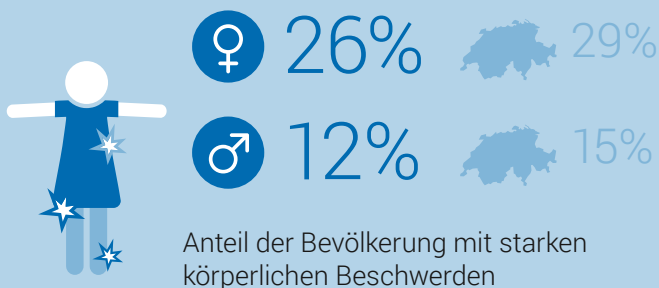
Häufigste Todesursache



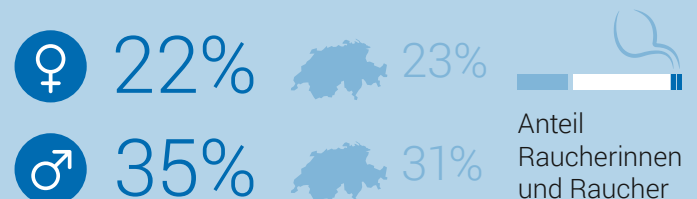
Körpergewicht



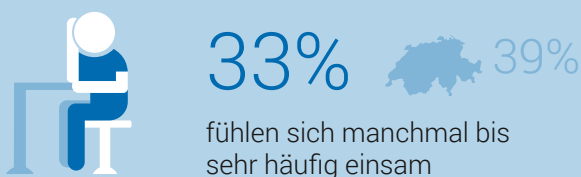
Körperliche Beschwerden



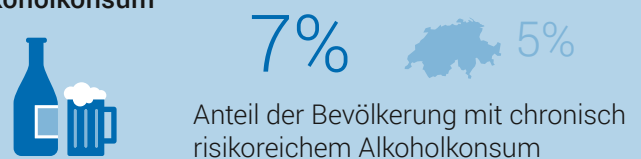
Rauchen



Einsamkeitsgefühle



Alkoholkonsum



5 Gesundheit in Appenzell Ausserrhoden

Wie steht es mit der Gesundheit der Bevölkerung in Appenzell Ausserrhoden? Wie sieht es mit dem Gesundheitsverhalten aus? Sind bestimmte Entwicklungen feststellbar? Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die Gesundheitssituation in Appenzell Ausserrhoden. Aufgrund der grossen Bedeutung der demografischen Entwicklung für die Gesundheitsversorgung werden einleitend die Bevölkerungsentwicklung sowie die Alters- und Sozialstruktur des Kantons behandelt. Anzumerken ist, dass die Ausserrhoder Stichprobe der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) – auf deren Daten viele der nachfolgenden Ergebnisse basieren – relativ klein ist, was die z. T. grossen Konfidenzintervalle erklärt. Aus diesem Grund sind Vergleiche mit der Schweiz aber z. B. auch zwischen den Geschlechtern schwierig.

5.1 Demografie

5.1.1 Bevölkerungsentwicklung

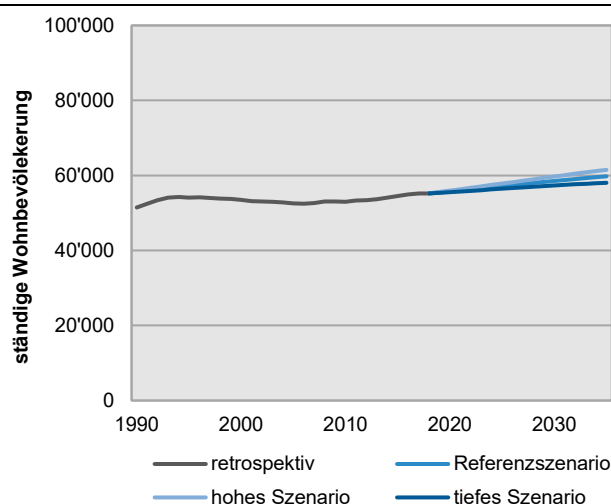
Die ständige Wohnbevölkerung in Appenzell Ausserrhoden betrug Ende Dezember 2019 55'445 Personen (G 12). Zwischen 2000 und 2010 war ein Rückgang oder eine Stagnation der Bevölkerungszahlen zu verzeichnen. Seit 2010 hat die Einwohnerzahl wieder stetig zugenommen und zwar um +4 %. Dieses Wachstum fällt jedoch deutlich geringer aus als in der Gesamtschweiz mit einer Zunahme von +9 %.

Wie wird sich die Bevölkerung im Kanton in den nächsten Jahren weiterentwickeln? Das Bundesamt für Statistik (BFS) berechnet auf der Basis bestimmter Hypothesen z. B. über die zukünftige Entwicklung der Fruchtbarkeit, der Sterblichkeit, der Ein- und Auswanderung drei unterschiedliche Bevölkerungsszenarien:

- Das *Referenzszenario (mittlere Szenario)* schreibt die Entwicklungen der letzten Jahre fort.
- Das *hohe Szenario* beruht auf einer Kombination von Hypothesen, die das Bevölkerungswachstum begünstigen.
- Das *tiefe Szenario* kombiniert Hypothesen, die dem Bevölkerungswachstum weniger förderlich sind.

Anhand der drei Szenarien wird der plausible Bereich der möglichen zukünftigen Bevölkerungsentwicklung abgedeckt.

G 12 Beobachtete und prognostizierte Wohnbevölkerung, Appenzell Ausserrhoden, 2000–2035



Quelle: BFS – STATPOP 2019; Kantonale Bevölkerungsszenarien 2020–2050 © Obsan 2021

Gemäss dem Referenzszenario des BFS wächst die ständige Wohnbevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden zwischen 2020 und 2035 von rund 55'500 auf rund 59'800 Personen an, was einer Zunahme von +7,8 % entspricht. Beim tiefen Szenario bzw. beim hohen Szenario umfasst sie im Jahr 2035 rund 58'000 bzw. 61'500 Personen. Die Bevölkerungszunahme wird gemäss diesen Berechnungen im Kanton Appenzell Ausserrhoden geringer ausfallen als für die Gesamtschweiz (+13,4 % gemäss Referenzszenario). Grund dafür sind das negative natürliche, durch Geburten und Sterbefälle bedingte Bevölkerungswachstum sowie die vergleichsweise niedrige Bevölkerungszunahme durch internationale Zuwanderung (vgl. auch BFS, 2016).

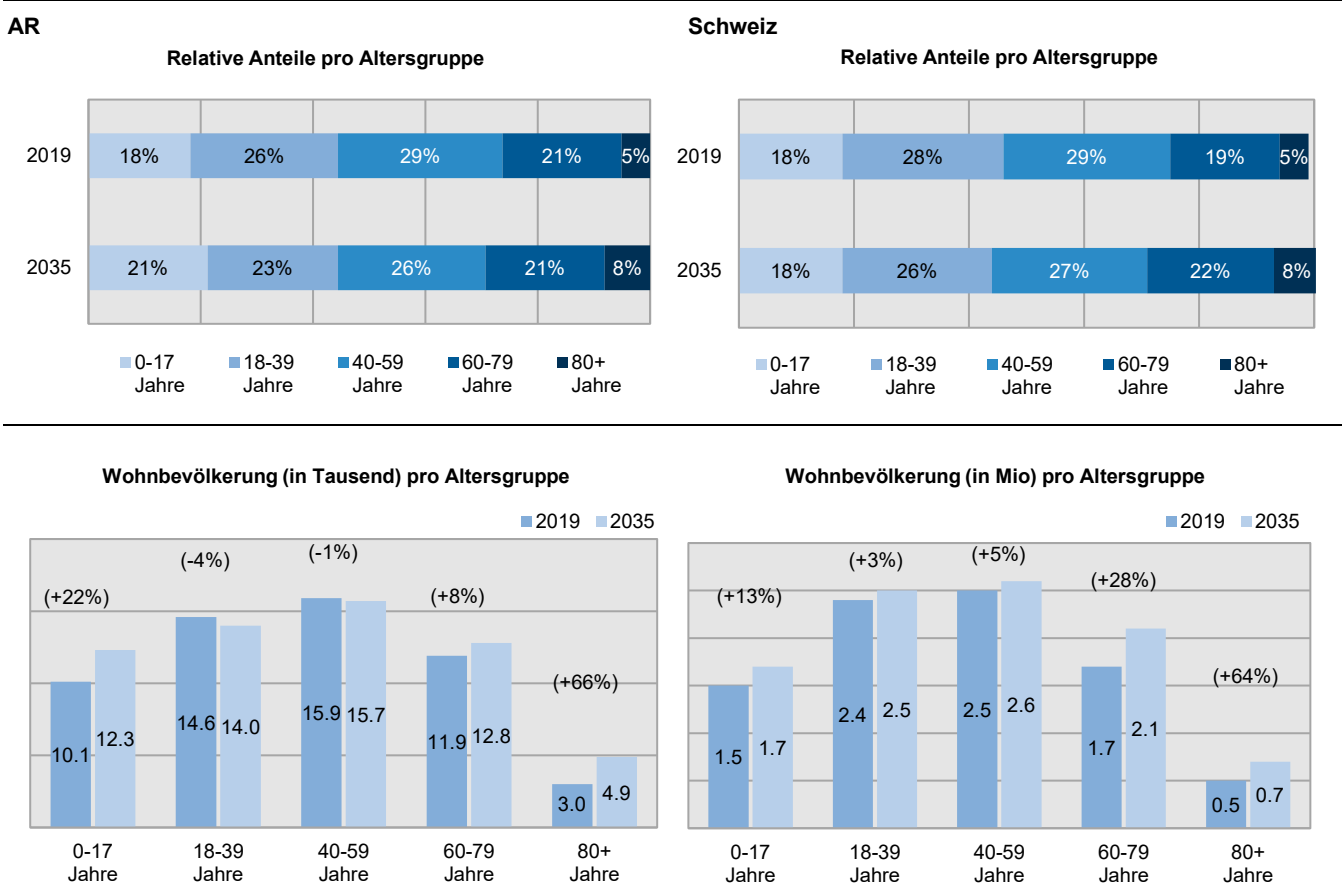
5.1.2 Altersstruktur

Neben der Zu- oder Abnahme der Bevölkerungszahl ist auch die demografische Alterung im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung von zentraler Bedeutung.

Aus Abbildung G 13 ist die aktuelle und prognostizierte Altersstruktur der Wohnbevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden sowie der Schweiz zu entnehmen. Es ist davon auszugehen, dass im Kanton der Anteil 80-Jähriger und Älterer von 5 % im Jahr 2019 auf 8 % im Jahr 2035 zunehmen wird (Basis: Referenzszenario des BFS). Damit würde die Anzahl Personen in dieser Altersgruppe in diesem Zeitraum von rund 3'000 auf

rund 4'900 ansteigen – dies entspricht einer Zunahme von +66 % (unterer Teil der Grafik). Der Anteil der 60- bis 79-Jährigen bleibt bis 2035 bei 21 %. Die Anzahl Personen in dieser Altersgruppe wird um +8 % von rund 11'900 auf rund 12'800 zunehmen. Die Zunahme der 60- bis 79-Jährigen ist damit im Kanton deutlich geringer als in der Gesamtschweiz, wo von einer Zunahme von +28 % ausgegangen wird. Auffallend ist, dass im Kanton Appenzell Ausserrhoden die Zahl der unter 18-Jährigen mit +22 % deutlich ansteigen wird, was deutlich mehr ist als die Zunahme, die für die Gesamtschweiz (+13 %) prognostiziert wird.

G 13 Altersstruktur, Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2019 und 2035



Wachstumsraten in % in Klammern

Quelle: BFS – ESPOP, STATPOP, SZENARIEN, VZ

Wachstumsraten in % in Klammern

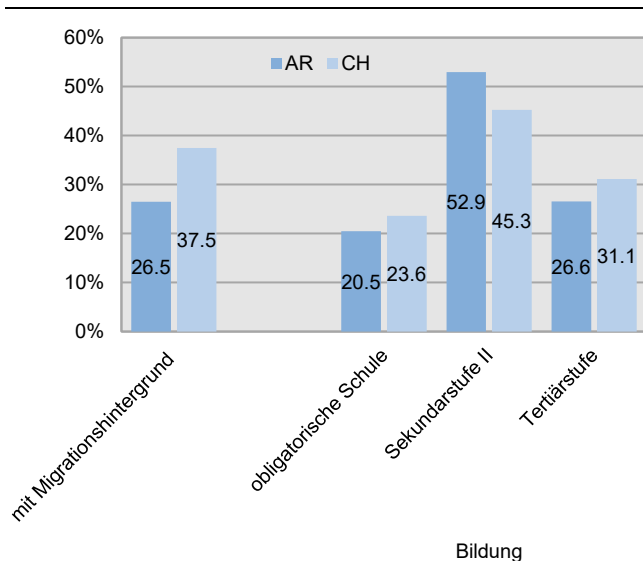
© Obsan 2021

5.1.3 Sozialstruktur

Rund 27 % der Ausserrhoder Bevölkerung haben einen Migrationshintergrund, was deutlich tiefer ist als der Schweizer Durchschnitt von rund 38 % (G 14). Zum Vergleich: Im Kanton Genf liegt der Anteil bei über 62 %, in den Kantonen Appenzell Inner- und Uri und Nidwalden unter 20 %.

Bei der Bildung (höchster Bildungsabschluss) sind die Anteile der Personen ohne nachobligatorische Ausbildung sowie mit einem Abschluss auf Tertiärstufe etwas tiefer als der Schweizer Durchschnitt. Dagegen hat es im Kanton etwas mehr Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II.

G 14 Bevölkerung nach Migrationshintergrund und Bildungsstand, AR und CH, 2018



Quelle: BFS – ESPOP, STATPOP, SZENARIEN, VZ © Obsan 2021

Der Kanton Appenzell Ausserrhoden wies im Jahr 2019 mit 1,6 % eine tiefere Arbeitslosenquote auf als die Gesamtschweiz (2,3 %; BFS, 2021). Ebenfalls unter dem Schweizer Durchschnittswert liegt das Bruttoinlandprodukt pro Einwohner/in: Im Kanton lag es 2018 (provisorische Daten) bei 58'807 Franken, in der Gesamtschweiz bei 84'518 Franken.

5.2 Gesundheitszustand

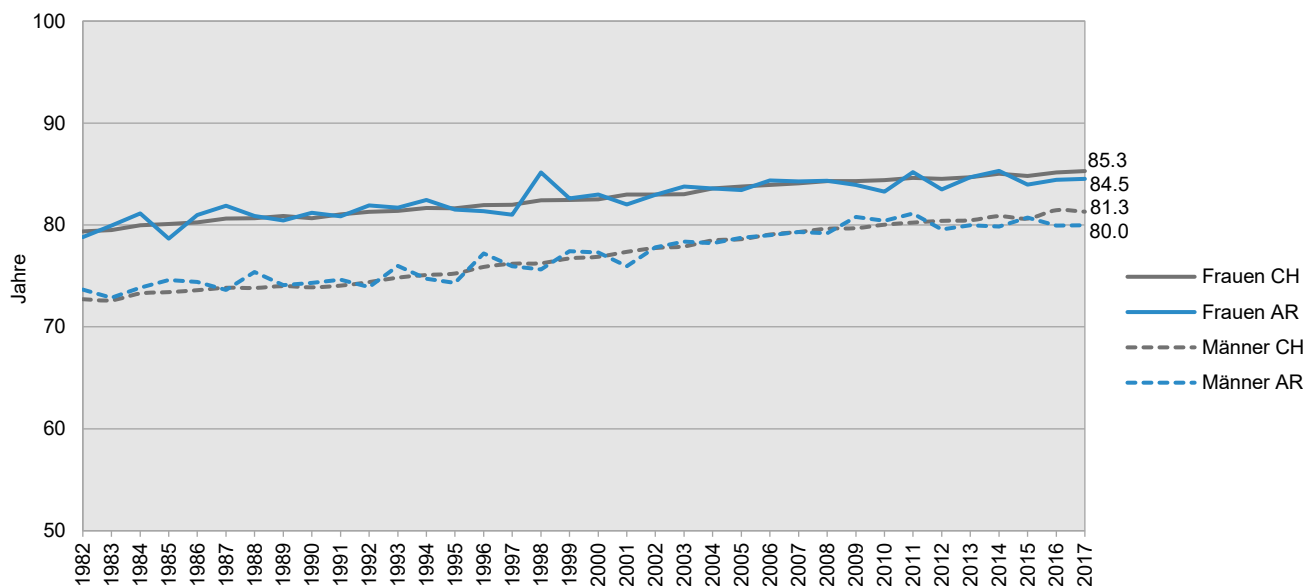
5.2.1 Lebenserwartung

Die Lebenserwartung bei Geburt entspricht der durchschnittlichen Zahl der zu erwartenden Lebensjahre eines Neugeborenen unter der Voraussetzung, dass die altersspezifischen Sterblichkeitsverhältnisse eines bestimmten Geburtsjahrgangs während des ganzen Lebens konstant bleiben.

Die Lebenserwartung im Kanton Appenzell Ausserrhoden betrug 2017 80,0 Jahre bei den Männern und 84,5 Jahre bei den Frauen (G 15). Damit liegen die Werte tendenziell unter den Schweizer Werten (Männer: 81,3 Jahre; Frauen: 85,3 Jahre).

Der Zeitvergleich zeigt für den Kanton grössere Schwankungen, was für einen kleineren Kanton aufgrund der Fallzahl jedoch normal ist. Die Lebenserwartung ist auf Gesamtschweizer Ebene sowohl bei den Frauen wie auch bei den Männern seit 2000 mehr oder weniger stetig gestiegen. Im Kanton Appenzell Ausserrhoden ist vor allem bei den Männern in den letzten Jahren eine Stagnation erkennbar.

Der Unterschied in der Lebenserwartung bei Geburt zwischen Frauen und Männern hat sich für die Gesamtschweiz in den letzten Jahren leicht vermindert. Dies ist ein Trend, der auch in den anderen Ländern der OECD zu beobachten ist (OECD, 2017a). Die Annäherung wird unter anderem auf eine Angleichung in Bezug auf gesundheitsrelevantes Verhalten (z. B. Rauchen) und auf eine Reduktion der Mortalitätsraten der kardiovaskulären Erkrankungen bei den Männern zurückgeführt (OECD, 2017b). Im Kanton Appenzell Ausserrhoden hat der Geschlechterunterschied eher wieder zugenommen.

G 15 Lebenserwartung bei der Geburt, Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 1982–2017

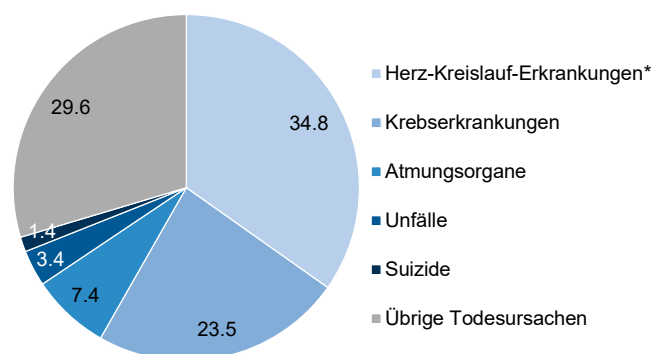
Quelle: BFS – BEVNAT, STATPOP

© Obsan 2021

5.2.2 Mortalität und Todesursachen

Die Mortalitätsrate ist definiert als die Anzahl Todesfälle pro 100'000 Personen einer Bevölkerung. Die Altersstruktur hat einen erheblichen Einfluss auf die Mortalitätsraten (je älter die Bevölkerung ist, umso höher fällt die Mortalitätsrate aus). Mit einer Standardisierung gemäss der Europäischen Standardbevölkerung 2010 werden die Unterschiede bezüglich Altersstrukturen von verschiedenen Bevölkerungen ausgeglichen und die Raten somit vergleichbar gemacht. Die altersstandardisierte Mortalitätsrate 2013–2017 des Kantons Appenzell Ausserrhoden betrug 894 Todesfälle pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner und ist somit tendenziell höher als jene der Schweiz insgesamt (833 Todesfälle pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner).

Grafik G 16 zeigt, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen für über einen Drittel (34,8 %) aller Todesfälle verantwortlich sind, Krebs-erkrankungen für fast einen Viertel (23,5 %). Unfälle machen 3,4 %, Suizide 1,4 % aller Todesfälle aus, wobei beide Todesursachen bei Männern häufiger sind als bei Frauen. Insbesondere bei den Suiziden zeigt sich ein deutlicher Geschlechterunterschied: Bei den Männern machen sie 2,5 % aller Todesfälle aus, bei den Frauen 0,4 %. Der Vergleich mit der Gesamtschweiz zeigt, dass in Appenzell Ausserrhoden Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen häufiger sind.

G 16 Todesursachen, Appenzell Ausserrhoden, 2017

Fünffahresdurchschnitt 2013–2017

* Die Anzahl Todesfälle pro 100'000 Einwohner/innen aufgrund Herz-Kreislauf-Erkrankungen liegt über dem Schweizer Durchschnitt.

Quelle: BFS – Statistik der Todesursachen

© Obsan 2021

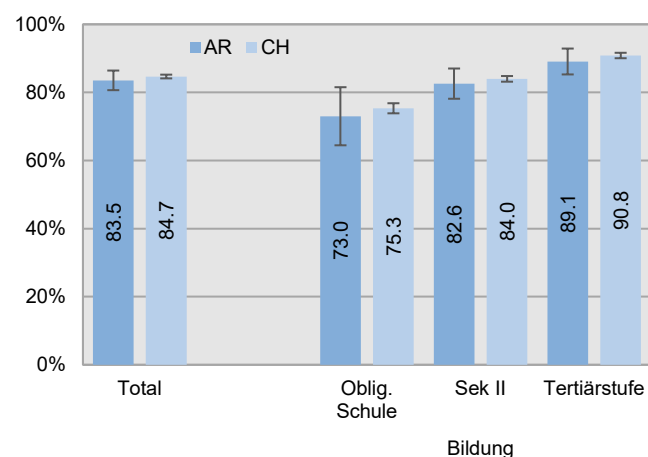
5.2.3 Selbst wahrgenommene Gesundheit

Die Mehrheit der Bevölkerung (83,5 %) im Kanton Appenzell Ausserrhoden fühlt sich 2017 gesundheitlich gut bis sehr gut (G 17). Dieser Wert liegt sehr nahe beim Schweizer Durchschnitt von 84,7 %.

Ein deutlicher Zusammenhang zeigt sich nach Bildung: Schätzen gut 89 % der Personen mit einem Tertiärabschluss ihre Gesundheit als (sehr) gut ein, sind es bei Personen ohne nachobligatorische Ausbildung lediglich 73 %. Dieser Zusammenhang ist auch auf Schweizer Ebene sichtbar und deckt sich mit verschiedenen Studien, wonach Personen mit geringerer Bildung ihre Gesundheit in der Regel schlechter einschätzen als besser Ausgebildete (Borgonovi & Pokropek, 2016; Robert Koch-Institut, 2012; Subramanian et al., 2010).

Männer (84,7 %) schätzen ihren Gesundheitszustand eher besser ein als Frauen (82,2 %). Dies deckt sich mit den Gesamtschweizer Resultaten (85,9 % versus 83,5 %) und internationalen Untersuchungen (Lampert et al., 2018; OECD, 2018). In den letzten 10 Jahren hat sich die selbst wahrgenommene Gesundheit tendenziell verschlechtert: 2007 gaben noch 88,8 % der Ausserrhoderinnen und Ausserrhoder einen (sehr) guten Gesundheitszustand an.

G 17 (Sehr) gute selbst wahrgenommene Gesundheit, AR und CH, 2017



n=700 (AR), n=22'122 (CH)

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2021

Die Gesundheit wird mit fortschreitendem Alter zunehmend schlechter eingeschätzt, dennoch geben rund 72 % der Personen ab 65 Jahren einen (sehr) guten Gesundheitszustand an. Dass ältere Personen ihren Gesundheitszustand trotz zunehmender gesundheitlicher Probleme oft relativ positiv einschätzen, lässt sich u.a. dadurch erklären, dass sie sich häufig mit Gleichaltrigen oder mit Personen mit schlechterer Gesundheit als der eigenen vergleichen (Idler & Cartwright, 2018; Robert Koch-Institut, 2015).

5.2.4 Starke körperliche Beschwerden

18,5 % der Ausserrhoder Bevölkerung berichten von starken körperlichen Beschwerden. In der Gesamtschweiz sind es 22,1 %. Schaut man sich die Art der Beschwerden an, so werden Rücken- und Kreuzschmerzen, Schulter-, Nacken- oder Armschmerzen, Einschlaf-/Durchschlafstörungen sowie allgemeine Schwäche/Müdigkeit mit je 6–8 % am häufigsten genannt.

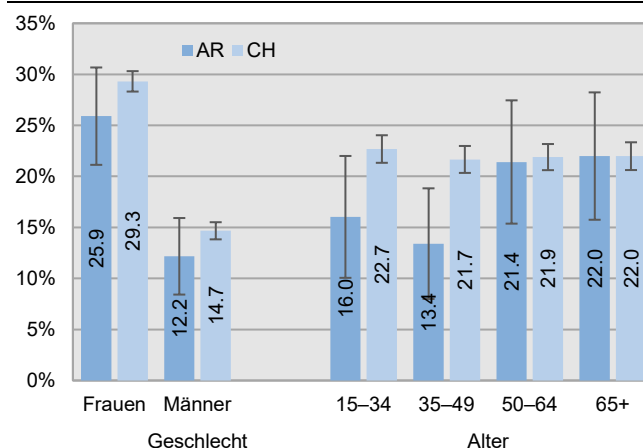
Der Geschlechterunterschied ist gross (G 18): Während gut 12 % der Männer unter starken Beschwerden leiden, sind es bei den Frauen mit rund 26 % mehr als doppelt so viele.

Die Ergebnisse nach Alter ergeben, dass starke körperliche Beschwerden zwar mit dem Alter eher zunehmen. Sie verdeutlichen aber auch, dass schon in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen relativ viele unter starken körperlichen Beschwerden leiden. Das Bild verändert sich auch nicht, wenn man nur die 15- bis 25-Jährigen betrachtet (nicht gezeigt): 17 % im Kanton (CH: 22,3 %) geben starke körperliche Beschwerden an – 24,4 % der jungen Frauen und 10,2 % der jungen Männer. Der Vergleich mit der Gesamtschweiz zeigt, dass die Werte dieser Altersklassen eher tiefer sind als der Schweizer Durchschnitt.

Der Anteil Personen mit starken körperlichen Beschwerden ist in der Schweizer Bevölkerung über die letzten 20 Jahre schwankend – es gibt keine Tendenz einer Zunahme oder Abnahme. Bei den 15- bis 25-Jährigen ist in der Tendenz eine Zunahme zu sehen. Aufgrund der kleinen Fallzahlen lassen sich für den Kanton diesbezüglich auch keine Aussagen machen.

Personen ohne nachobligatorische Schulbildung sind häufiger von starken Beschwerden betroffen als Personen mit höherer Bildung. Dieser Bildungsgradient zeigt sich auf nationaler Ebene deutlich und ist in der Tendenz auch im Kanton Appenzell Ausserrhoden erkennbar.

G 18 Starke körperliche Beschwerden, AR und CH, 2017



n=669 (AR), n=20'932 (CH)

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2021

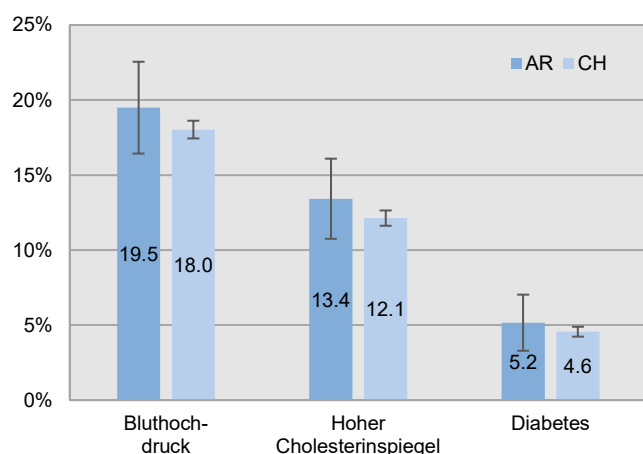
5.2.5 Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten

Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel und Diabetes gehören zu den Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten.

Im Kanton Appenzell Ausserrhoden haben 19,5 % der Bevölkerung Bluthochdruck, 13,4 % erhöhte Cholesterinwerte und 5,2 % Diabetes (G 19). Diese Werte liegen im Schweizer Durchschnitt. Seit 2007 sind die Werte tendenziell steigend.

Die Risikofaktoren nehmen mit dem Alter stark zu: Bei den unter 50-Jährigen belaufen sich die Anteile zwischen 0 % und 5 %, bei den 65-Jährigen und Älteren sind 43,5 % von Bluthochdruck, 27,4 % von hohem Cholesterinspiegel und 10,0 % von Diabetes betroffen. Diese Kantonsergebnisse bewegen sich im ähnlichen Rahmen wie die Schweizer Werte.

G 19 Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten, AR und CH, 2017



n=645 (AR), n=20'425 (CH)

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2021

5.2.6 Ausgewählte Diagnosen: Myokardinfarkt, Hirnschlag sowie Krebsinzidenz

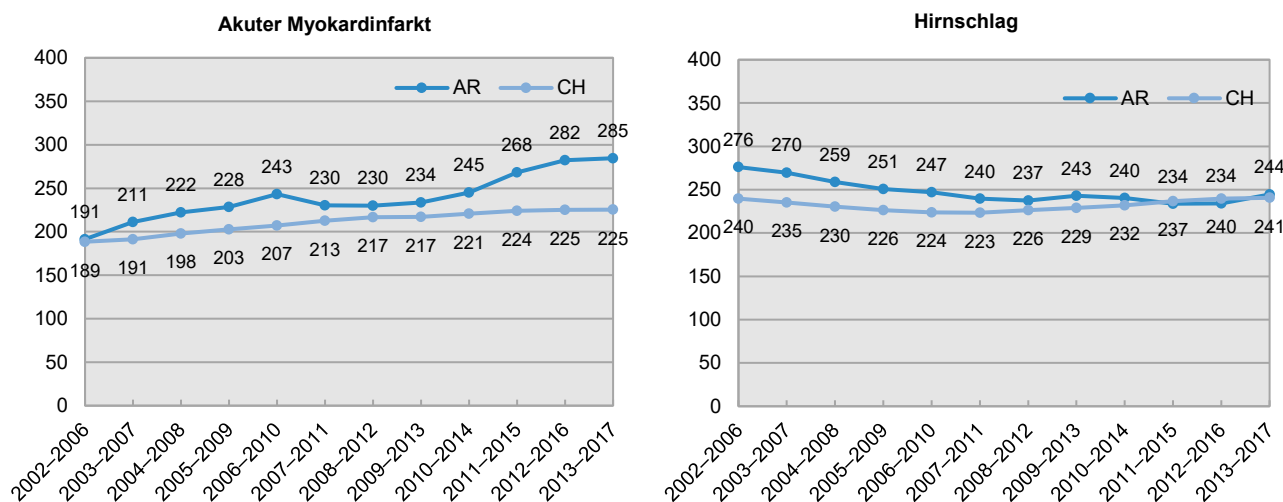
Myokardinfarkt und Hirnschlag

Grafik G 20 zeigt die Entwicklung (Inzidenz) von akutem Myokardinfarkt und Hirnschlag für den Kanton Appenzell Ausserrhoden und die Gesamtschweiz seit 2006. Die ausgewiesene Inzidenz umfasst die Anzahl Hospitalisierungen abzüglich Todesfälle im Krankenhaus, zuzüglich Total der Sterbefälle durch diese Erkrankungen. Die Daten sind zwecks Vergleichbarkeit altersstandardisiert und werden als Fünfjahresdurchschnitt pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner ausgewiesen.

Die Inzidenz für akuten Myokardinfarkt ist in Ausserrhoden seit 2011 (Fünfjahresperioden) stetig steigend und betrug 2017 285 Fälle pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner (altersstandardisiert). Seit 2014 liegt die Inzidenz für akuten Myokardinfarkt deutlich über dem Schweizer Durchschnitt (2017: 225 Fälle).

Die Inzidenz für Hirnschlag lag im Jahr 2017 bei 244 Fällen pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die Inzidenz für Hirnschlag war vor 2010 (Fünfjahresdurchschnitt) noch deutlich über dem Schweizer Durchschnitt, liegt aber nun seit einigen Jahren sehr nahe bei den Schweizer Werten.

G 20 Akuter Myokardinfarkt und Hirnschlag, Inzidenz, Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2002–2017



Quelle: BFS – MS, TU, STATPOP, Eurostat – Europäische Standardbevölkerung (ESP). 2010. Die Raten sind altersstandardisiert.

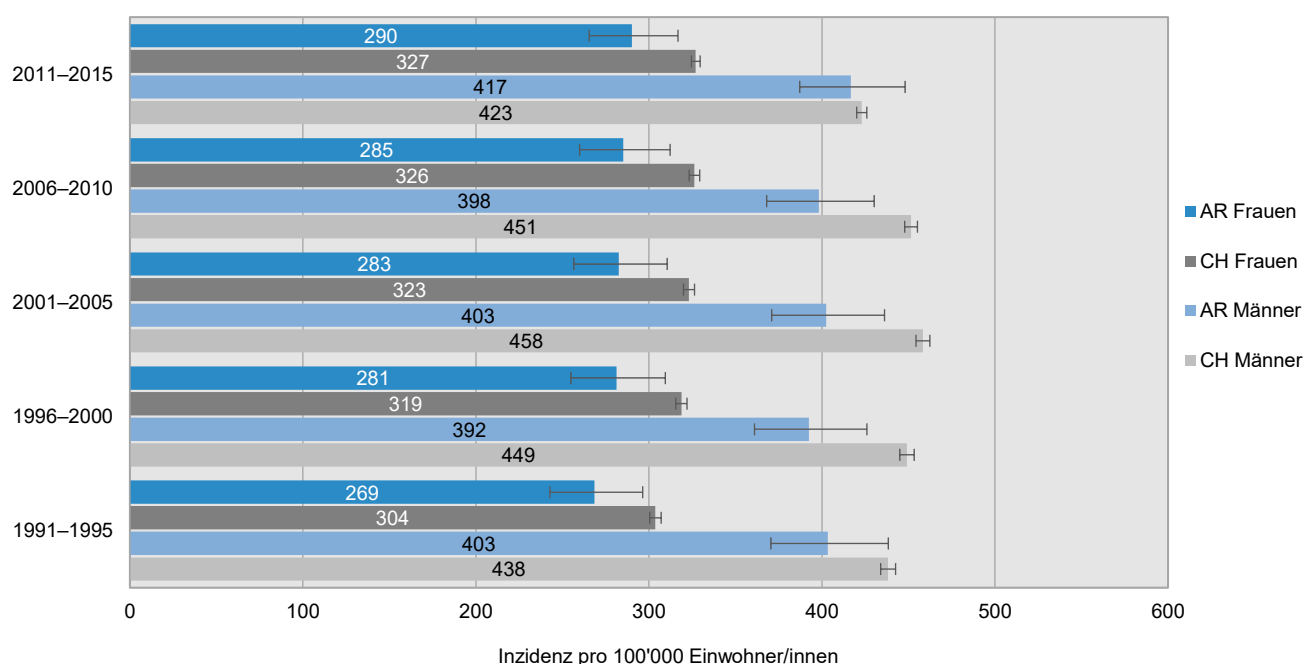
© Obsan 2021

Krebsinzidenz

Die Grafik G 21 befasst sich mit der Häufigkeit von Krebserkrankungen. Es handelt sich dabei um neu aufgetretene Krebserkrankungen innert 5 Jahren, d. h. um die 5-Jahres-Inzidenz. Die Daten werden von den kantonalen Krebsregistern bezogen und von der Stiftung „Nationales Institut für Krebsepidemiologie und Krebsregistrierung (NICER)“ aufbereitet. Bei den Schweizer Werten ist zu beachten, dass mehrere Kantone bis 2015 noch keine Daten zur Verfügung stellten.

Die altersstandardisierte Inzidenz im Kanton betrug für die Fünfjahresperiode 2011–2015 bei den Frauen 290 und bei den Männern 417 neue Fälle pro 100 000 Einwohner/innen. Männer haben höhere altersstandardisierte Erkrankungsraten als Frauen. Die Inzidenz bei den Frauen liegt seit Jahren unter derjenigen der Gesamtschweiz. Bei den Männern ist sie 2011–2015 vergleichbar mit dem Schweizer Durchschnitt. In den Perioden davor wies der Kanton Appenzell Ausserrhoden aber auch für die Männer eine tiefere Krebsinzidenz auf als die Gesamtschweiz.

G 21 Altersstandardisierte Inzidenz aller Krebsarten, Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 1991–2015 (Fünfjahresraten)



Quelle: NICER. Die Raten sind altersstandardisiert.

© Obsan 2021

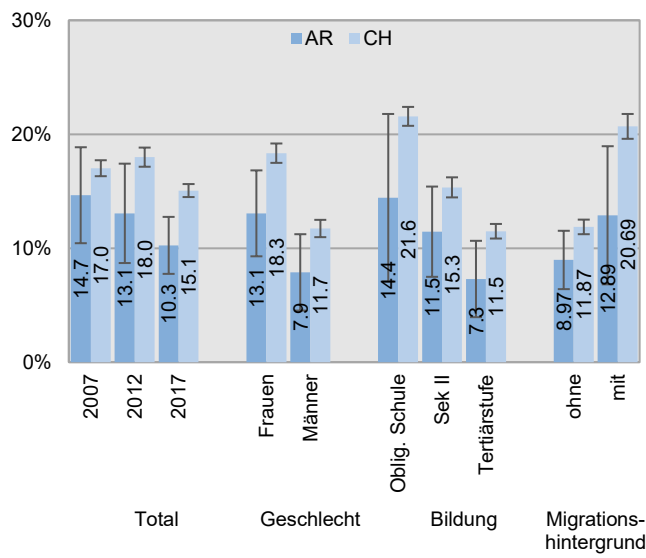
5.2.7 Psychische Belastung

In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) wird die psychische Belastung der Bevölkerung mittels Fragen nach der Häufigkeit von Symptomen wie Nervosität, Niedergeschlagenheit, fehlende Ausgeglichenheit oder Depressivität geschätzt. Die Kategorisierung entspricht keiner klinischen Diagnosestellung (Schuler et al., 2020), bei einer mittleren bis hohen psychischen Belastung ist das Vorliegen einer psychischen Erkrankung aus klinischer Sicht jedoch wahrscheinlich (Schuler et al., 2020).

Im Jahr 2017 fühlen sich im Kanton Appenzell Ausserrhoden 10,3 % aller Befragten mittel bis stark psychisch belastet (G 22). Das sind deutlich weniger als der Schweizer Durchschnitt (15,1 %). Der regionale Vergleich zeigt grosse Unterschiede zwischen den Kantonen: Insbesondere die Werte der Westschweizer Kantone und des Kantons Tessin sind deutlich über dem

Schweizer Durchschnitt. Neben dem Kanton Appenzell Ausserrhoden weisen auch die Zentralschweizer Kantone sowie Graubünden klar unterdurchschnittliche Werte auf.

Die Ergebnisse nach Alter weisen darauf hin, dass alle Altersgruppen – auch jüngere Personen – von psychischer Belastung betroffen sind. Weiter zeigen sich Unterschiede nach Geschlecht, Bildung und Migrationshintergrund, diese sind aber nur für die Gesamtschweiz statistisch signifikant (G 22). Frauen sowie Personen ohne nachobligatorische Schulbildung berichten häufiger von mittlerer bis starker psychischer Belastung als Männer oder Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe. Und Personen mit Migrationshintergrund sind ebenfalls öfter betroffen. Seit 2007 zeigt sich auf Ebene Gesamtschweiz eine Abnahme der psychischen Belastung (2007: 17,0 %; 2017: 15,1 %). Im Kanton zeigt sich eine vergleichbare Entwicklung (2007: 14,7 %; 2017: 10,3 %; nicht signifikant).

G 22 Mittlere/starke psychische Belastung, AR und CH, 2007–2017

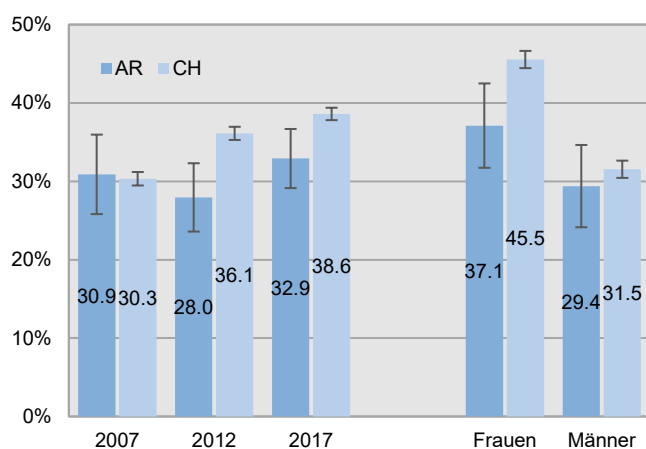
n=676 (AR), n=20'941 (CH)

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2021

5.2.8 Einsamkeitsgefühle

Im Jahr 2017 gibt rund ein Drittel (32,9 %) aller in der SGB befragten Personen im Kanton an, sich manchmal bis sehr häufig einsam zu fühlen (G 23). Dieser Wert ist tiefer als jener der Gesamtschweiz (38,6 %). In Ausserrhoden sind 37,1 % der Frauen manchmal bis sehr häufig einsam, bei den Männern sind es 29,4%. Damit ist der Anteil der Frauen signifikant tiefer im Kanton als der entsprechende Wert für die Schweiz von 45,5%. Zwischen 2002 und 2017 ist der Anteil Personen mit Einsamkeitsgefühlen in der Schweiz angestiegen, im Kanton zeigt sich die gleiche Tendenz.

G 23 Einsamkeitsgefühle, AR und CH, 2007– 2017

2007: n=475 (AR), n=17'890 (CH); 2012: n=494 (AR), n=20'841 (CH); 2017: n=681 (AR), n=21'171 (CH)

Quelle: BFS – SGB

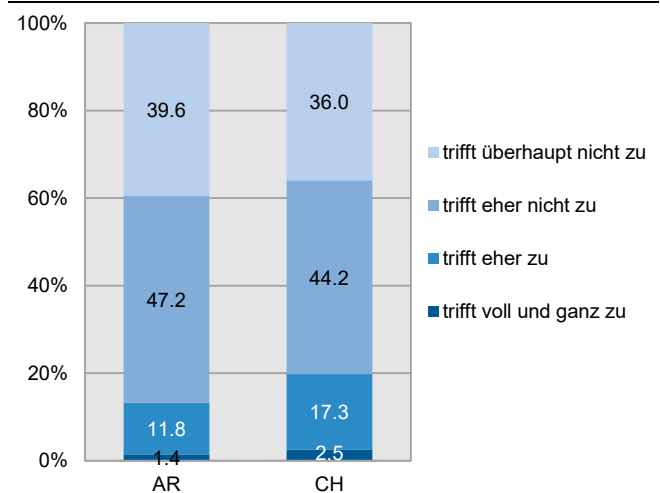
© Obsan 2021

5.2.9 Emotionale Erschöpfung bei der Arbeit

Seit 2012 wird in der SGB eine Frage zum „Gefühl emotional verbraucht zu sein“ gestellt, welche darauf hinweisen kann, dass ein Burnout vorliegt oder ein Risiko dafür besteht.

Im Kanton Appenzell Ausserrhoden berichten 13,2 %, dass ein Gefühl der emotionalen Erschöpfung bei der Arbeit eher oder voll und ganz zutrifft (G 24). Das sind signifikant weniger als in der Gesamtschweiz. Die Analysen nach Geschlecht, Alter und Bildung zeigen, dass es weder auf kantonaler noch auf gesamtschweizerischer Ebene signifikante Unterschiede gibt.

Eine hohe bis sehr hohe Arbeitszufriedenheit geben 80,4 % der Ausserrhoderinnen und Ausserrhoder an – das ist höher als der Schweizer Durchschnitt von 72,4 %.

G 24 Emotionale Erschöpfung bei der Arbeit, AR und CH, 2017 (15- bis 64-jährige Erwerbstätige)

n=376 (AR), n=11'605 (CH)

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2021

5.3 Gesundheitsrelevantes Verhalten

5.3.1 Körpergewicht

Der Body Mass Index (BMI) setzt das Körpergewicht ins Verhältnis zur Körpergrösse (vgl. Kasten) und wird häufig bei Bevölkerungsstudien verwendet. Sein Vorteil ist die einfache und schnelle Berechnung. Ein Nachteil des BMI ist, dass er keine Information zur Körperzusammensetzung berücksichtigt wie beispielsweise den Anteil Körperfett oder Muskeln. Gemäss einer Studie korreliert der BMI jedoch mit dem Körperfettanteil, der Morbidität und der Mortalität, und es lassen sich künftige Gesundheitsrisiken übergewichtiger Menschen vorhersagen (Malatesta, 2013).

Im Kanton Appenzell Ausserrhoden ist ein erheblicher Teil der Bevölkerung von Übergewicht betroffen (G 25): 31,6 % der

Body Mass Index (BMI) = Körpergewicht (in kg)/Körpergrösse (in cm)²

Gewichtsklassifikation bei Erwachsenen (18+ Jahre) anhand des BMI (nach WHO, 2000):

BMI < 18,5:	Untergewicht
BMI 18,5 bis < 25:	Normalgewicht
BMI 25 bis < 30:	Übergewicht
BMI ≥ 30:	Adipositas (starkes Übergewicht)

18-Jährigen und Älteren sind übergewichtig, und 12,4 % sind adipös. Vergleichbar sind diese Anteile mit den gesamtschweizerischen Werten: 31,1 % der Befragten haben Übergewicht und 11,6 % Adipositas.

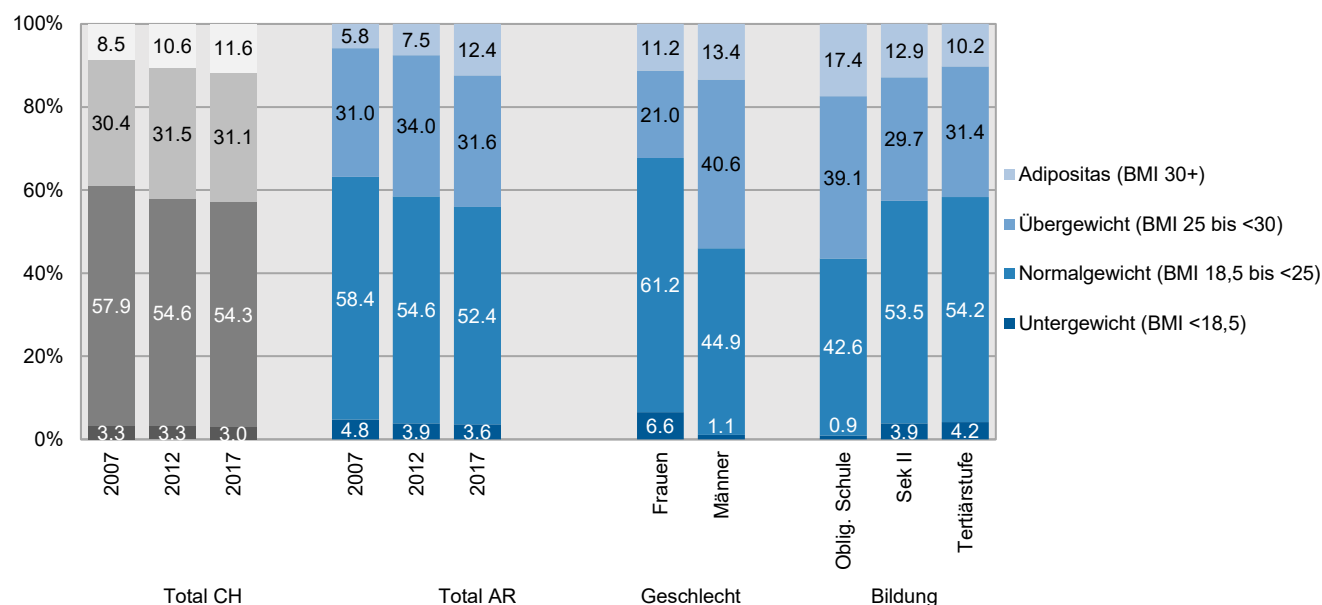
Zwischen 2007 und 2017 hat der Anteil Übergewichtiger in der Schweiz von 30,4 % auf 31,1 % zugenommen, jener der Adipösen von 8,5 % auf 11,6 %. Im Kanton Appenzell Ausserrhoden ist verglichen mit 2007 eine signifikante Zunahme bei Adipositas zu verzeichnen (von 5,8 % auf 12,4 %), der Anteil Personen mit Übergewicht ist relativ stabil geblieben. Die Analysen sind nicht altersstandardisiert, Vergleiche haben jedoch gezeigt, dass der Effekt der Demografie sehr klein ist.

Es zeigt sich ein deutlicher Geschlechterunterschied: Rund ein Drittel (32,2 %) der Ausserrhoderinnen sind von Übergewicht (inkl. Adipositas) betroffen, bei den Ausserrhodern sind es mehr als die Hälfte (54,0 %). Frauen sind dagegen deutlich häufiger untergewichtig (6,6 %) als Männer (1,1 %).

Beim Bildungsniveau zeigt sich ein deutlicher sozialer Gradient: Personen ohne nachobligatorische Bildung berichten häufiger von Übergewicht und Adipositas als Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II oder Tertiärstufe. Die Unterschiede sind zwar auf Kantonsebene nicht signifikant, was aber auf die kleinen Fallzahlen zurückzuführen ist.

Mit dem Alter steigt auch der Anteil Übergewichtiger: Sind in der Altersgruppe der 18- bis 34-Jährigen rund ein Drittel (32,9 %) übergewichtig/adipös, sind es bei den 50-Jährigen und Älteren rund 50 %. Insbesondere der Anteil Personen mit Adipositas steigt im Alter stark an.

G 25 Körpergewicht, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007–2017 (18-Jährige und Ältere)



2007: n=460 (AR) n=17'879 (CH); 2012: n=481 (AR), n=20'537 (CH); 2017: n=665 (AR), n=21'046 (CH)

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2021

5.3.2 Körperliche Aktivität

Körperliche Aktivität wirkt sich positiv auf das psychische und physische Wohlbefinden aus und erhöht die Lebensqualität. Gemäss Studien bewirkt regelmässige Bewegung positive gesundheitliche Effekte bei koronaren Herzkrankheiten, Insulinunverträglichkeit, Osteoporose, Darmkrebserkrankungen, Depressionen und weiteren psychischen Krankheiten (Department of Health and Human Service, 1996; White RL et al., 2017). Bewegungsmangel gilt hinter Bluthochdruck (13 % aller Todesfälle), Rauchen (9 %) und Diabetes (6 %) weltweit als der viertwichtigste Risikofaktor für Sterblichkeit (6 %) (WHO, 2011).

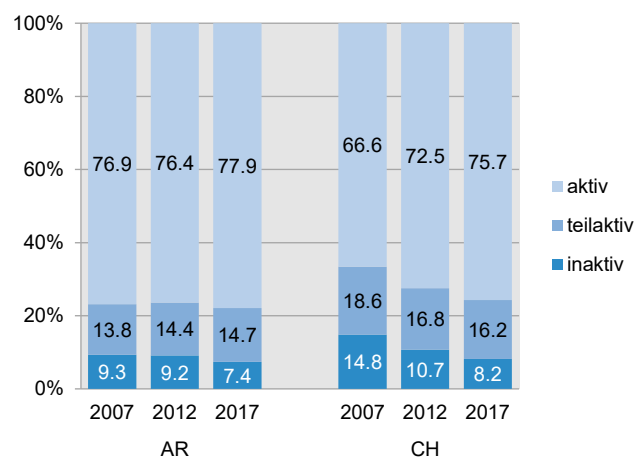
Über drei Viertel (77,9 %) der Ausserrhoder Bevölkerung ist körperlich aktiv, 14,7 % sind teilaktiv und 7,4 % inaktiv (G 26). Diese Werte sind vergleichbar mit dem Schweizer Durchschnitt.

Auf Ebene Gesamtschweiz ist seit 2007 eine stetige Zunahme der Aktiven und eine Abnahme der Inaktiven zu erkennen. Im Kanton Appenzell Ausserrhoden ist der Anteil der Aktiven über die Jahre stabil geblieben, bei den Inaktiven ist nur tendenziell ein leichter Rückgang ersichtlich.

Ein Geschlechterunterschied zeigt sich im Kanton Appenzell Ausserrhoden nicht (möglicherweise aufgrund der kleinen Stichprobe), in der Gesamtschweiz dagegen schon: Frauen sind weniger aktiv als Männer, insbesondere in der Altersklasse der 15- bis 34-Jährigen.

Das Ausmass der körperlichen Aktivität unterscheidet sich auch nach Bildungsniveau und Migrationsstatus, wenngleich die Unterschiede auf Kantonsebene nicht signifikant sind. Der Anteil Inaktiver nimmt mit höherem Bildungsniveau ab: 12,1 % der Personen ohne nachobligatorische Ausbildung, 8,1 % der Befragten mit Abschluss auf Sekundarstufe II sowie 4,9 % aller Personen mit Hochschulabschluss sind in Ausserrhoden körperlich inaktiv. Weiter berichten im Kanton 5,6 % aller Personen ohne Migrationshintergrund und 8,1 % aller Personen mit Migrationshintergrund von körperlicher Inaktivität.

G 26 Körperliche Aktivität, AR und CH, 2007–2017



2007: n=464 (AR), n=17'387 (CH); 2012: n=491 (AR), n=20'625 (CH); 2017: n=670 (AR), n=20'869 (CH)

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2021

5.3.3 Tabakkonsum

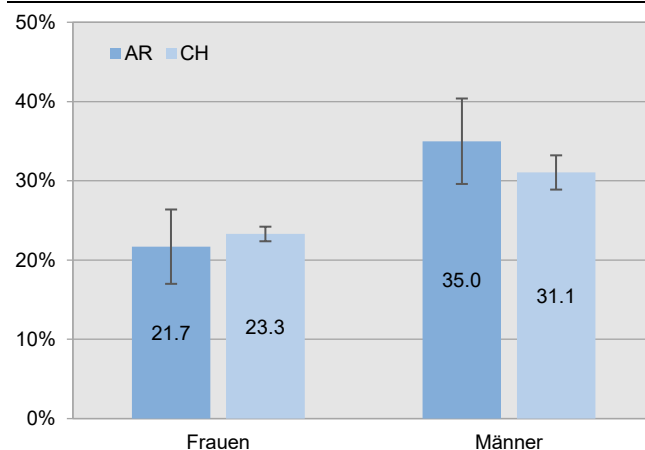
Im Jahr 2015 starben in der Schweiz 9'535 Personen an Krankheiten, die sich auf Tabakkonsum zurückzuführen lassen (Mattli et al., 2019). Dies entspricht 14,1 % aller Todesfälle in diesem Jahr. Wie gross diese Zahl ist, zeigt sich im Vergleich: Im selben Jahr sind im Strassenverkehr 253 Personen und durch die Grippe 2'500 Personen gestorben. 64 % der tabakbedingten Todesfälle betreffen Männer und etwas mehr als ein Drittel Frauen (36 %).

Im Kanton Appenzell Ausserrhoden raucht über ein Viertel (28,9 %) der Bevölkerung (CH: 27,1 %). Frauen rauchen weniger häufig als Männer (G 27), sowohl im Kanton (21,7 % versus 35,0 %) als auch in der Gesamtschweiz (23,3 % versus 31,1 %). Die Anteile unterscheiden sich nicht signifikant von den Schweizer Werten.

In der Gesamtschweiz ist der Anteil Raucherinnen und Raucher in den letzten 25 Jahren von 30,1 % im Jahr 1992 auf 27,1 % im Jahr 2017 signifikant zurückgegangen. Im Kanton Appenzell Ausserrhoden ist keine klare Tendenz sichtbar, was möglicherweise auch mit den kleinen Fallzahlen zusammenhängt.

Es zeigen sich Unterschiede nach Alter, Bildung und Migrationshintergrund – diese sind zwar für Ausserrhoden nicht signifikant, sie zeigen aber in die gleiche Richtung wie die Schweizer Werte: So wird mit zunehmendem Alter weniger geraucht: In der Altersgruppe der unter 35-Jährigen liegt der Raucheranteil im Kanton bei 41 %, bei den 65-Jährigen und Älteren bei 11,0 %. Weiter raucht fast ein Drittel (32,1 %) der Personen ohne nachobligatorische Schulbildung, bei Personen mit Abschluss auf Tertiärstufe ist es ein Viertel (25,0 %). Und bei Personen mit Migrationshintergrund ist der Anteil ebenfalls höher (36,0 %) als bei Personen ohne (26,4 %).

G 27 Anteil Raucherinnen und Raucher, AR und CH, 2017



n=700 (AR), n=22'131 (CH)

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2021

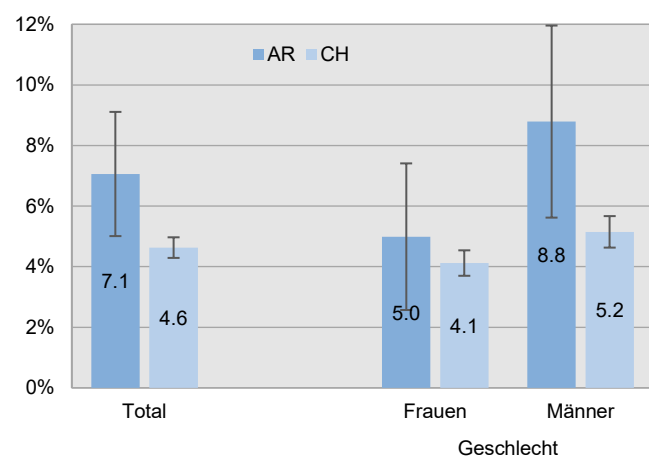
5.3.4 Alkoholkonsum

Bei einem durchschnittlichen täglichen Konsum von 20 g bis 40 g (2–4 Standardgläser) bei Frauen und 40 g bis 60 g (4–6 Standardgläser) bei Männern besteht für die betreffende Person ein mittleres gesundheitliches Risiko, ab 40 g (über 4 Standardgläser) bei Frauen und 60 g (über 6 Standardgläser) bei Männern wird von einem hohen Risiko ausgegangen. Dabei gilt: 1 Standardglas = 1 Glas Wein (1 dl), Bier (3 dl) oder Schnaps (0,2 dl) = 10 bis 12 g reiner Alkohol.

Der Anteil der Ausserrhoder Bevölkerung, die bezüglich chronischen Alkoholkonsums ein mittleres bis hohes Risiko eingeht, liegt bei 7,1 %, was deutlich über dem Schweizer Durchschnitt von 4,6 % liegt (G 28). Männer (8,8 %) haben häufiger ein mittleres bis hohes Risiko als Frauen (5,0 %), der Geschlechterunterschied ist aber im Gegensatz zur Gesamtschweiz auf Kantonebene nicht signifikant.

Von wöchentlichem oder noch häufigerem Rauschtrinken (vier Gläser bei Frauen und fünf Gläser bei Männern oder mehr pro Trinkgelegenheit) berichten Männer (4,7 %) deutlich häufiger als Frauen (1,0 %). Die Werte sind vergleichbar mit denjenigen der Gesamtschweiz (Frauen: 1,8 %, Männer: 4,8 %). Rauschtrinken ist – wie auch in der Gesamtschweiz – besonders in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen verbreitet; 8,4 % dieser Altersgruppe im Kanton berichten von wöchentlichem Rauschtrinken. Bei sämtlichen älteren Gruppen sind die Anteile viel geringer und betragen in der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren nicht einmal 1 %.

G 28 Risiko bezüglich chronischen Alkoholkonsums, AR und CH, 2017



n=681 (AR), n=22'303 (CH)

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2021

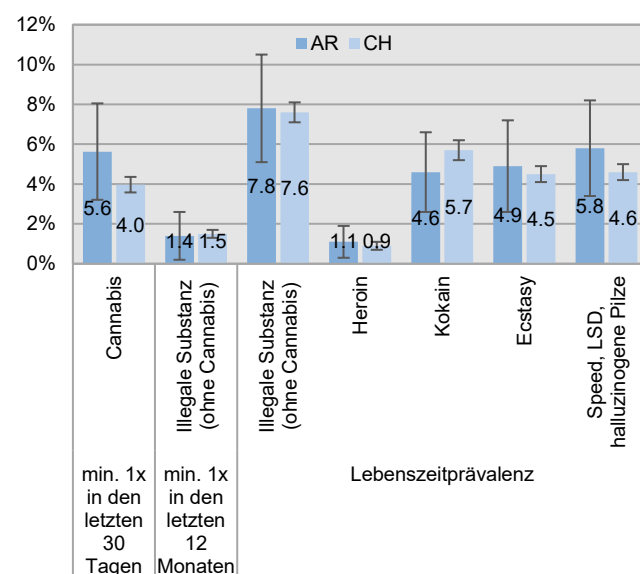
5.3.5 Illegale Drogen, Medikamente und Internet

Cannabis und illegale Drogen

5,6 % der Ausserrhoder Bevölkerung haben in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung Cannabis konsumiert, was tendenziell etwas mehr ist als im Schweizer Durchschnitt (4,0 %). Wie zu erwarten ist der Cannabiskonsum in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen am höchsten. Im Vergleich zu 2012 ist der Anteil Personen mit Cannabiskonsum gestiegen, der Unterschied ist aber nicht signifikant.

Rund 8 % der Ausserrhoder Bevölkerung gibt zudem an, bereits einmal im Leben eine illegale Substanz (ohne Cannabis) konsumiert zu haben (G 29). Ein Konsum solcher Substanzen in den letzten zwölf Monaten wird von gut 1 % angegeben. Die Analyse nach Substanz zeigt folgende Lebenszeitprävalenz: 1 % Heroin, 5 % Kokain, 5 % Ecstasy, 6 % Speed, LSD, halluzinogene Pilze. Alle Werte sind mit dem Schweizer Durchschnitt vergleichbar.

G 29 Konsum illegaler Substanzen (ohne Cannabis), AR und CH, 2017



n=516 (AR), n=16'980 (CH)

Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2021

Psychotrope Medikamente

Psychotrope Medikamente wie Beruhigungsmittel, Schlaftabletten und Antidepressiva können bei einer längeren Verwendung zu Abhängigkeiten führen und sind mit Risiken (Beeinträchtigung des Erinnerungsvermögens und der psychomotorischen Koordination) verbunden (Lader, 2011).

Im Jahr 2017 haben 2,9 % der Bevölkerung im Kanton Appenzell Ausserrhoden in den 7 Tagen vor der Befragung ein Schlafmedikament genommen – dies ist signifikant weniger als in der Gesamtschweiz (4,7 %). Auffallend sind die Unterschiede nach Alter. Aufgrund der kleinen Fallzahlen im Kanton werden nachfolgend die Schweizer Werte präsentiert: Haben gut 1 % der unter 35-Jährigen ein solches Medikament eingenommen, sind es bei den 65-Jährigen und Älteren gut 10 %. Frauen nehmen etwa doppelt so häufig Schlafmedikamente wie Männer.

Ein Beruhigungsmedikament haben 2,2 % der Kantonsbevölkerung eingenommen, was tendenziell etwas weniger sind als in der Gesamtschweiz (3,6 %). Auch hier steigt der Konsum mit dem Alter an von rund 2 % in der jüngsten auf rund 6 % in der ältesten Altersgruppe (Werte Gesamtschweiz).

Im Zeitvergleich zeigen sich weder auf kantonaler noch nationaler Ebene signifikante Unterschiede.

Internetkonsum

Die Nutzung des Internets oder die Kommunikation mit E-Mails ist unterdessen im Beruf, in der Schule, aber auch im Privatleben selbstverständlich. Auch Kinder und Jugendliche nutzen die neuen Medien intensiv. Die Nutzung des Internets birgt aber auch Risiken, die sich auf die Gesundheit auswirken können, wie beispielsweise Onlinespielsucht, Internetsucht oder Cybermobbing.

Insgesamt sind 3,0 % aller Schweizer Befragten von einem problematischen Internetkonsum betroffen, dabei sind die Männer gegenüber Frauen signifikant häufiger betroffen (3,5 % versus 2,5 %). Grosse Differenzen sind auch beim Alter zu finden. Während bei den 15- bis 34-Jährigen 6,7 % betroffen sind, betragen die Anteile bei den über 35-Jährigen zwischen 0,5 % und 2,7 %. Für den Kanton können aufgrund zu kleiner Fallzahlen keine Ergebnisse ausgewiesen werden.

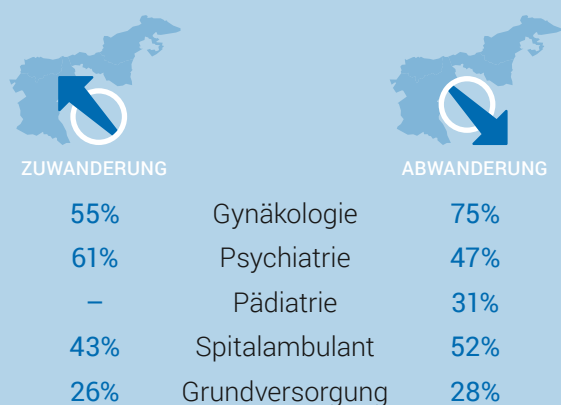
Gesundheitsversorgung

Ambulante Versorgung

Anzahl Leistungserbringer



Interkantonale ambulante Patientenströme



Langzeitversorgung

Pflegeheime

Inanspruchnahmerate von den über 65-Jährigen:

7,3% höchste Rate der Schweiz

Spitex

Inanspruchnahmerate von über 65-Jährigen:

7,5% 5. tiefste Rate der Schweiz

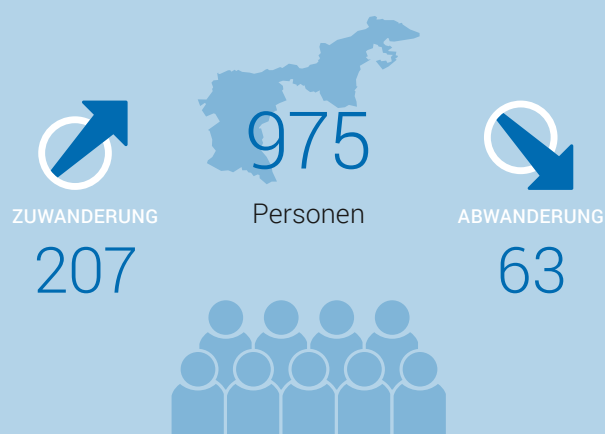


Pflegeheimbetten

1'092

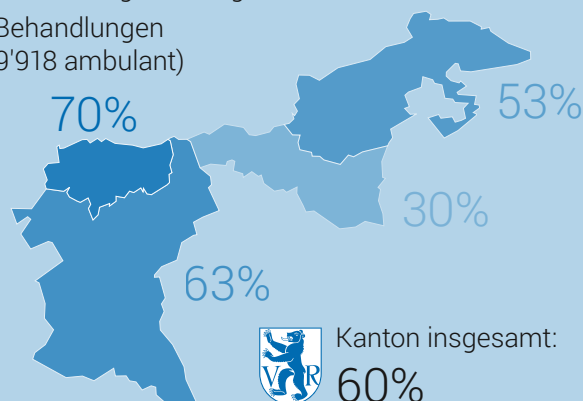
Interkantonale Patientenströme

Pflegeheime



Notfallversorgung (ambulant und stationär)

Anteil der in der eigenen Region behandelten Notfälle
14'563 Behandlungen
(davon 9'918 ambulant)



Gesundheitsversorgung

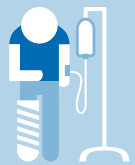
Spitalversorgung



Akutsomatik

Fälle pro 1'000 Einwohner/innen:

163  145 4 Spitäler
im Kanton



9'167

Hospitalisierungen von Patientinnen/
Patienten aus dem Kanton AR

Fälle pro 1'000 Einwohner/innen:

 Basispaket 68  57

 Orthopädie 26  21

 Geburtshilfe 13  11

Bereiche mit überdurchschnittlichen
Hospitalisierungsraten

Psychiatrie

Fälle pro 1'000 Einwohner/innen:

10,5  8,8 2 Kliniken
im Kanton



ZUWANDERUNG

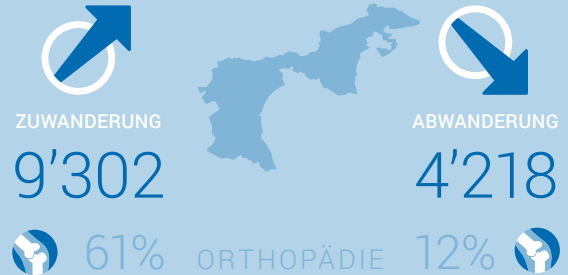
966



ABWANDERUNG

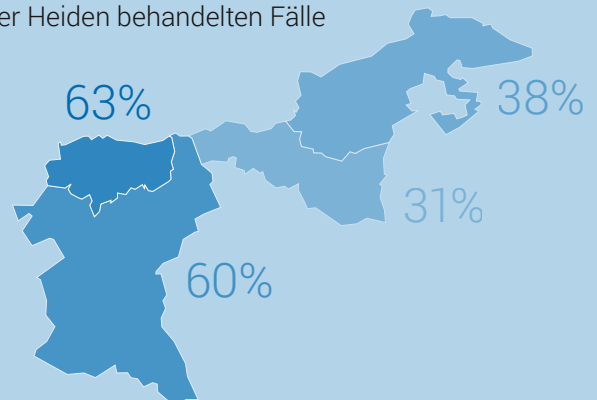
216

Interkantonale Patientenströme (Akutsomatik)



Innerkantonale Patientenströme (Akutsomatik)

Anteil der in den Spitälern Herisau
oder Heiden behandelten Fälle



Rehabilitation

Fälle pro 1'000 Einwohner/innen:

9,1  10,7 3 Kliniken
im Kanton



ZUWANDERUNG

2'074



ABWANDERUNG

222

6 Gesundheitsversorgung

Das vorliegende Kapitel gibt einen Überblick über die wichtigen Themen der Gesundheitsversorgung im Kanton Appenzell Ausserrhoden. Nach der ambulanten und der stationären Gesundheitsversorgung wird in einem dritten Teil die Langzeitpflege im Kanton beschrieben. Das Kapitel zur Gesundheitsversorgung richtet den Fokus vor allem auf die zeitlichen Entwicklungen im Kanton und auf regionale Vergleiche, es beleuchtet jedoch auch, wo möglich, diese drei Bereiche übergreifend im Querschnitt.

6.1 Ambulante Gesundheitsversorgung

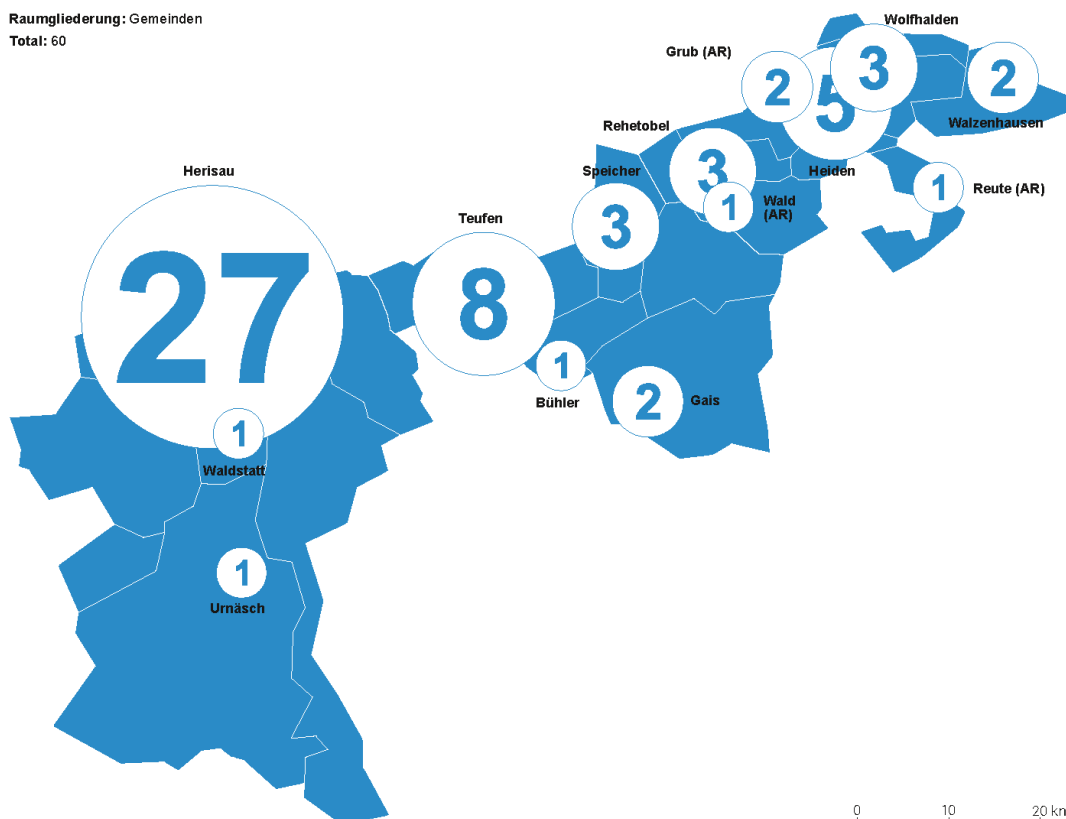
6.1.1 Angebot und Inanspruchnahme

Angebot gemäss Kantonszahlen

Gemäss kantonseigenen Daten sind 2020 im Kanton Appenzell Ausserrhoden 60 Hausärztinnen und Hausärzte sowie 90 Zahnärztinnen und Zahnärzte tätig (inkl. Hausärzte von Appenzell Innerrhoden in der Hausärztlichen Notfallpraxis am Spital Herisau, ANOS) (G 30).

G 30 Anzahl Hausärztinnen und Hausärzte, Appenzell Ausserrhoden, 2020 (gemäss Einträgen im kantonalen Register; entspricht nicht Vollzeitäquivalenten)

Raumgliederung: Gemeinden
Total: 60



Quelle: Register des Kantons Appenzell Ausserrhoden / Analysen Obsan
Die Anzahl Hausärztinnen und Hausärzte liegen etwas tiefer als in Grafik G 32, in der alle abrechnenden Leistungserbringer berücksichtigt sind.

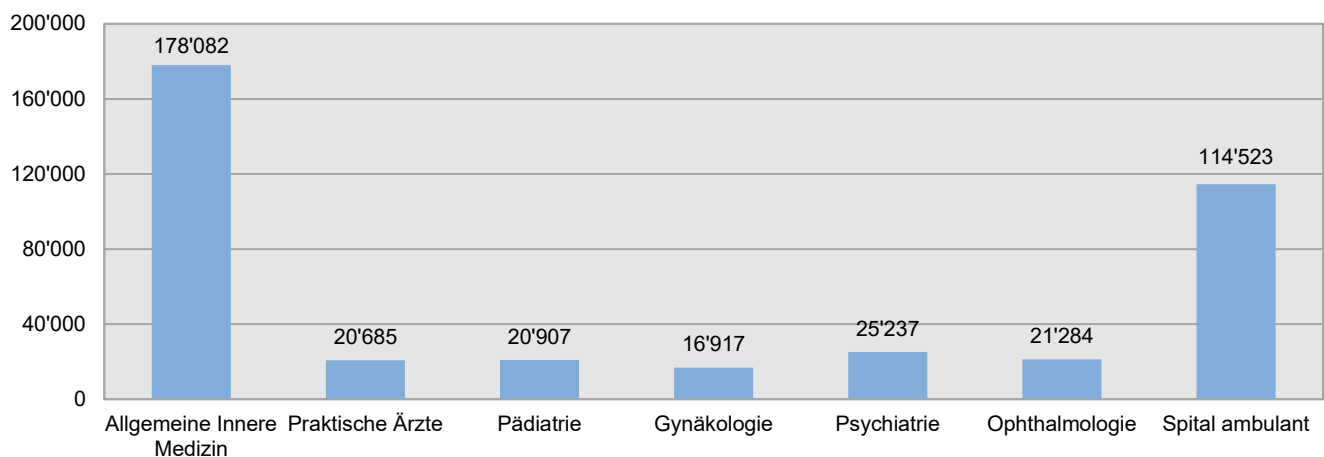
© Obsan 2021

Inanspruchnahme: die Fachrichtungen im Vergleich

Die Grafik G 31 zeigt die Inanspruchnahme 2019 der Ausserrho-der Wohnbevölkerung in den Arztpraxen der wichtigsten medi-zinischen Fachgebiete und der praktischen Ärztinnen und Ärzte sowie im spitalambulanten Sektor. Die Berechnungen erfolgten auf der Basis der Anzahl Konsultationen, die über die obligatori-sche Krankenpflegeversicherung (OKP) abgerechnet wurden.¹ Mit Abstand am meisten Konsultationen gibt es in Praxen der

hausärztlichen Grundversorgung, namentlich in Praxen der All-gemeinen Inneren Medizin (rund 178'000 Konsultationen) und bei den praktischen Ärztinnen und Ärzten (rund 21'000 Konsul-tationen). In den anderen Fachgebieten mit 17'000 Gynäkologie-bis 25'000 Psychiatrie-Konsultationen liegen diese deutlich tie-fer. Der spitalambulante Bereich zählt 2019 rund 115'000 Kon-sultationen von Ausserrho-derinnen und Ausserrho-der.

G 31 Anzahl Konsultationen in Arztpraxen und im ambulanten Spitalbereich, Wohnkanton der Patientinnen und Patienten AR, 2019



Allgemeine Innere Medizin beinhaltet auch Konsultationen, die in Gruppenpraxen erbracht wurden.

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

© Obsan 2021

¹ Bei Arztpraxen umfassen Konsultationen sowohl Besuche in der Praxis als auch Hausbesuche

Grundversorgung (Hausarztmedizin)

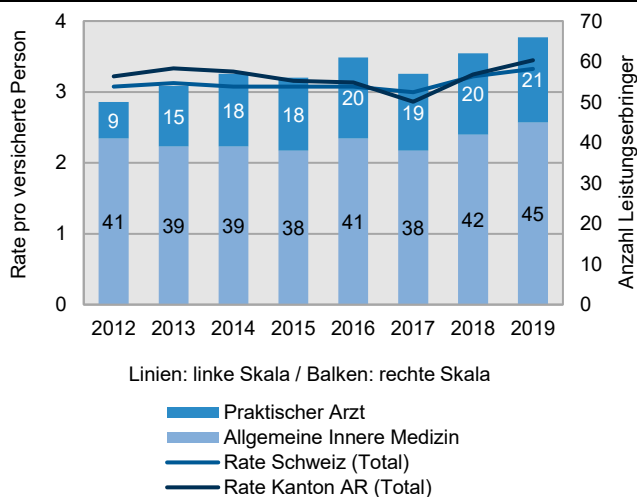
Die Grafik G 32 zeigt die Anzahl OKP-abrechnender Leistungserbringer² (Säulen) sowie die Inanspruchnahme (Linien) der ärztlichen Grundversorgung durch Ausserrhoderinnen und Ausserrhoder. Die Inanspruchnahme bezieht sich auf die Wohnbevölkerung des Kantons AR, also unabhängig davon, ob die Patientinnen und Patienten im Kanton (innerkantonal) oder in einem anderen Kanton (ausserkantonal) behandelt wurden.

Im Jahr 2019 gibt es im Kanton 66 Grundversorgerinnen und -versorger, davon weisen 45 den Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin auf, bei den restlichen 21 handelt es sich um praktische Ärztinnen und Ärzte. 2012 waren es 50 Leistungserbringer. Eine ansteigende Tendenz zeigt sich 2012 bis 2014 und wieder seit 2017, wobei gleichzeitig ein Trend zur vermehrten Teilzeitanstellung zu verzeichnen ist.

Die Zahlen zur Inanspruchnahme ergeben ein ähnliches Bild: Die dunkelblaue Linie zeigt die Anzahl Konsultationen pro versicherte Person für den Kanton Appenzell Ausserrhoden. Die Inanspruchnahme steigt nach einem zwischenzeitigen Rückgang seit 2017 wieder an.

2019 kommen pro versicherte Person im Kanton Appenzell Ausserrhoden 3,4 Konsultationen in der Grundversorgung. Die (altersstandardisierte) Rate unterscheidet sich nicht wesentlich vom Schweizer Durchschnitt von 3,3 Konsultationen pro Person (hellere Linie).

G 32 Grundversorgung: Anzahl Leistungserbringer und Rate der Konsultationen, AR und CH, 2012–2019



Die Raten sind altersstandardisiert und beziehen sich auf die Wohnbevölkerung des Kantons AR. Die Anzahl Leistungserbringer bezieht sich auf Leistungserbringer mit einem Standort im Kanton AR.

Die Anzahl Leistungserbringer unterscheidet sich von denjenigen die am Anfang des Kapitels angegebenen kantonalen Daten (2020).

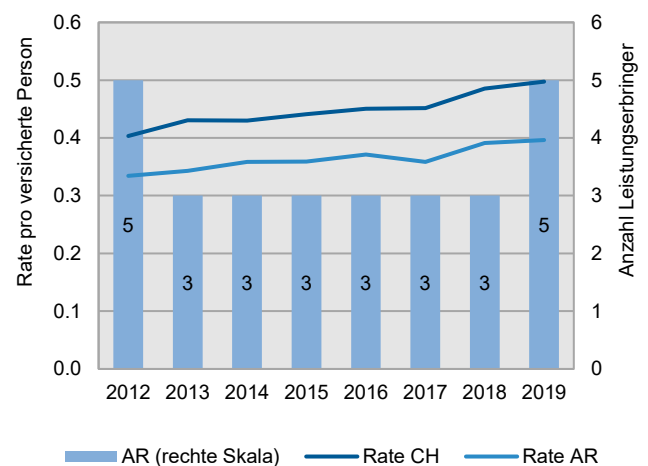
Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan © Obsan 2021

Pädiatrie

2019 gibt es im Kanton Appenzell Ausserrhoden fünf Pädiaterinnen und Pädiater (blaue Säulen in Grafik G 33). In den Jahren zuvor sind es jeweils drei, einzig 2012 zählt man ebenfalls fünf Leistungserbringer in der Pädiatrie.

Die Inanspruchnahme ist im Kanton in den letzten Jahren gestiegen, von gut 0,3 auf knapp 0,4 Konsultationen pro versicherte Person. Die Inanspruchnahme bezieht sich auf die Wohnbevölkerung des Kantons AR, also unabhängig davon, ob die Patientinnen und Patienten im Kanton (innerkantonal) oder in einem anderen Kanton (ausserkantonal) behandelt wurden. Die altersstandardisierte Konsultationsrate liegt für die gesamte betrachtete Periode unter dem Schweizer Durchschnitt (2019: 0,5).

G 33 Pädiatrie: Anzahl Leistungserbringer und Rate der Konsultationen, AR und CH, 2012–2019



Die Raten sind altersstandardisiert und beziehen sich auf die Wohnbevölkerung im Kanton AR. Die Anzahl Leistungserbringer bezieht sich auf Leistungserbringer mit einem Standort im Kanton AR.

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan © Obsan 2021

² Die Anzahl Leistungserbringer werden über die Anzahl ZSR-Nummern definiert, d. h. es handelt sich hier nicht um Personen

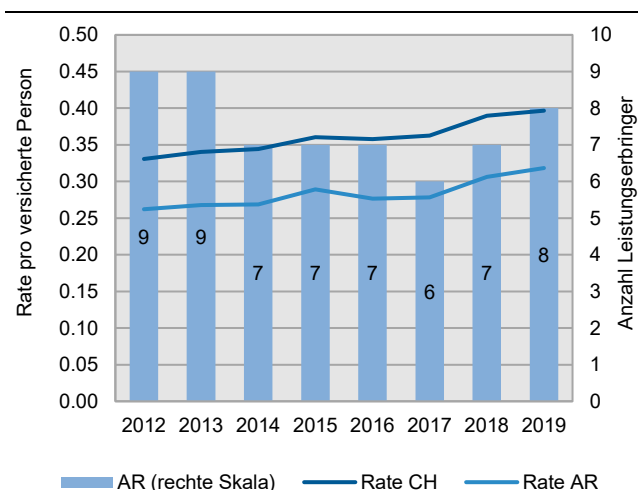
oder Vollzeitstellen. Die Anzahl Leistungserbringer bezieht sich auf Leistungserbringer mit einem Standort im Kanton AR.

Gynäkologie

2019 zählt der Kanton acht Gynäkologinnen und Gynäkologen (blaue Säulen in Grafik G 34). Der Blick auf die zeitliche Entwicklung zeigt keine klare Tendenz: Die Zahl der Leistungserbringer bewegt sich in den sieben Jahren zuvor zwischen neun und sieben.

Die Inanspruchnahme von gynäkologischen Leistungen beträgt 2019 0,3 Konsultationen pro versicherte Person. Die Inanspruchnahme bezieht sich auf die Wohnbevölkerung des Kantons AR, also unabhängig davon, ob die Patientinnen und Patienten im Kanton (innerkantonal) oder in einem anderen Kanton (ausserkantonal) behandelt wurden. Die altersstandardisierte Rate liegt somit unter dem Schweizer Durchschnitt von 0,4 Konsultationen pro versicherte Person. Die Inanspruchnahme ist in den letzten Jahren sowohl im Kanton Appenzell Ausserrhoden wie auch in der Gesamtschweiz gestiegen.

G 34 Gynäkologie: Anzahl Leistungserbringer und Rate der Konsultationen, AR und CH, 2012–2019



Die Raten sind altersstandardisiert und beziehen sich auf die Wohnbevölkerung des Kantons AR. Die Anzahl Leistungserbringer bezieht sich auf Leistungserbringer mit einem Standort im Kanton AR.

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

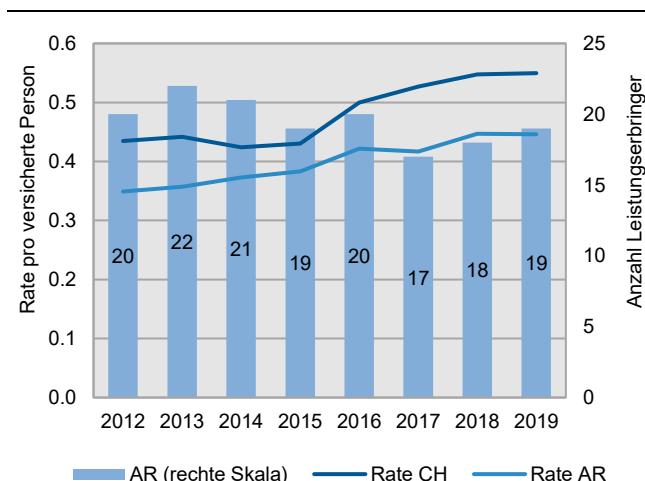
© Obsan 2021

Psychiatrie

Im Jahr 2019 sind im Kanton Appenzell Ausserrhoden 19 Psychiaterinnen und Psychiater tätig (inkl. Kinder- und Jugendpsychiater/innen). Die Zahl schwankt in den Vorjahren zwischen 17 und 22 (G 35).

Die Inanspruchnahme von psychiatrischen Leistungen beträgt 2019 im Kanton 0,4 Konsultationen pro versicherte Person. Die Inanspruchnahme bezieht sich auf die Wohnbevölkerung des Kantons AR, also unabhängig davon, ob die Patientinnen und Patienten im Kanton (innerkantonal) oder in einem anderen Kanton (ausserkantonal) behandelt wurden. Die altersstandardisierte Rate liegt somit unter dem Schweizer Durchschnitt von 0,5 Konsultationen pro versicherte Person. Die Inanspruchnahme ist in den letzten Jahren sowohl im Kanton wie auch auf gesamtschweizerischer Ebene gestiegen.

G 35 Psychiatrie: Anzahl Leistungserbringer und Rate der Konsultationen, AR und CH, 2012–2019



Die Raten sind altersstandardisiert und beziehen sich auf die Wohnbevölkerung des Kantons AR. Die Anzahl Leistungserbringer bezieht sich auf Leistungserbringer mit einem Standort im Kanton AR.

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

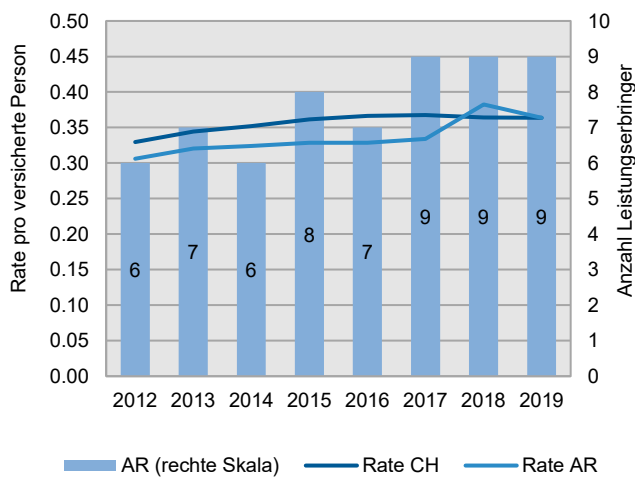
© Obsan 2021

Ophthalmologie

Im Jahr 2019 zählt der Kanton Appenzell Ausserrhoden 9 in der Ophthalmologie tätige Ärztinnen und Ärzte. Seit 2012 ist die Zahl der Leistungserbringer gestiegen (G 36).

Auf eine versicherte Person kommen 2019 durchschnittlich 0,4 Konsultationen – gleich viel wie in der Gesamtschweiz. Die Inanspruchnahme bezieht sich auf die Wohnbevölkerung des Kantons AR, also unabhängig davon, ob die Patientinnen und Patienten im Kanton (innerkantonal) oder in einem anderen Kanton (ausserkantonal) behandelt wurden. Die altersstandardisierte Rate ist in den letzten Jahren sowohl im Kanton Appenzell Ausserrhoden wie auch auf gesamtschweizerischer Ebene gestiegen.

G 36 Ophthalmologie: Anzahl Leistungserbringer und Rate der Konsultationen, AR und CH, 2012–2019



Die Raten sind altersstandardisiert und beziehen sich auf die Wohnbevölkerung des Kantons AR. Die Anzahl Leistungserbringer bezieht sich auf Leistungserbringer mit einem Standort im Kanton AR.

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

Ambulante zahnmedizinische Versorgung

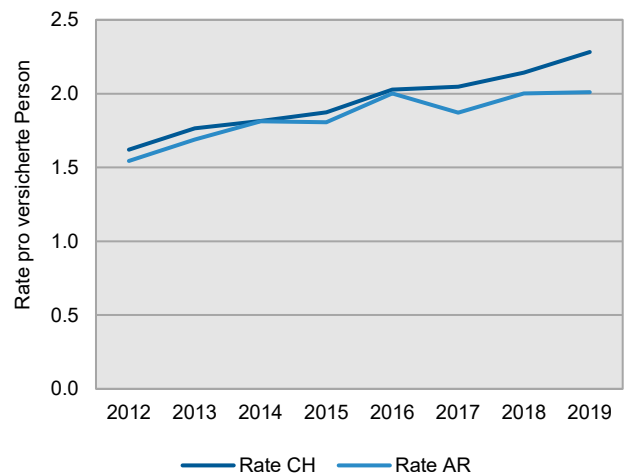
Die Zahnbehandlung ist nur in seltenen Fällen als KVG-Leistung anerkannt. Aus diesem Grund herrscht vollständige Freiheit bei der Wahl des zahnmedizinischen Leistungsanbieters. In Appenzell Ausserrhoden sind im Jahr 2020 total 90 Zahnärztinnen und Zahnärzte zugelassen, somit gleich viele wie im Jahr 2012.

Appenzell Ausserrhoden besitzt mit 1,6 Zahnärztinnen und Zahnärzten pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner eine hohe Zahnärztedichte. Der Schweizer Durchschnitt beträgt lediglich 0,5 Zahnärztinnen und Zahnärzte pro 1'000 Einwohnende (BFS, 2018). Ein Versorgungsproblem besteht somit nicht. Vielmehr decken die Ausserrhoder Zahnärztinnen und Zahnärzte auch Versorgungsbedürfnisse der umliegenden Kantone mit ab.

Spitalambulanter Bereich

Im Kanton Appenzell Ausserrhoden kommen 2019 auf eine versicherte Person durchschnittlich zwei Konsultationen im spitalambulantem Bereich. Die Inanspruchnahme ist in den letzten Jahren gestiegen (G 37): 2012 betrug die altersstandardisierte Rate 1,5 Konsultationen pro versicherte Person. Die Rate der spitalambulantem Konsultationen lag 2012 bis 2016 im Schweizer Durchschnitt, seit 2017 ist sie leicht tiefer.

G 37 Spitalambulanter Bereich: Anzahl Konsultationen pro versicherte Person, AR und CH, 2012–2019



Die Raten sind altersstandardisiert und beziehen sich auf die Wohnbevölkerung des Kantons AR.

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

© Obsan 2021

Weitere ambulante Leistungsangebote

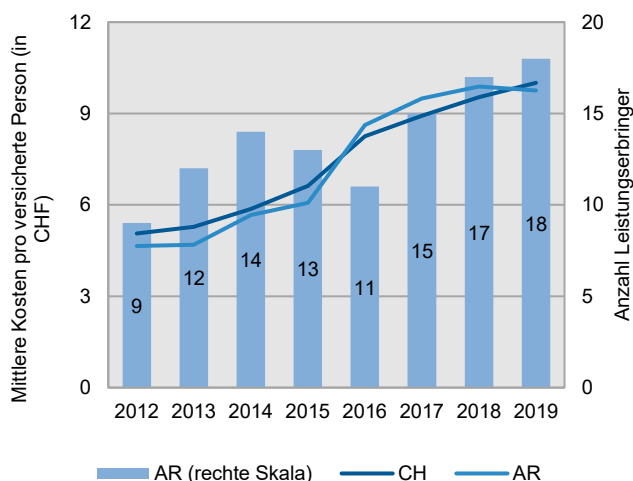
Im Folgenden wird auf weitere ambulante Leistungsangebote, die über die OKP finanziert werden, eingegangen. Hinweis: Das Pflegepersonal wird im Rahmen der Langzeitpflege und der Spitalversorgung thematisiert (siehe Abschnitte 6.2.2 und 6.3.3).

Hebammen

Im Jahr 2019 sind 18 Hebammen im Kanton Appenzell Ausserrhoden tätig. Die Anzahl Hebammen ist nach einem zwischenzeitlichen Rückgang seit 2016 wieder steigend.

Ein Anstieg ist ebenfalls bei der Inanspruchnahme und den Kosten zu verzeichnen. Die Geburten haben zwar zwischen 2012 und 2019 kaum zugenommen. Hingegen ist mit der Einführung der Fallpauschalen im Rahmen der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung 2012 auch bei den Geburten eine starke Reduktion der Aufenthaltsdauer im Spital beobachtbar. Dies führt zu einem erhöhten Bedarf der Nachversorgung im ambulanten Bereich – eine Entwicklung, die sich in der ganzen Schweiz zeigt. Entsprechend haben sich die über die OKP abgerechneten Leistungen der Hebammen im Kanton Appenzell Ausserrhoden seit 2012 verdoppelt, von rund 5 Franken auf 10 Franken pro versicherte Person (G 38).

G 38 Hebammen: Anzahl Leistungserbringer AR und mittlere Kosten (in CHF) pro versicherter Person für alle abgerechneten Leistungen, AR und CH, 2012–2019



Die mittleren Kosten entsprechen dem Mittelwert und beziehen sich auf die Wohnbevölkerung des Kantons AR.

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

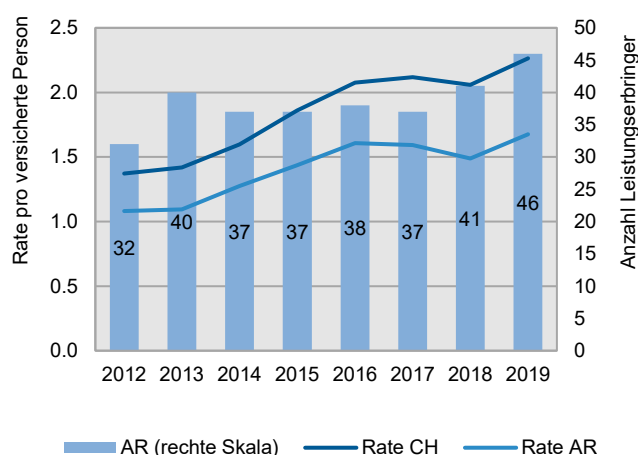
© Obsan 2021

Physiotherapie

Im Kanton Appenzell Ausserrhoden gibt es 2019 46 ambulant tätige Physiotherapeutinnen und -therapeuten. Der Zeitvergleich zeigt Schwankungen, aber auch hier ist seit 2017 ein relativ starker Anstieg der Anzahl Leistungserbringer zu erkennen (G 39).

Die Inanspruchnahme ist zwischen 2012 und 2016 deutlich gestiegen von 1,1 auf 1,7 Konsultationen pro versicherte Person. Die zeitliche Entwicklung verläuft ähnlich wie auf gesamtschweizerischer Ebene, allerdings auf einem deutlich tieferen Niveau.

G 39 Physiotherapie: Anzahl Leistungserbringer AR und Anzahl Konsultationen pro versicherte Person, AR und CH, 2012–2019



Die Raten sind altersstandardisiert und beziehen sich auf die Wohnbevölkerung des Kantons AR.

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

© Obsan 2021

Versorgung mit Medikamenten

Die Anzahl Apotheken, die Medikamente über die Versicherer abgerechnet haben, ist in den letzten Jahren konstant geblieben. So haben 2019 im Kanton Appenzell Ausserrhoden 7 Apotheken Medikamente abgerechnet. Zusätzlich haben die Praxisärzte im Kanton die Möglichkeit, selber Medikamente abzugeben (Selbstdispensation), so dass dadurch eine gute Versorgung mit Medikamenten im Kanton sichergestellt werden kann.

6.1.2 Pflegende Angehörige

Die pflegenden Angehörigen übernehmen einen sehr grossen, wenn nicht den grössten Anteil an Betreuung und Pflege von Menschen mit unterschiedlichstem Betreuungs- und Pflegebedarf: (Klein-) Kinderbetreuung, Pflege von Kindern mit besonderen Bedürfnissen, Pflege und Betreuung von Menschen mit Beeinträchtigung jeden Alters sowie insbesondere auch die Pflege von alten Menschen und solchen mit chronischen und mehrfachen Erkrankungen. Ihre Leistungen werden jedoch nirgends erfasst; die Bedeutung dieses privaten Pflegesektors kann also nur grundsätzlich gewürdigt und nicht quantitativ aufgezeigt werden.

Vor allem aufgrund der demografischen Entwicklung wird die Betreuung und Pflege kranker und alter Familienmitglieder durch Angehörige künftig noch wichtiger. Auf Angehörige, die kranke und pflegebedürftige Familienmitglieder betreuen, kann unter dem Aspekt einer nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitssystems schlicht nicht verzichtet werden (Bundesrat, 2014).

Auf Bundesebene trat Anfang dieses Jahres (2021) das neue Bundesgesetz über die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung in Kraft. Dieses Gesetz verbessert unter anderem die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung. Eltern haben dadurch neu die Möglichkeit, für die Pflege eines schwer kranken oder verunfallten Kindes einen 14-wöchigen Betreuungsurlaub zu beziehen. Ausserdem besteht neu die Möglichkeit, bis zu zehn Tagen pro Jahr (maximal drei Tage pro Ereignis) zur Pflege und Betreuung von Angehörigen bezahlt frei zu nehmen. Dies ist eine wichtige und richtige Entwicklung.

Auch in Appenzell Ausserrhoden spielen Angehörige eine äusserst wichtige Rolle in der Betreuung von pflegebedürftigen Menschen. Das Familienmonitoring Appenzell Ausserrhoden (2018) hat ergeben, dass 59 % der Personen, welche ältere und/oder kranke Angehörige pflegen, erwerbstätig sind. Von den erwerbstätigen pflegenden Angehörigen haben 44 % einen Beschäftigungsgrad von 90 % und mehr. Bei Personen, die Angehörige im eigenen Haushalt pflegen, ist die Intensität der Pflegeleistungen hoch: 54 % erbringen mehrmals pro Tag und 25 % einmal täglich Hilfeleistungen.

Dies führt vielfach zu einer grossen Belastung für die betroffenen pflegenden Angehörigen. Der Spagat zwischen Erwerbsleben, der Pflege von Angehörigen – allenfalls noch zusätzlich die Betreuung eigener Kinder – und der nötigen Erholung und Freizeit ist eine grosse Herausforderung. Es gibt verschiedene Hinweise auf eine Überforderung der Betroffenen. Diese erkennen die Zeichen der Überforderung zu spät oder öfters gar nicht.

Das Familienmonitoring (2018) empfiehlt daher auch, die Rahmenbedingungen für pflegende Angehörige in Appenzell Ausserrhoden weiter zu verbessern. Die Umfrageergebnisse aus dem Monitoring zeigen zudem, dass ein Bedarf nach fachlicher Unterstützung bei den pflegenden Angehörigen besteht.

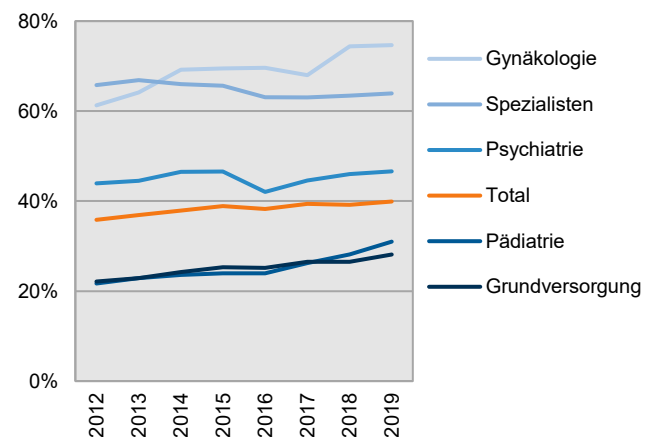
In einem Massnahmenplan zum Familienmonitoring Appenzell Ausserrhoden, welcher insgesamt vier Handlungsfelder umfasst, soll im Handlungsfeld 4 „Beratung und Unterstützung“ konkret auf diese Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen eingegangen werden. Es soll das entsprechende Beratungsangebot für pflegende Angehörige bereitgestellt/ausgebaut werden, wobei sichergestellt werden muss, dass das Angebot ausreichend bekannt ist und die Zielgruppe damit erreicht werden kann.

6.1.3 Patientenflüsse

Die nächsten drei Grafiken (G 40–G 42) zeigen die Patientenflüsse in der ambulanten medizinischen Versorgung für die Grundversorgung, Pädiatrie, Gynäkologie, Psychiatrie und für die ambulante Spitalversorgung. Dafür wurden die Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinen Inneren Medizin und die praktischen Ärztinnen und Ärzte zur „Grundversorgung“ zusammengefasst.

Der Grafik G 40 ist der Anteil der ausserkantonalen Konsultationen von in Appenzell Ausserrhoden versicherten Personen zwischen 2012 und 2019 zu entnehmen (Outflow). Die Anteile sind in allen untersuchten Fachgebieten gestiegen, d. h. die Ausserrhoder Bevölkerung nimmt vermehrt Leistungen von Praxen in anderen Kantonen in Anspruch (vorwiegend im Kanton St.Gallen). Einzige Ausnahme ist das Fachgebiet der Psychiatrie.

G 40 Outflow: Anteil ausserkantonomer Konsultationen (in Prozent) von in Appenzell Ausserrhoden versicherten Personen, 2012–2019



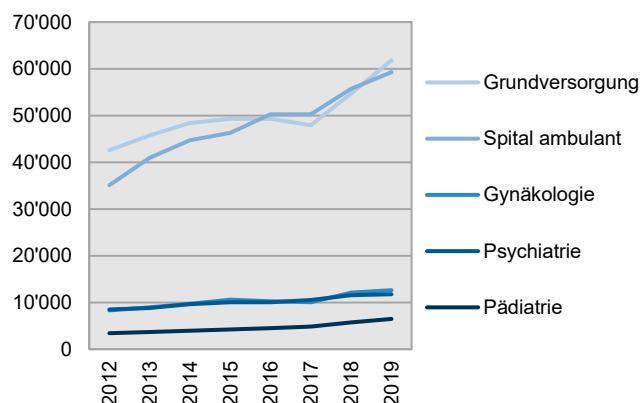
Grundversorgung (Allgemeine Innere Medizin) beinhaltet auch Grundleistungen, die in Gruppenpraxen, sowie durch praktische Ärzte/Ärztinnen erbracht wurden.

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

© Obsan 2021

Die höchste ausserkantonale Inanspruchnahme weist der Bereich Gynäkologie auf: Drei Viertel (74,7 %) der Konsultationen erfolgen 2019 nicht im Kanton selber. In der Psychiatrie sind es fast die Hälfte (46,6 %), in der Pädiatrie knapp ein Drittel (31,0 %), in der Grundversorgung 28,1 %. Bei den spitalambulanten Leistungen handelt es sich bei über der Hälfte (51,8 %) um ausserkantonale Konsultationen. Die Anzahl der ausserkantonomer Konsultationen (in absoluten Zahlen) betreffen vornehmlich die Grundversorgung und den spitalambulanten Bereich: In der Grundversorgung sind diese zwischen 2012 und 2019 von 42'580 auf 61'786, im spitalambulanten Bereich von 35'092 auf 59'280 Konsultationen angestiegen (G 41).

G 41 Outflow: Anzahl ausserkantonaler Konsultationen von in Appenzell Ausserrhoden versicherten Personen, 2012–2019



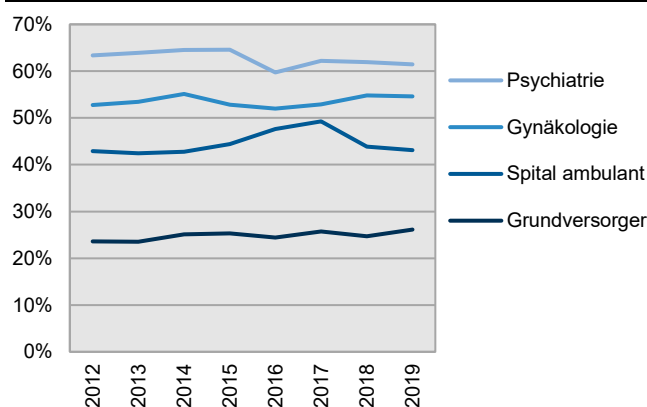
Grundversorgung (Allgemeine Innere Medizin) beinhaltet Grundleistungen, die in Gruppenpraxen, sowie durch praktische Ärzte/Ärztinnen erbracht wurden.

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

© Obsan 2021

Gibt es aber auch versicherte Personen aus anderen Kantonen, die Praxen im Kanton Appenzell Ausserrhoden aufsuchen? Und wie hat sich das in den letzten Jahren entwickelt? Darüber gibt Grafik G 42 Auskunft: Sie zeigt den Anteil Konsultationen von ausserkantonaler versicherten Personen am Total der in Appenzell Ausserrhoden erbrachten Konsultationen. Konsultationen in einer Praxis in Appenzell Ausserrhoden durch ausserkantonale Personen sind in der Grundversorgung am tiefsten; sie machen etwa einen Viertel (2019: 26,1 %) aus. In gynäkologischen Praxen beläuft sich der Anteil 2019 auf (55,1 %), in psychiatrischen Praxen (61,1 %). Die Anteile sind – abgesehen von Schwankungen – über die letzten Jahre relativ stabil geblieben.

G 42 Inflow: Anteil der Konsultationen (in Prozent) von ausserkantonaler versicherten Personen bei Leistungserbringern im Kanton AR, 2012–2019



Die Pädiatrie kann aus Datenschutzgründen nicht abgebildet werden, da weniger als 6 Leistungserbringer betroffen sind.

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

© Obsan 2021

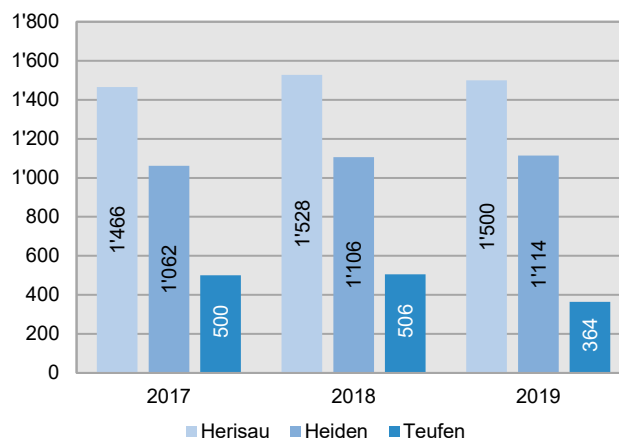
6.1.4 Notfallversorgung

Rettungsdienste

Die Rettungsdienste des Spitalverbundes Appenzell Ausserrhoden leisten im Jahr 2019 rund 3'000 Einsätze. Die meisten Einsätze verzeichnet die Region Herisau (1'500), gefolgt von Heiden (1'114) und Teufen (364) (G 43).

Die Anzahl Einsätze der Rettungsdienste ist zwischen 2017 und 2019 relativ stabil geblieben mit der Ausnahme der Region Teufen. Dort werden 2019 rund 30 % weniger Einsätze gezählt als 2018.

G 43 Anzahl Einsätze des Rettungsdienstes des Spitalverbundes Appenzell Ausserrhoden, 2017–2019



Quelle: Sanostat Statistik

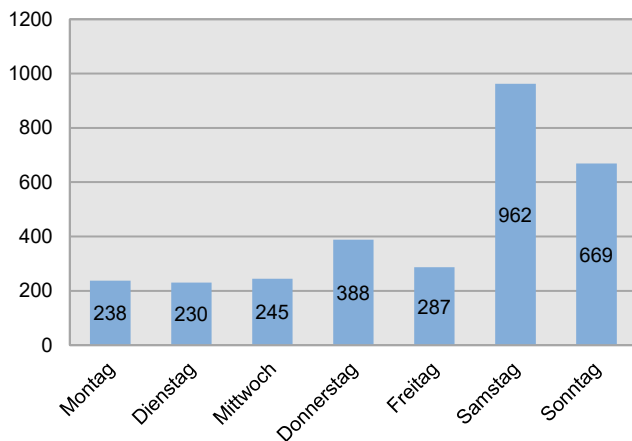
© Obsan 2021

Triagestelle (Ärztefon)

Seit über 10 Jahren gibt es im Kanton Appenzell Ausserrhoden das „Ärztefon“, eine telefonische Triagestelle für ambulante medizinische Notfälle. Der Dienst steht der Ausserrhoder Bevölkerung an 365 Tagen im Jahr und während 24 Stunden am Tag zur Verfügung. Die Triagestelle überweist die Patientinnen und Patienten an die Ärztinnen und Ärzte, die Notfalldienst leisten (meist Hausärztinnen und Hausärzte).

Wie aus Grafik G 44 hervorgeht, gehen die meisten Anrufe am Wochenende ein. Auch der Donnerstag verzeichnet etwas mehr Anrufe – möglicherweise, weil immer noch viele Arztpraxen am Donnerstagnachmittag geschlossen haben.

G 44 Anzahl Triagestelle-Anrufe nach Wochentag, AR, 2019

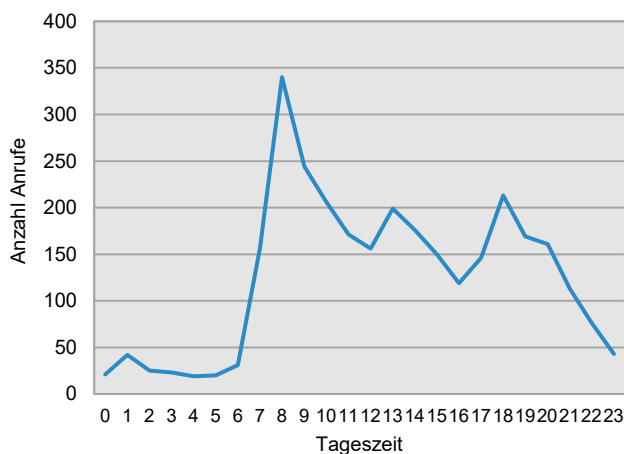


Quelle: Triagestelle

© Obsan 2021

Die Analyse nach Tageszeit zeigt, dass ab 6 Uhr die Anzahl Anrufe langsam zunimmt und um 8 Uhr den Höchstwert erreicht mit durchschnittlich rund 350 Anrufen pro Stunde. Danach sinkt die Anzahl Anrufe wieder bis 23 Uhr langsam auf unter 50 Anrufe pro Stunde, wobei um die Mittagszeit wie auch am Abend um 18 Uhr nochmals Anstiege auf etwa 200 Anrufe zu erkennen sind (G 45).

G 45 Anzahl Triagestelle-Anrufe nach Tageszeit, AR, 2019



Quelle: Triagestelle

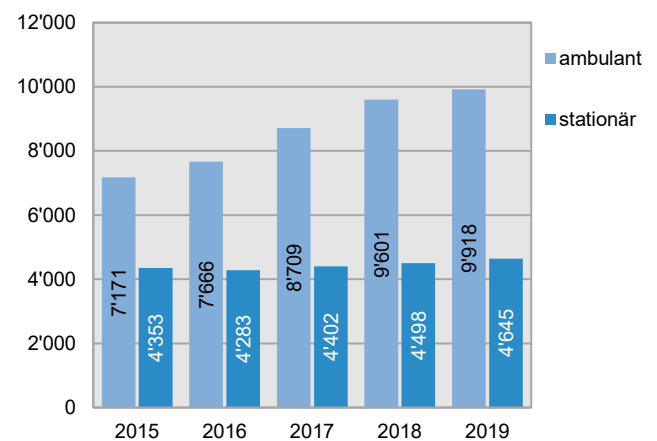
© Obsan 2021

Notfallstationen der Spitäler

Die Notfallstationen der Spitäler im Kanton Appenzell Ausserrhoden sind rund um die Uhr geöffnet und zeichnen sich durch einen niederschweligen Zugang aus. In der Schweiz wie auch in anderen westlichen Ländern wurde in den vergangenen Jahren ein Anstieg der Konsultationen in Notfallstationen verzeichnet.

Dieser Anstieg ist auch für Appenzell Ausserrhoden (G 46) ersichtlich: Die Zahl der Konsultationen in einer Notfallstation ist zwischen 2015 und 2019 von gut 11'500 auf 14'500 gestiegen, was einer Zunahme von +26 % entspricht. Dieser Anstieg geht vor allem auf ambulant behandelte Personen zurück, die Zahl der anschliessend stationär behandelten Personen hat dagegen nur leicht zugenommen.

G 46 Anzahl Notfälle im Spital, AR, 2015–2019

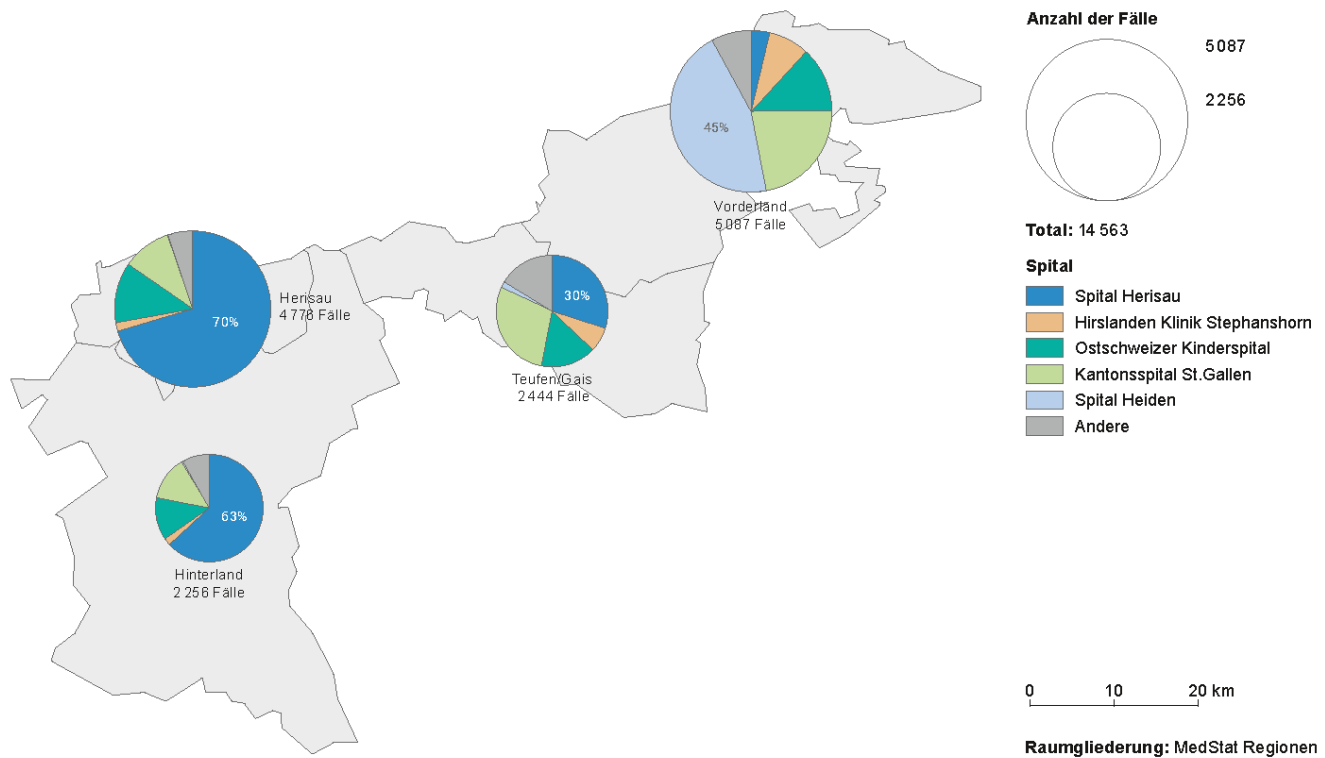


Quelle: BFS – MS, PSA / Analyse Obsan

© Obsan 2021

Die Karte G 47 zeigt für die einzelnen Versorgungsregionen, in welchem Spital die Notfallversorgung erfolgt. Insgesamt wurden 2019 9'918 Notfälle ambulant und 4'645 Notfälle stationär verzeichnet. Von den 4'776 Notfällen aus der Region Herisau wurden rund 70 % im Spital Herisau versorgt. Von den 5'087 Notfällen von Patientinnen und Patienten aus dem Vorderland wurden 45 % im Spital Heiden versorgt und 8 % in der Klinik Stephanshorn. Insgesamt wurden im Vorderland also 53 % der Notfälle in der eigenen Region behandelt. Bei weiteren 32 % erfolgte die Behandlung im Kantonsspital St.Gallen oder im Ostschweizer Kinderspital. Die Notfälle der Region Hinterland wurden zu 63% dem Spital Herisau zugewiesen, während aus der Region Teufen/Gais ein Anteil von 30 % dem Spital Herisau und derselbe Anteil dem Kantonsspital St.Gallen zugewiesen wurden. Insgesamt wurden 60 % der Notfälle in Spitälern des Kantons versorgt.

G 47 Spitaldestinationen der Bevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden bei Notfällen (ambulant und stationär), Anteile der Fälle nach Spital und pro Region, 2019



Quelle: BFS – MS, PSA / Analysen Obsan

© Obsan 2021

6.1.5 Herausforderungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung



Im letzten Gesundheitsbericht des Kantons Appenzell Ausserrhoden wurde ein Hausärztemangel befürchtet, was jedoch gegenwärtig nicht beobachtet wird. Die Zahl der Hausärztinnen und Hausärzte (medizinische Grundversorgung) blieb auf kantonaler Ebene konstant oder ist gar etwas gestiegen. Der Trend zur Teilzeitarbeit macht aber auch bei den Hausärztinnen und Hausärzten nicht Halt und insbesondere junge Ärztinnen und Ärzte schliessen sich vermehrt einer Gruppenpraxis an. Auch ist es nicht ausgeschlossen, dass sich in Zukunft das Angebot an Hausärztinnen und Hausärzten auf einzelne Regionen konzentrieren und dies in anderen Regionen in den nächsten Jahren zu einem Mangel führen könnte. Durch die KVG-Revision zur Zulassung von Leistungserbringern hat das Thema der Zulassungssteuerung in der ambulanten Versorgung zusätzlich an Bedeutung gewonnen. Entsprechend empfiehlt es sich, dass der Kanton in den nächsten Jahren die Entwicklung beobachtet, um rechtzeitig handeln zu können. Ziel muss es sein, die Versorgung im (medizinischen) ambulanten Bereich sicherzustellen und gleichzeitig eine Überversorgung, insbesondere in spezialisierten Fachbereichen, zu verhindern.

Beim Notfalldienst ist der Kanton Appenzell Ausserrhoden gut ausgestattet und verfügt über eine bewährte Einrichtung in der Notfallstation des Spitals Herisau. Hier befindet sich eine hausärztliche Notfallpraxis (ANOS) der Appenzellischen Ärztegesellschaft. Hausärztinnen und Hausärzte bieten täglich (von 17.00–22.00 Uhr) in diesen Räumlichkeiten ihren Notfalldienst an. Zudem hat der Kanton mittels eines Leistungsauftrags den Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden mit dem Betrieb einer Triagestelle für den einfachen und raschen Zugang zur ärztlichen Versorgung im Notfall beauftragt. Die Bevölkerung erhält so via eine entsprechende Notfallnummer kostenlose medizinische Beratung und gegebenenfalls eine Vermittlung an den Notfalldienstarzt oder an die Notfalldienstärztin.

Die spitalambulante Versorgung hat schweizweit in den letzten Jahren stark zugenommen. Dieser Trend zeigt sich ebenfalls im Kanton Appenzell Ausserrhoden. Auch ist im Kanton die seit dem 1. Januar 2019 gültige Regelung „ambulant vor stationär“, gemäss Art. 3c der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV, SR 832.112.31), in Kraft. Diese Regelung beinhaltet eine Liste von grundsätzlich ambulant durchzuführenden elektiven, also nicht dringlichen, Eingriffen. Sie soll die ambulante Leistungserbringung fördern, wo sie medizinisch sinnvoll, patientengerecht und ressourcenschonend ist. Von Seiten der Spitäler wird jedoch diesbezüglich die Untertarifierung ins Spiel gebracht: Weil die Tarife im ambulanten Bereich die Kosten nicht decken, behindert dies aus Sicht der Spitäler die positive Entwicklung von „stationär zu ambulant“.

Die unterschiedliche Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen führen teilweise ebenfalls zu Fehlanreizen; zum Beispiel haben die Versicherer nur bedingt einen Anreiz, die Verlagerung von stationär zu ambulant zu fördern, solange diese nicht ebenfalls von der öffentlichen Hand mitgetragen wird. Umgekehrt haben die Kantone ein finanzpolitisches Interesse, mehr ambulante Eingriffe weiter zu fördern, da dadurch der kantonale Anteil an den stationären Leistungen sinkt. Die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) kann diesem Fehlanreiz entgegenwirken. Die Leistungsfähigkeit und Effizienz der Gesundheitsversorgung kann insbesondere dann erhöht werden, wenn sich die einheitliche Finanzierung über die ganze Versorgungskette erstreckt. Mit Blick auf den demografischen Wandel und auf die Entwicklung „ambulant vor stationär“ auch in der Langzeitpflege ist der Einbezug der Pflege in EFAS aus Sicht der Kantone wichtig. Die Implikationen auf die Gesamtversorgung sollten daher weiterhin und gerade auch in Bezug auf die Integrierte Versorgung analysiert werden, um allenfalls steuernd eingreifen zu können.

Ein grosses Problem bei der Beurteilung der Versorgungssituation im ambulanten Bereich sind auch heute noch die ungenügenden Datengrundlagen. Entsprechend konnten die Anteile der Teilzeit- und Vollzeitstellen der Berufsgruppen nicht abgebildet werden, was hinsichtlich einer Kapazitätsplanung der zur Verfügung stehenden Ressourcen unabdingbar wäre. Auch die Strukturdaten der Arztpraxen und der ambulanten Zentren (MAS-Statistik) des Bundesamtes für Statistik (BFS) sind für diese Auswertung noch nicht in einer ausreichenden Qualität vorhanden. Ebenso ist die Datenlage bei den Psychotherapeuten sehr lückenhaft. Auch hier wäre eine bessere Datenlage wünschenswert.

6.2 Spitalversorgung

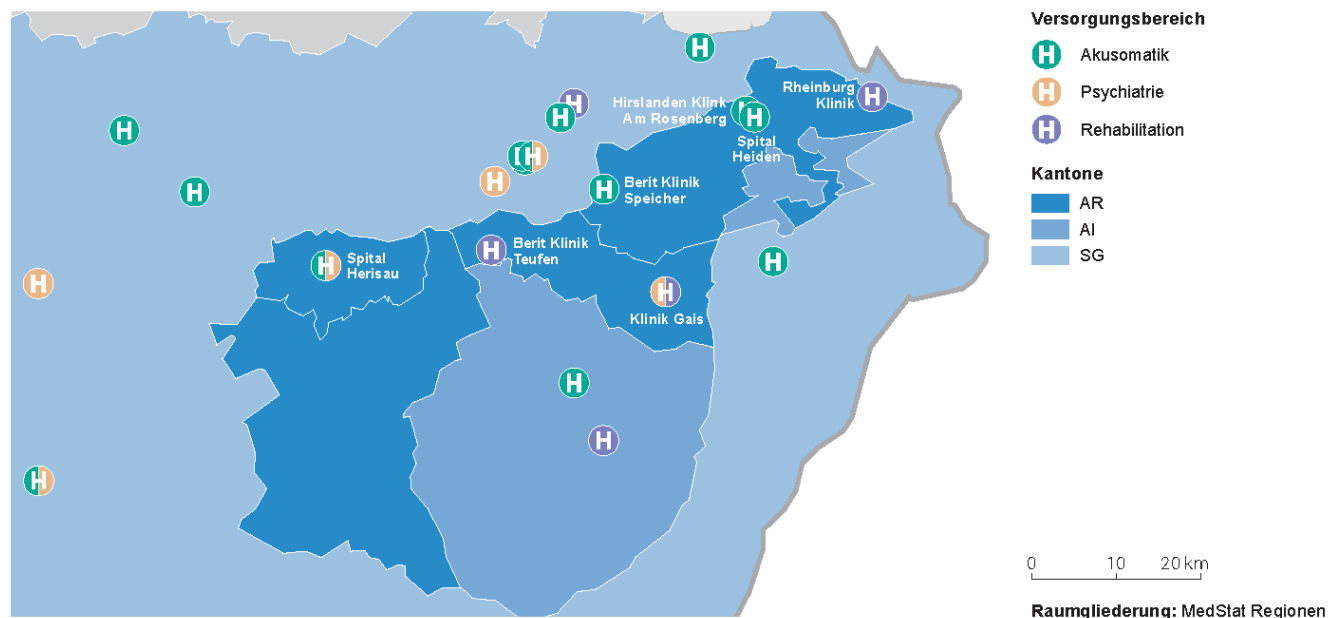
6.2.1 Angebotsstrukturen der Spitäler

Der Kanton Appenzell Ausserrhoden verfügt über vier akutsomatische Spitalstandorte, wovon zwei (in Herisau und Heiden) dem Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden angehören. Zu den akutsomatischen Standorten kommen zwei psychiatrische Kliniken und drei Rehabilitationskliniken hinzu.

Die Grafik G 48 zeigt die Verteilung der Spitalstandorte nach Kliniktyp im Kanton Appenzell Ausserrhoden, ebenso wie in der Umgebung des Kantons.

Das stationäre Angebot kann auch in Form von Bettendichten abgebildet werden. Üblicherweise werden hierfür die belegten Spitalbetten ausgewiesen (Anzahl der Pflgetage dividiert durch 365). Die Grafik G 49 zeigt die Rate einmal indexiert auf den Schweizer Mittelwert (linke Skalierung) und einmal die absoluten Raten pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Der Indexierte Wert zeigt, dass im Kanton Appenzell Ausserrhoden in allen drei Versorgungsbereichen (Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation) ein überdurchschnittlich hohes Angebot vorhanden ist: im akutsomatischen Bereich ist das Angebot 1,4-mal, in der Psychiatrie 2,7-mal und in der Rehabilitation 3,8-mal so hoch wie im Schweizer Mittel. In keinem anderen Ostschweizer Kanton liegt ein entsprechend hohes Angebot vor.

G 48 Spitalstandorte in der Ostschweiz, 2019

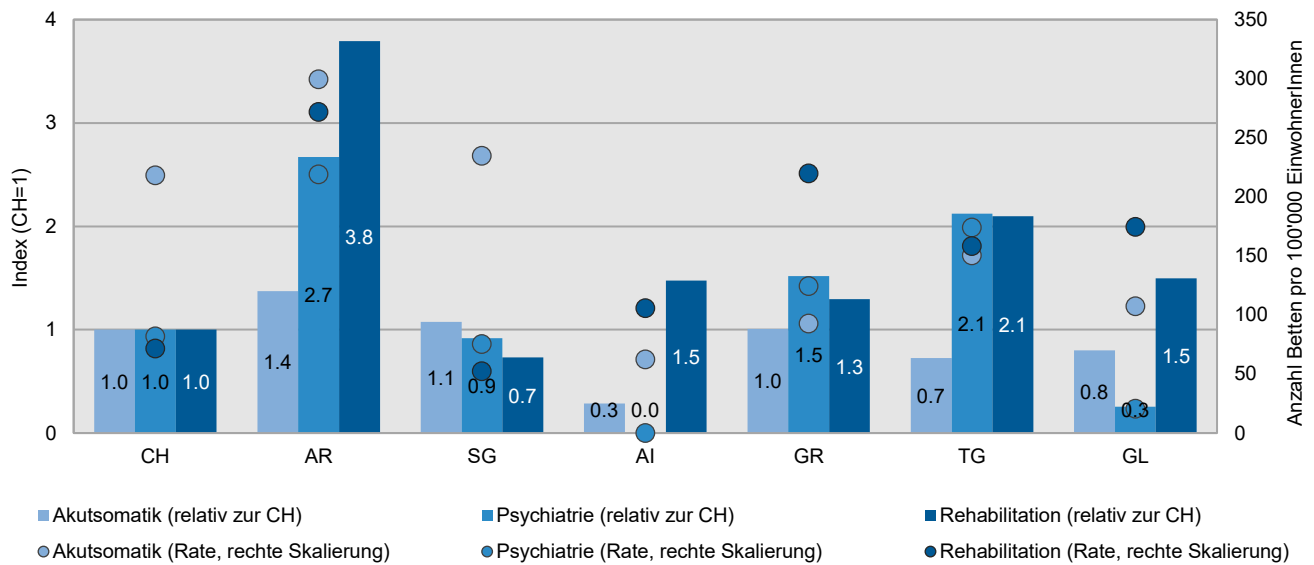


Quelle: BFS – MS, KS; Obsan – ObsanSite / Analyse Obsan

© Obsan 2021

G 49 Index der belegten Spitalbetten der Ostschweizer Kantone im Vergleich mit der Schweiz

(Schweiz = 1; linke Skala) und Anzahl Betten pro 100'000 Einwohner/innen (rechte Skala), Kantone und Schweiz, 2019



Quelle: BFS – MS, KS; Obsan – ObsanSite / Analyse Obsan

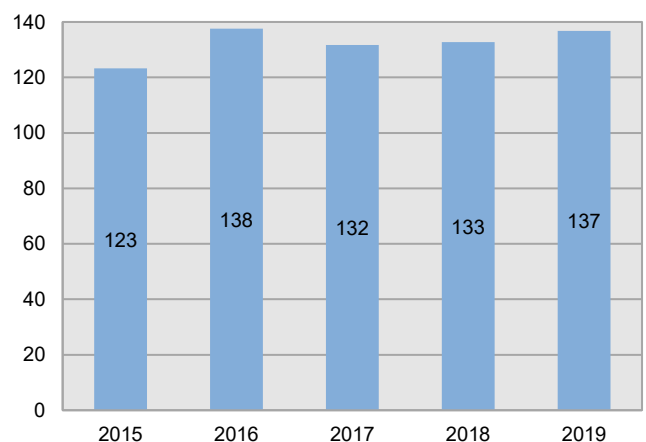
© Obsan 2021

6.2.2 Spitalpersonal

Ärztliches Personal

Die Spitäler im Kanton Appenzell Ausserrhoden weisen insgesamt 136 Vollzeitäquivalente an ärztlichem Personal aus (G 50). Darin sind die Tätigkeiten der Belegärztinnen und -ärzte nicht enthalten. Die Anzahl Vollzeitstellen ist in den letzten Jahren konstant geblieben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass in den letzten Jahren zwar die Inanspruchnahme im stationären Bereich konstant geblieben ist, hingegen die Konsultationen im ambulanten Spitalbereich zugenommen haben. Das heisst, dass das Leistungsvolumen insgesamt grösser geworden ist, während die Personalressourcen beim ärztlichen Personal konstant geblieben sind.

G 50 Ärztliches Personal: Anzahl Vollzeitäquivalente in Spitälern, Appenzell Ausserrhoden, 2015–2019



Quelle: BFS – KS / Analyse Obsan

© Obsan 2021

Pflegepersonal

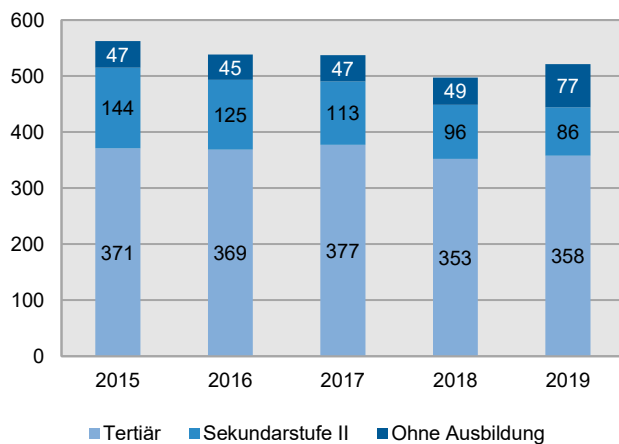
Die Anzahl Vollzeitstellen beim Pflegepersonal in den Spitälern ist bei den Pflegefachkräften (Tertiärstufe) seit einigen Jahren konstant, 2019 sind in den Spitälern im Kanton Appenzell Ausserrhoden rund 360 Vollzeitstellen von Pflegefachkräften besetzt (G 51). Beim Pflegepersonal auf Sekundarstufe II und beim Pflegepersonal ohne Ausbildung sieht die Situation etwas anders aus:

- die Rate des Pflegepersonals auf Sekundarstufe II (z. B. FAGE) liegt heute bei 1,5 Stellen pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner, während sie 2015 noch bei 2,6 lag. Im

schweizerischen Schnitt liegt diese Rate bei rund 1,7 Stellen pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner mit einer leicht steigenden Tendenz.

- die Rate des Pflegepersonals ohne formalen Bildungsabschluss (z. B. SRK-Kurs) ist im letzten Jahr gestiegen von 0,8 auf 1,4 Stellen pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Diese Rate liegt doppelt so hoch wie das Schweizer Mittel. 2019 sind 77 Stellen von Personen besetzt, die keinen formalen Abschluss aufweisen, im Vergleich dazu waren es 2018 rund 49 Stellen.

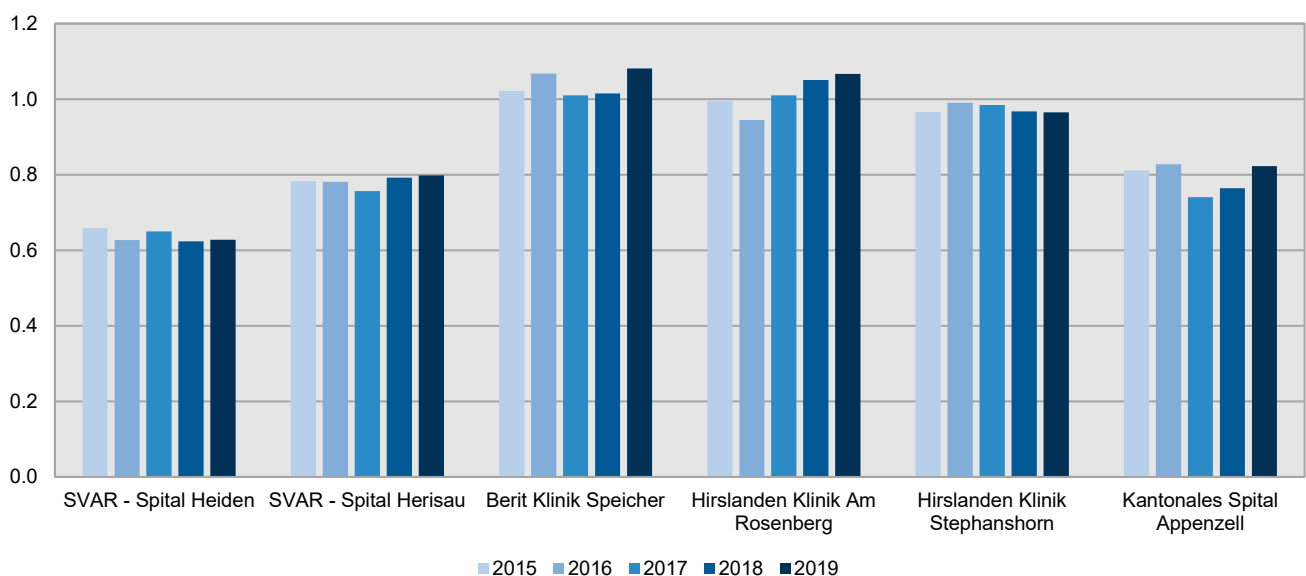
G 51 Pflegepersonal: Anzahl Vollzeitäquivalente in Spitälern, nach Bildungsniveau, AR, 2015–2019



Quelle: BFS – KS / Analyse Obsan

© Obsan 2021

G 52 Case Mix Index (netto) nach Spital, 2015–2019



Quelle: BFS – MS; Analyse Obsan

© Obsan 2021

Ebenso wie die Ärztinnen und Ärzten sind die Pflegenden von einer zunehmenden Inanspruchnahme betroffen. Dabei entwickeln sich die Personalressourcen nicht entsprechend. Insgesamt zeigt sich eine tendenziell sinkende Zahl an Vollzeitstellen beim Pflegepersonal sowie eine Verlagerung von der Sekundarstufe II zum nicht-ausgebildeten Personal (G 50).

6.2.3 Stationäre Versorgung – Akutsomatik

Der Kanton Appenzell verfügt über 3 akutsomatische Spitäler an 4 Standorten. Die grösste Klinik bildet der Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (SVAR) mit den Standorten Herisau (4'847 Fälle) und Heiden (2'407 Fälle), der Berit Klinik Speicher (4'419 Fälle) und der Hirsländen Klinik Am Rosenberg (2'578 Fälle).

Der Case Mix Index (netto)³ in den beiden SVAR Standorten liegt deutlich tiefer als die übrigen Spitäler im Kanton, ist hingegen vergleichbar mit dem Spital Appenzell Innerrhoden. Im Vergleich dazu liegt der Case Mix Index im Kantonsspital St.Gallen als Zentrumsversorgung bei 1,3 deutlich höher als alle übrigen Spitäler in dieser Region (G 52).

³ Der Case Mix beschreibt den gesamten Schweregrad der abgerechneten Behandlungsfälle eines Spitals. Er ergibt sich aus der Summe der Kostengewichte der Fälle eines Spitals. Dividiert man

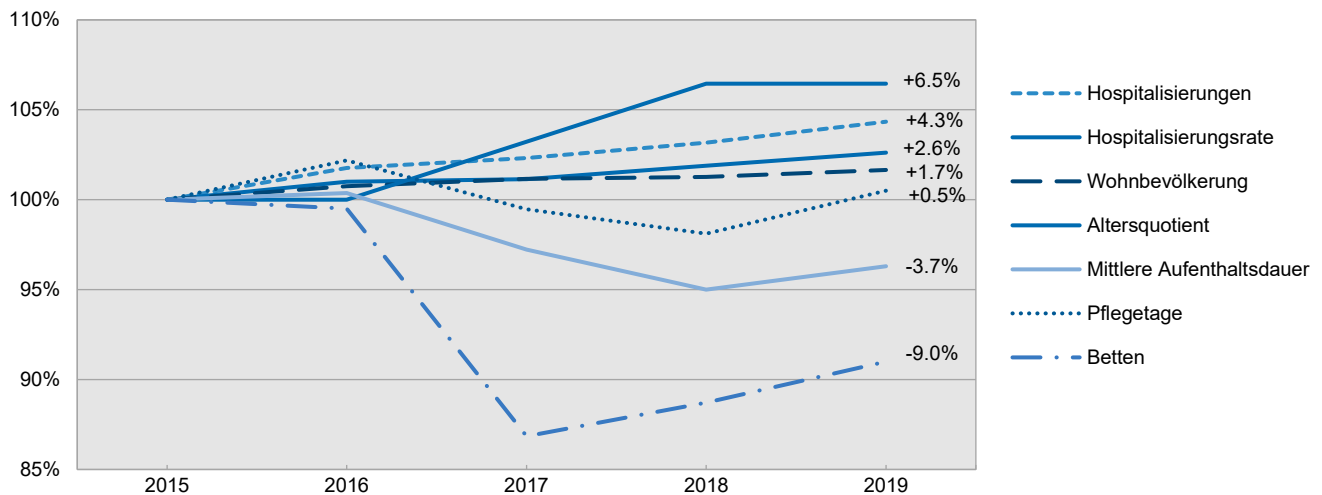
den Case Mix durch die Anzahl Fälle, erhält man den Case Mix Index, d. h. den durchschnittlichen Schweregrad eines Spitals.

Grafik G 53 zeigt einleitend einige übergeordnete Indikatoren zur akutstationären Versorgungssituation im Kanton Appenzell Ausserrhoden. Zwischen 2015 und 2019 steigt die Zahl der akutsomatischen Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Appenzell Ausserrhoden von 8'786 auf 9'167, was einer Zunahme der akutstationären Inanspruchnahme von +4,3 % entspricht. Dies kommt einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von +1,1 % gleich (CAGR, Compound Annual Growth Rate). Diese Zunahme ist grösser, als durch das Bevölkerungswachstum alleine erklärt werden könnte, denn die ständige Wohnbevölkerung im Kanton Appenzell Ausserrhoden wächst im gesamten Analysezeitraum lediglich um +1,7 %. Ein Faktor, welcher das überproportionale Wachstum der Inanspruchnahme zumindest teilweise erklärt, ist die demografische Struktur der Bevölkerung. Der Altersquotient beschreibt das Verhältnis der 65-Jährigen und Älteren zu den 20-

bis 64-jährigen Personen, d. h. das Verhältnis der Anzahl Menschen in einem Alter, in dem man im Allgemeinen nicht mehr erwerbstätig ist, zur Anzahl der Personen im erwerbsfähigen Alter. Zwischen 2015 und 2019 steigt der Altersquotient im Kanton Appenzell Ausserrhoden von 31 % auf 33 % (+6,5 %). Weil die Hospitalisierungsrate bei älteren Personen höher liegt, kann die demografische Alterung den überproportionalen Anstieg der Fälle zumindest teilweise erklären.

Im Gegensatz zu den akutsomatischen Hospitalisierungen bleibt die Zahl der Pflgetage von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden konstant (+0,5 %). Bedingt wird dies durch die sinkenden Aufenthaltsdauern im selben Zeitraum. Zwischen 2015 und 2019 sinkt die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden von 5,4 auf 5,2 Tage (-3,7 %). Gleichzeitig reduziert sich auch die Zahl der akutstationären Spitalbetten im Kanton um -9,0 %.

G 53 Stationäre Akutsomatik – Globale Indikatoren zur Versorgungssituation, AR, 2015–2019

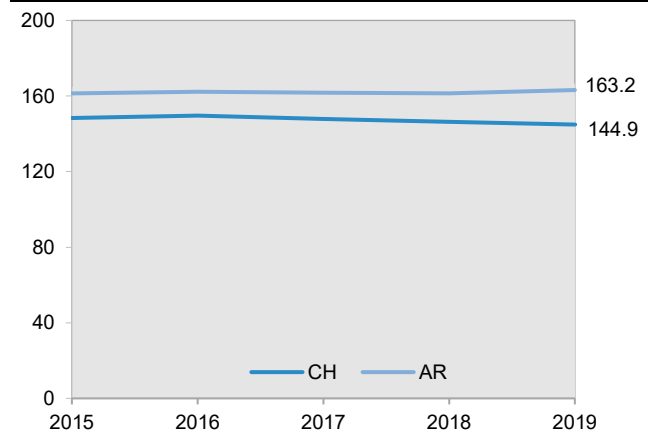


Quelle: BFS – MS, KS, STATPOP / Analyse Obsan

© Obsan 2021

Grafik G 54 zeigt die standardisierte Hospitalisierungsrate für den Kanton Appenzell Ausserrhoden im Vergleich zur gesamtschweizerischen Rate. Mithilfe der Standardisierung nach Alter und Geschlecht können die Hospitalisierungsraten miteinander verglichen werden, ohne dass allfällige Unterschiede durch eine unterschiedliche Bevölkerungsstruktur einen Einfluss haben. Im Jahr 2019 verzeichnet die Medizinische Statistik 163 Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Appenzell Ausserrhoden pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner, während die Schweizer Rate bei 145 liegt. Die Rate des Kantons Appenzell Ausserrhoden ist im gesamten Analysezeitraum höher als die gesamtschweizerische Rate.

G 54 Hospitalisierungsrate, pro 1'000 Einwohner/innen (standardisiert), AR und CH, 2015–2019



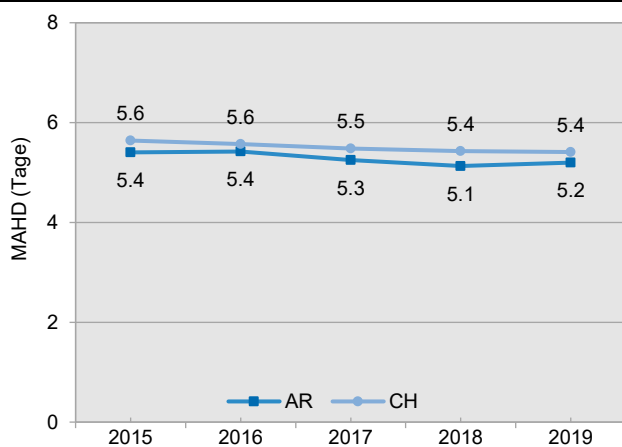
Quelle: BFS – MS, STATPOP / Analyse Obsan

© Obsan 2021

Aufenthaltsdauer

Die Verkürzung der Aufenthaltsdauer in Appenzell Ausserrhoden folgt einem gesamtschweizerischen Trend. Allerdings ist die mittlere Aufenthaltsdauer in der Schweiz von 2018 auf 2019 konstant geblieben. Im Kanton Appenzell Ausserrhoden ist 2019 gar eine leichte Zunahme von 5,1 auf 5,2 Tage zu verzeichnen (G 55). Ein Grund hierfür liegt in der Verlagerung der stationären Versorgung in den ambulanten Bereich. Das führt dazu, dass die sehr kurzen Spitalaufenthalte wegfallen und daraus folgt eine Zunahme der durchschnittlichen Aufenthaltsdauern.

G 55 Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) Akutsomatik, AR und CH, 2015–2019



Quelle: BFS – MS / Analyse Obsan

© Obsan 2021

Inanspruchnahme

Bei der Analyse der Inanspruchnahme liegt der Fokus auf der Perspektive der kantonalen Wohnbevölkerung. In diesem Abschnitt wird demnach die Nachfrage akutstationärer Leistungen durch Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden analysiert, ungeachtet dessen, in welchem Spital oder in welchem Kanton die betreffenden Hospitalisierungen erfolgten. In Tabelle T 1 ist die Entwicklung der akutstationären Inanspruchnahme durch die Wohnbevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden nach Spitalplanungs-Leistungsbereich (SPLB) dargestellt. Wie bereits im vorherigen Abschnitt erwähnt, stieg die Zahl der Hospitalisierungen um durchschnittlich 1,1 % jährlich. Eine Zunahme von durchschnittlich mehr als 10 % pro Jahr ist in den SPLB Schwere Verletzungen (+30,2 %), Transplantationen (+18,9 %) und Neurochirurgie (+15,8 %) zu sehen. Die grössten Zunahmen verzeichnen damit zwei sehr kleine Leistungsbereiche. Deren Resultate sind aufgrund der kleinen Fallzahlen wenig aussagekräftig. Teilweise können grössere Veränderungen auch auf Anpassungen in der Leistungsgruppensystematik zurückgeführt werden. So war beispielsweise der SPLB Neurochirurgie von diversen Anpassungen betroffen.

T 1 Anzahl Hospitalisierungen der kantonalen Wohnbevölkerung nach Spitalplanungs-Leistungsbereich (SPLB), AR, 2015–2019

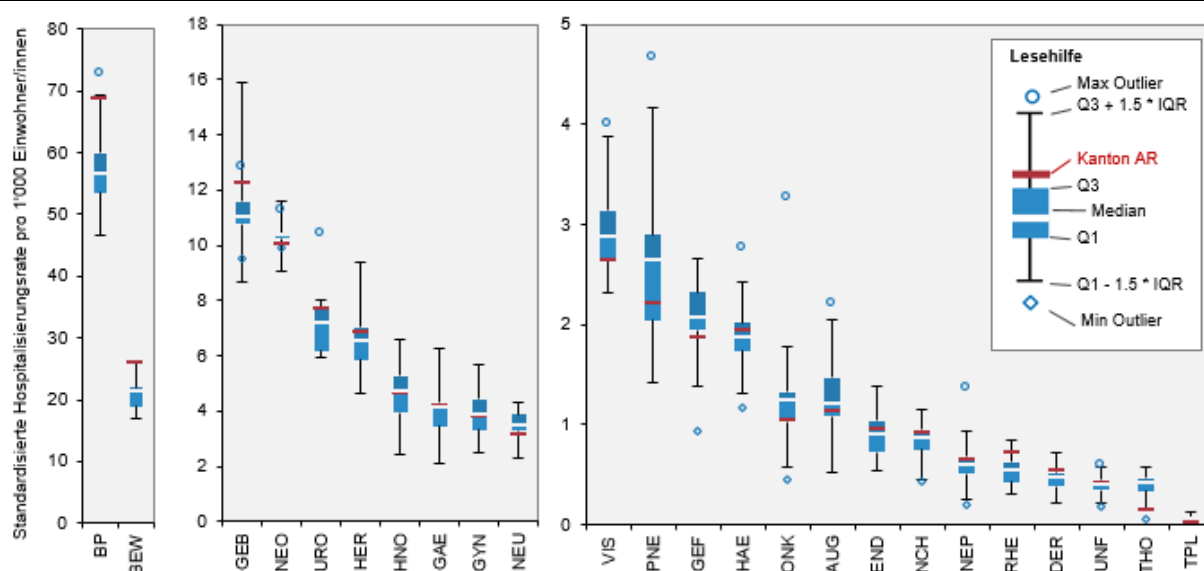
Bereich	SPLB	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	CAGR	Anteil 2019
	Basispaket	3'501	3'483	3'645	3'662	3'894		+2.7%	42.5%
Nervensystem & Sinnesorgane	Dermatologie	36	32	43	32	30		-4.5%	0.3%
	Hals-Nasen-Ohren	279	244	247	232	260		-1.7%	2.8%
	Neurochirurgie	30	45	48	41	54		+15.8%	0.6%
	Neurologie	209	219	210	221	186		-2.9%	2.0%
	Ophthalmologie	63	64	52	57	65		+0.8%	0.7%
Innere Organe	Endokrinologie	39	35	33	40	54		+8.5%	0.6%
	Gastroenterologie	275	238	258	261	238		-3.5%	2.6%
	Viszeralchirurgie	119	144	118	132	149		+5.8%	1.6%
	Hämatologie	102	106	85	111	109		+1.7%	1.2%
	Gefässe	76	106	92	80	103		+7.9%	1.1%
	Herz	414	397	435	373	399		-0.9%	4.4%
	Nephrologie	43	42	39	50	38		-3.0%	0.4%
	Urologie	383	453	461	479	431		+3.0%	4.7%
	Pneumologie	134	120	179	176	127		-1.3%	1.4%
	Thoraxchirurgie	10	12	13	15	9		-2.6%	0.1%
	Transplantationen	1	2	2	2	2		+18.9%	0.0%
	Bewegungsapparat chirurgisch	1'485	1'582	1'447	1'462	1'500		+0.3%	16.4%
	Rheumatologie	51	45	55	50	42		-4.7%	0.5%
Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	211	192	239	210	212		+0.1%	2.3%
	Geburtshilfe	663	682	628	654	617		-1.8%	6.7%
	Neugeborene	547	588	568	610	566		+0.9%	6.2%
Übrige	(Radio-)Onkologie	107	97	70	78	59		-13.8%	0.6%
	Schwere Verletzungen	8	13	22	37	23		+30.2%	0.3%
Total		8'786	8'941	8'989	9'065	9'167		+1.1%	100%

Quelle: BFS – MS, KS / Analyse Obsan

© Obsan 2021

CAGR: Compound Annual Growth Rate (jährliche Wachstumsrate)

G 56 Standardisierte Hospitalisierungsrate pro 1'000 Einwohner/innen, AR im Vergleich zur CH, nach SPLB⁴, 2019



Quelle: BFS – MS, KS, STATPOP / Analyse Obsan

© Obsan 2021

⁴ BP: Basispaket, BEW: Bewegungsapparat chirurgisch, GEB: Geburtshilfe, NEO: Neugeborene, URO: Urologie, HER: Herz, HNO: Hals-Nasen-Ohren, GAE: Gastroenterologie, GYN: Gynäkologie, NEU: Neurologie, VIS: Viszeralchirurgie, PNE: Pneumologie, GEF: Gefässe, HAE: Hämatologie, ONK: (Radio-) Onkologie, AUG: Ophthalmologie, END: Endokrinologie, NCH: Neurochirurgie, NEP: Nephrologie, RHE: Rheumatologie, DER: Dermatologie, UNF: Schwere Verletzungen, THO: Thoraxchirurgie, TPL: Transplantationen.

Betrachtet man den Anteil an allen Behandlungen erfolgten abgesehen vom Basispaket (42,5 %) die meisten Behandlungen in der Orthopädie (Bewegungsapparat chirurgisch (16,4 %). Einen Anteil von über 5 % weisen ausserdem die SPLB Geburtshilfe und Neugeborene auf.

In Grafik G 56 sind zusätzlich die standardisierten Hospitalisierungsraten pro SPLB im Vergleich zu allen Kantonen der Schweiz dargestellt. Der rote Balken zeigt den kantonalen Wert, während der weisse Balken aufzeigt, wo die Rate bei der Hälfte der Kantone liegt. Liegt also der rote Balken über dem Weissen, so ist der Kanton überdurchschnittlich versorgt und umgekehrt, liegt der rote Balken unter dem Weissen, so ist der Kanton unterdurchschnittlich versorgt. Das blaue Rechteck (Boxplot) widergibt die 25. und 75. Perzentile der Kantone, also wo die Raten von $\frac{1}{4}$ bzw. $\frac{3}{4}$ der Kantone liegen. Die schwarze Linie widergibt das 95%-Vertrauensintervall. Zusätzlich werden einzelne Kantone abgebildet, die in den Analysen ausscheren (Outlier).

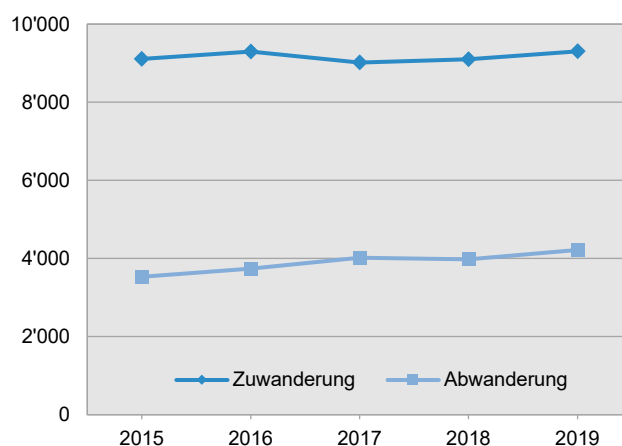
Hohe Hospitalisierungsraten sind ein Hinweis für eine mögliche Überversorgung. Es zeigt sich, dass der Kanton Appenzell Ausserrhoden in vielen der Leistungsbereiche überdurchschnittliche Hospitalisierungsraten aufweist.

Interkantonale Patientenströme

Die Patientenwanderung für den Kanton Appenzell Ausserrhoden wird in G 57 abgebildet. Die Anzahl zugewanderter Patientinnen und Patienten (Inflow) ist über doppelt so hoch wie die Anzahl abgewanderter Patientinnen und Patienten (Outflow). Entsprechend fällt der Exportindex (Outflow/Inflow) kleiner als 1

aus (wie in G 58 abgebildet), d. h. der Kanton Appenzell Ausserrhoden ist ein Importkanton. Lediglich die Kantone mit einem Universitätsspital (mit Ausnahme von Graubünden) weisen einen ähnlich niedrigen Exportindex (d. h. einen höheren relativen Zuwanderungsüberschuss) auf. An sechster Stelle der Importkantone folgt bereits der Kanton Appenzell Ausserrhoden (G 58). Seine Rolle als Importkanton verdankt der Kanton Appenzell Ausserrhoden den beiden Leistungsbereichen Bewegungsapparat und der Geburtshilfe.

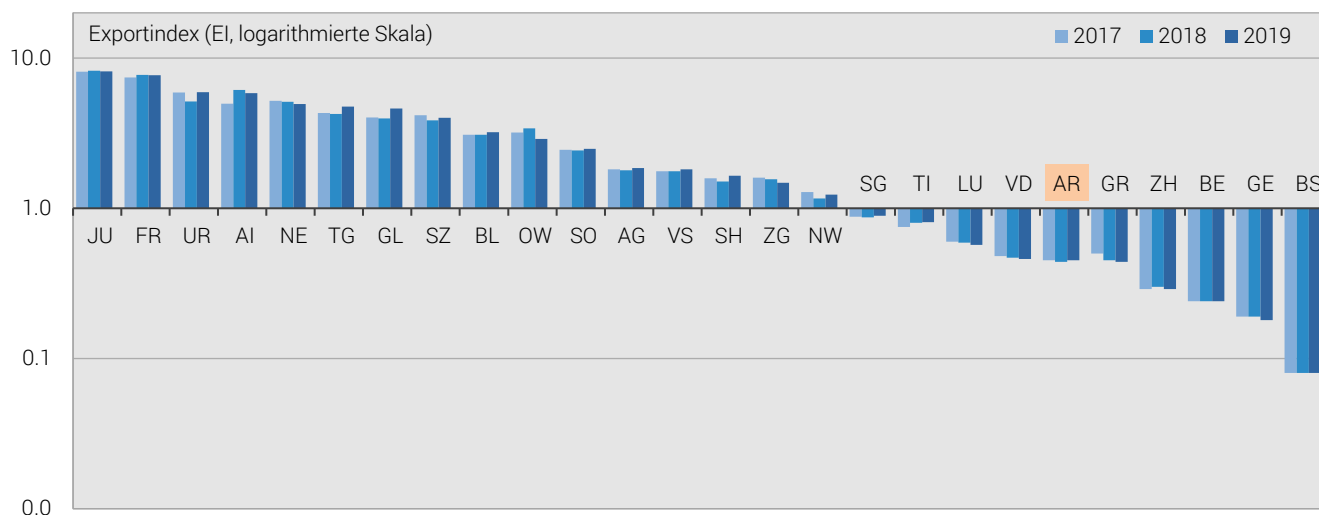
G 57 Patientenströme für den Kanton AR, 2015–2019



Quelle: BFS – MS / Analyse Obsan

© Obsan 2021

G 58 Exportindex nach Kanton, 2017–2019



Quelle: BFS – MS / Analyse Obsan

© Obsan 2021

Innerkantonale Patientenströme

Die innerkantonalen Patientenströme interessieren, um die Relevanz der einzelnen Leistungsanbieter innerhalb des Kantons zu beurteilen.

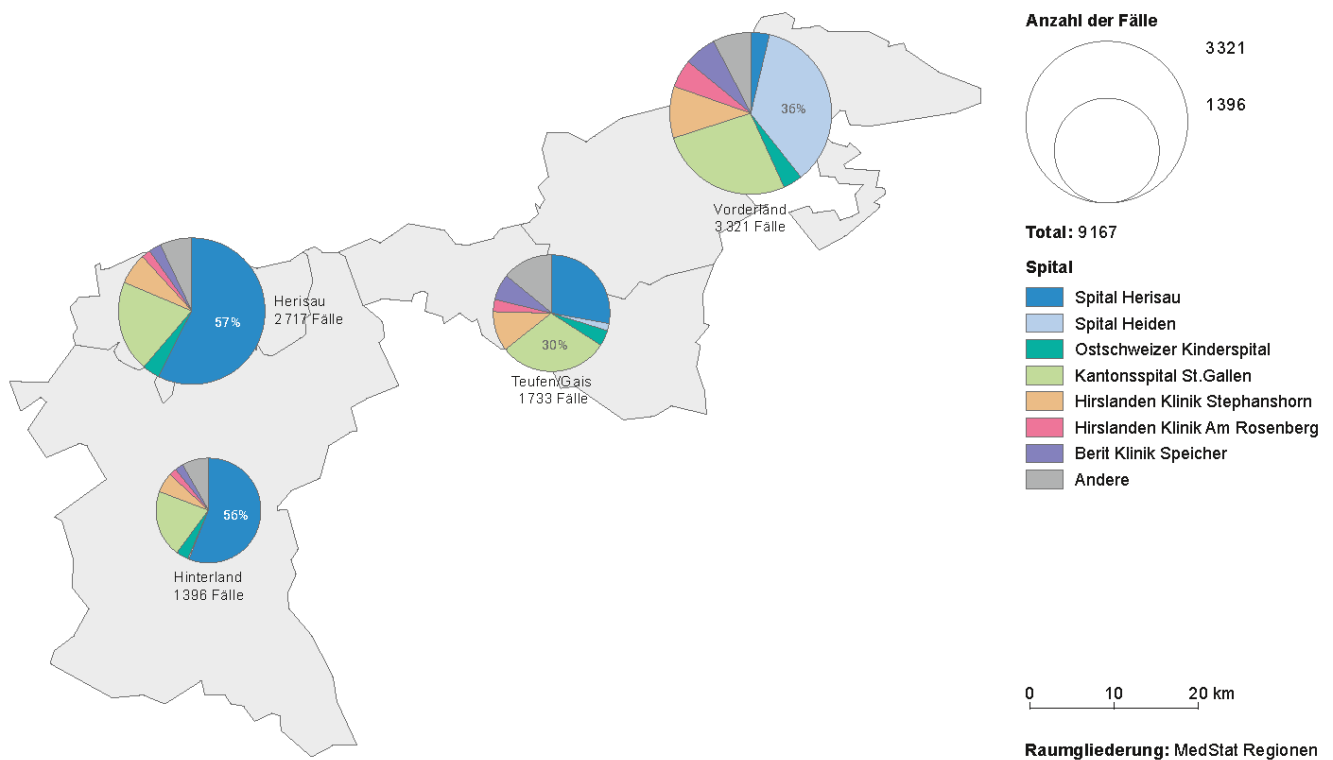
Die Regionalisierung entspricht nicht der gewohnten Gliederung, die Datengrundlagen lassen jedoch keine andere Darstellung zu. Entsprechend werden hier die Regionen Vorderland und Teile des Mittellandes zusammen als „Vorderland“, die Region Teufen/Gais, das Hinterland sowie Herisau separat abgebildet.⁵

Grafik G 59 zeigt auf, wohin die Bevölkerung der einzelnen Regionen am häufigsten ins Spital eingetreten sind.

Von den 9'167 Fällen mit Wohnort im Kanton Appenzell Ausserrhoden wurden 3'321 Fälle (36 %) aus dem Vorderland, 1'733 Fälle (19 %) aus der Region Teufen/Gais, 1'396 Fälle (15 %) aus dem Hinterland und 2'717 Fälle (30 %) aus der Region Herisau verzeichnet.

Während aus dem Hinterland und aus Herisau am häufigsten der Spitalstandort Herisau (56 % bzw. 57 %) aufgesucht wurde, war dies aus dem Vorderland der Spitalstandort Heiden (36 %) und die Klinik Stephanshorn (10 %). Allerdings wird auch ein grosser Teil der Spitaleintritte durch das St. Galler Kantonsspital abgedeckt (27 %). Bewohnerinnen und Bewohner aus Teufen/Gais suchten am häufigsten das St. Galler Kantonsspital auf (30 %), gefolgt vom Spital Herisau (28 %).

G 59 Spitaldestinationen der Bevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden, Anteile der Fälle nach Spital und pro Region, 2019



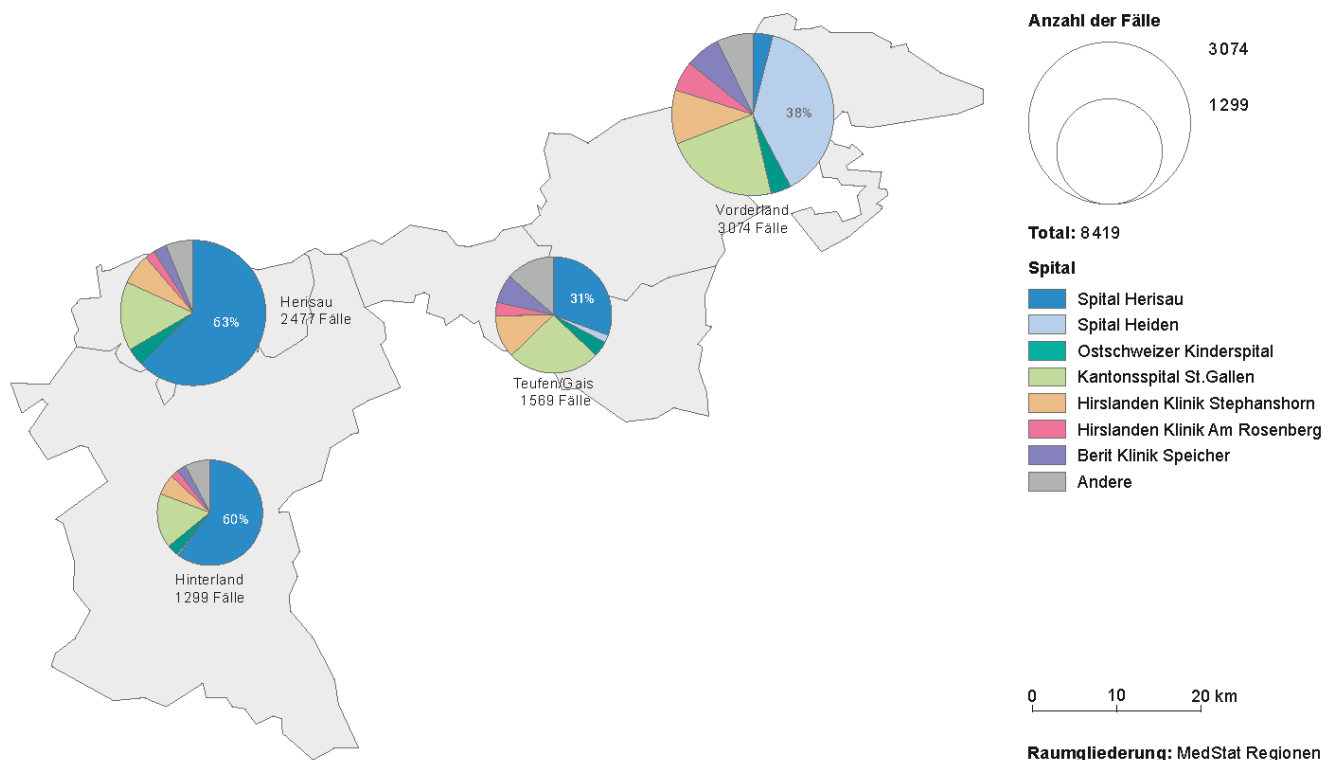
Quelle: BFS – MS / Analyse Obsan

© Obsan 2021

⁵ Die Gemeinden wurden in folgende Regionen gruppiert: *Region Herisau*: Herisau; *Region Hinterland*: Hundwil, Schönengrund, Schwellbrunn, Stein, Waldstatt, Urnäsch; *Region Teufen/Gais*:

Teufen, Gais, Bühler; *Region Vorderland*: Speicher, Trogen, Wald, Grub, Rehetobel, Heiden, Wolfthalen, Walzenhausen, Reute, Lutzenberg.

G 60 Spitaldestinationen der Bevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden für Leistungen, welche durch den Leistungsauftrag des Spitalverbundes Appenzell Ausserrhoden (SVAR) abgedeckt sind, Anteile der Fälle nach Spital und pro Region, 2019



Quelle: BFS – MS / Analyse Obsan
Spitalliste Kanton AR vom 10.12.2019

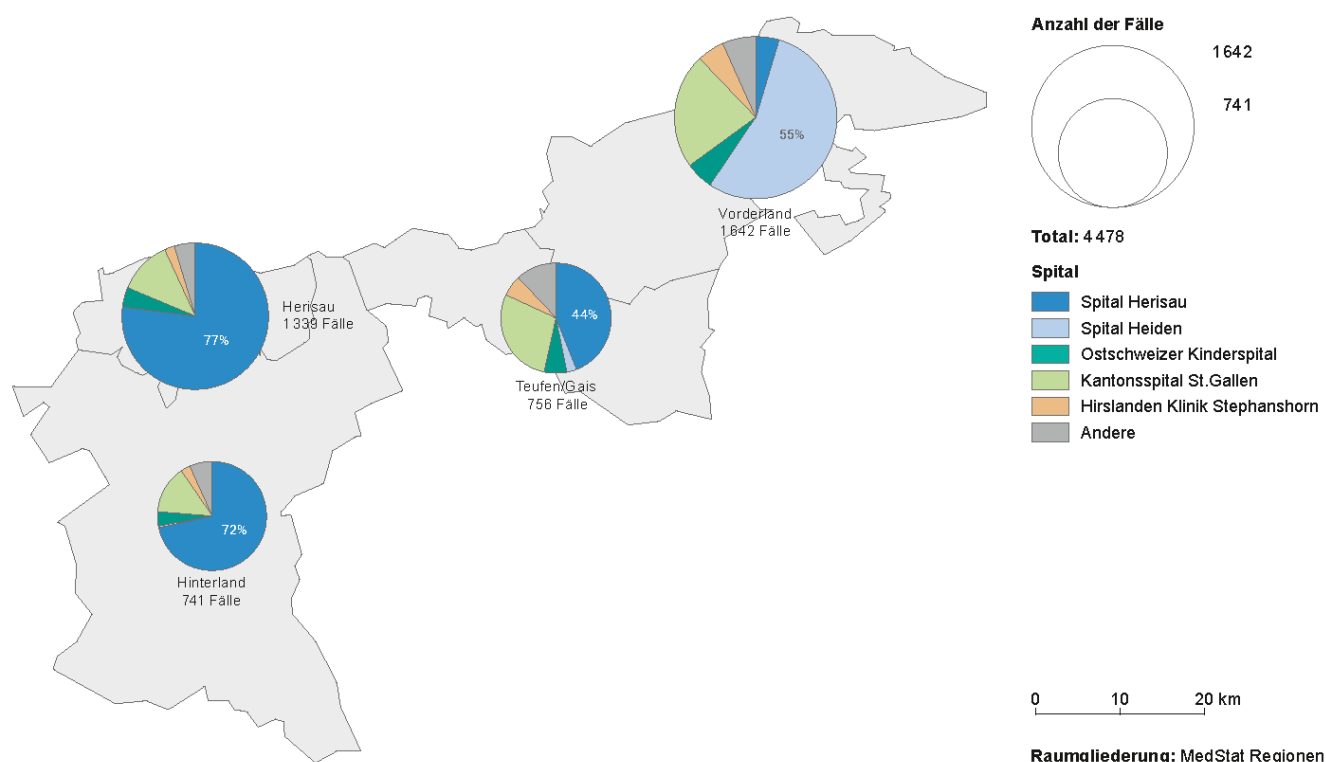
© Obsan 2021

Werden ausschliesslich Leistungen berücksichtigt, welche gemäss der Spitalliste durch den Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (SVAR) abgedeckt werden können, so reduzieren sich die Fälle, die im Kantonsspital St.Gallen behandelt werden, von insgesamt 2'250 auf 1'698 Fälle. Die Patientenflüsse werden dadurch jedoch nur marginal beeinflusst (G 60).

Die Grafik G 61 zeigt die regionale Verteilung ausschliesslich für Notfalleintritte, wobei diese in Leistungsgruppen stattgefunden haben, für welche Spitäler der SVAR einen Leistungsauftrag haben.

Im Vorderland deckt das Spital Heiden 55 % aller Notfälle ab, das Spital Herisau deckt in der Region Teufen/Gais 44 % der Notfälle ab, im Hinterland 72 % und in Herisau selber 77 %.

G 61 Spitaldestinationen der Bevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden bei einem Notfall (für Leistungen, welche durch den Leistungsauftrag des Spitalverbundes Appenzell Ausserrhoden (SVAR) abgedeckt sind), Anteile der Fälle nach Spital und pro Region, 2019



Quelle: BFS – MS / Analyse Obsan
Spitalliste Kanton AR vom 10.12.2019

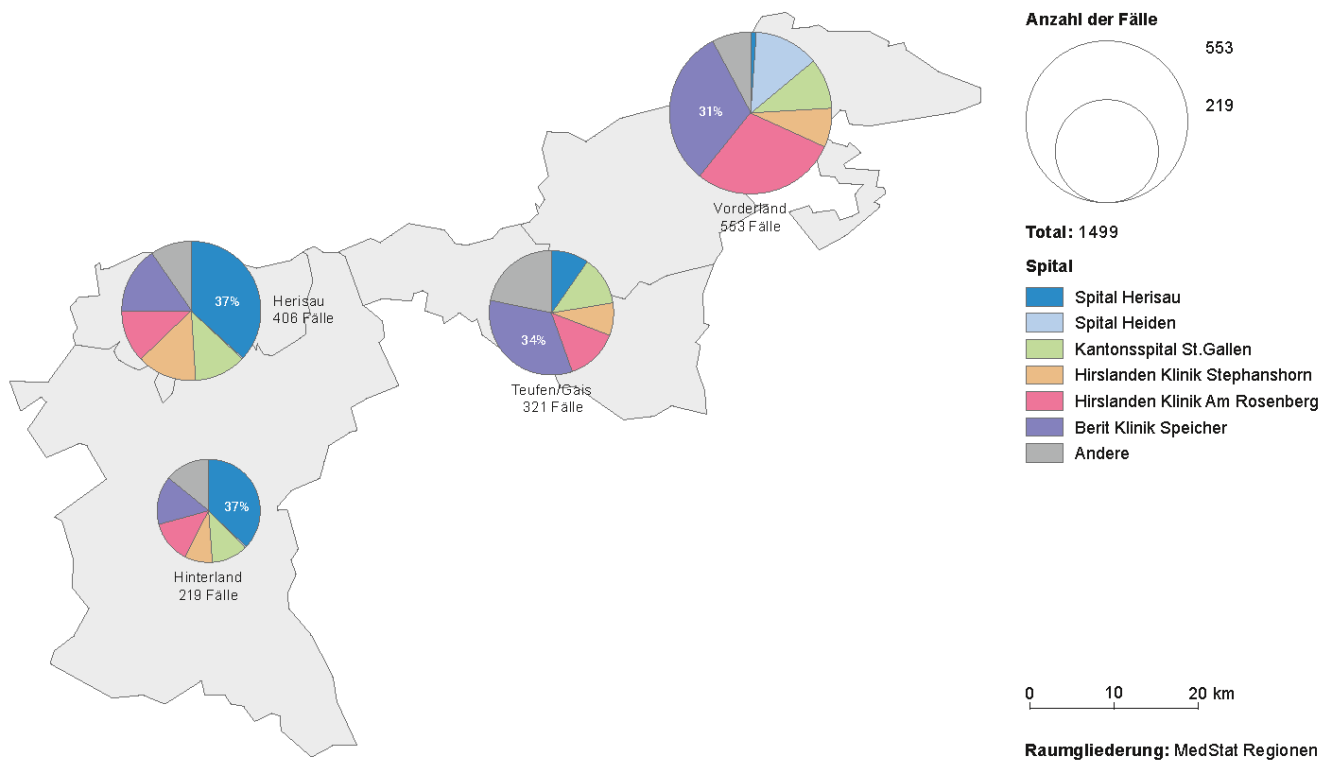
© Obsan 2021

Im Folgenden werden die Patientenflüsse von zwei Leistungsbereichen, dem Leistungsbereich Bewegungsapparat und dem Leistungsbereich Geburtshilfe und Gynäkologie, näher betrachtet.

Im Bereich des Bewegungsapparates werden in den Regionen Vorderland (60 %) und Gais/Teufen (47 %) die Patientinnen

und Patienten mehrheitlich durch die Kliniken Berit (Speicher) und die Hirslanden-Klinik Rosenberg versorgt. Im Hinterland und in Herisau wird dieser Leistungsbereich grösstenteils durch das Spital Herisau abgedeckt (je 37 %) (G 62).

G 62 Spitaldestinationen der Bevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden bei Behandlungen im Leistungsbereich Bewegungsapparat, Anteile der Fälle nach Spital und pro Region, 2019



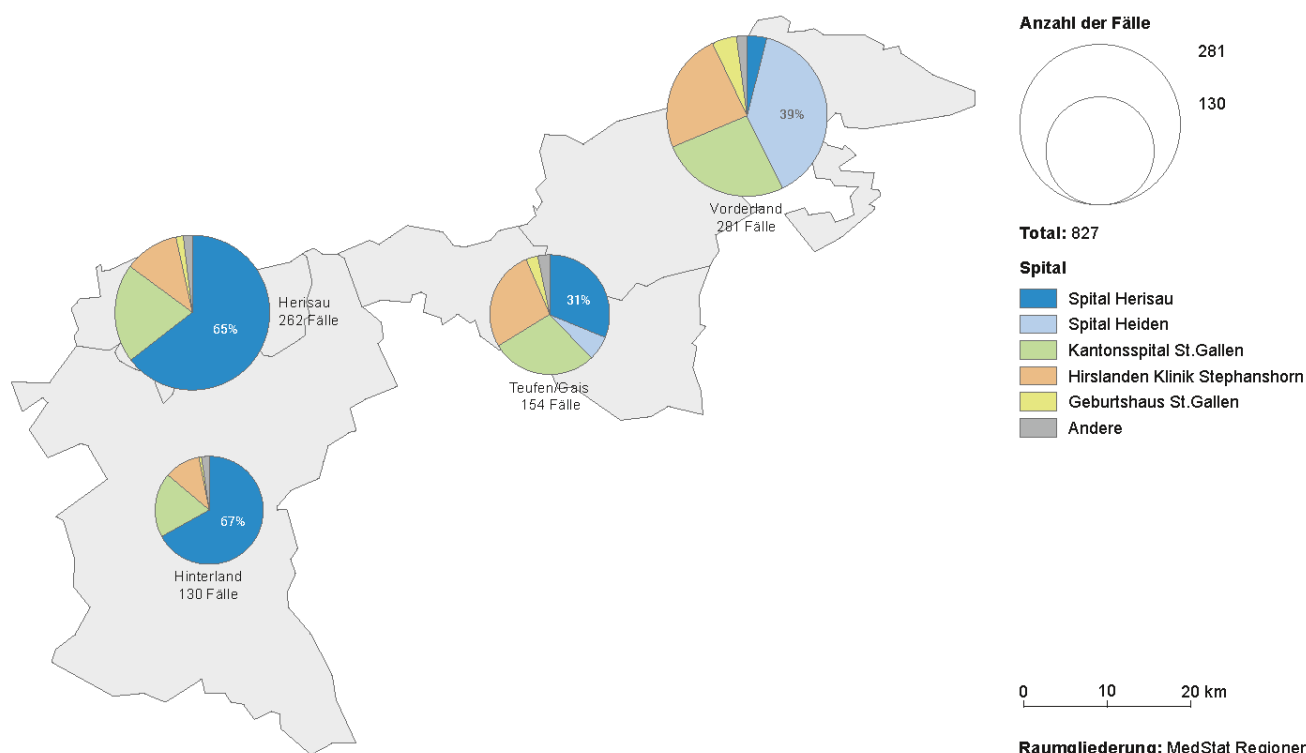
Quelle: BFS – MS / Analyse Obsan

© Obsan 2021

In den Leistungsbereichen Geburtshilfe und Gynäkologie (G 63) sind die Versorgungsanteile im Vorderland im Spital Heiden am höchsten (39 %) gefolgt vom Kantonsspital St.Gallen (26 %) und der Klinik Stephanshorn (24 %). In der Region Teufen/Gais sind

die Fälle verteilt auf die drei Spitäler Herisau (31 %), Kantonsspital St.Gallen (29 %) und Klinik Stephanshorn (27 %). Im Hinterland sowie in Herisau wiederum konzentriert sich die Versorgung auf das Spital Herisau (67 % bzw. 65 %).

G 63 Spitaldestinationen der Bevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden bei Behandlungen in den Leistungsreichen Geburten und Gynäkologie, Anteile der Fälle nach Spital und pro Region, 2019



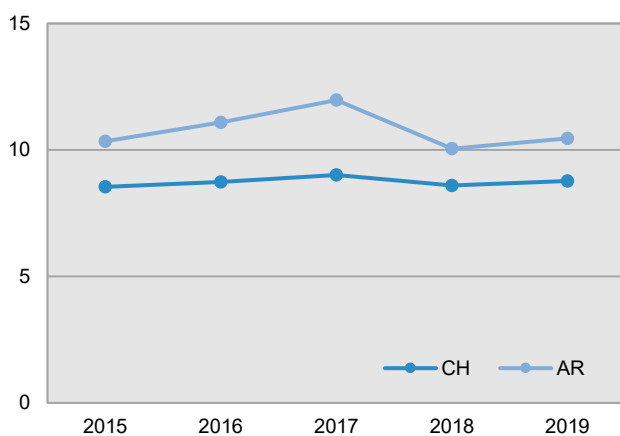
Quelle: BFS – MS / Analyse Obsan

© Obsan 2021

6.2.4 Stationäre Versorgung – Psychiatrie

Die Inanspruchnahme der stationären Psychiatrie im Kanton Appenzell Ausserrhoden (Hospitalisierungsrate pro 1'000 Einwohner/innen 2019 von 10,5) ist leicht höher als das Schweizer Mittel (8,8), über die Zeit hinweg jedoch konstant (G 64). Die Inanspruchnahme im stationären Bereich hängt zusammen mit dem Angebot im ambulanten Bereich. Wie im Kapitel ambulante Versorgung bereits erwähnt, ist die Inanspruchnahme im ambulanten Bereich leicht tiefer als im Schweizer Mittel.

G 64 Hospitalisierungsrate in psychiatrischen Kliniken, pro 1'000 Einwohner/innen (standardisiert), AR und CH, 2015–2019

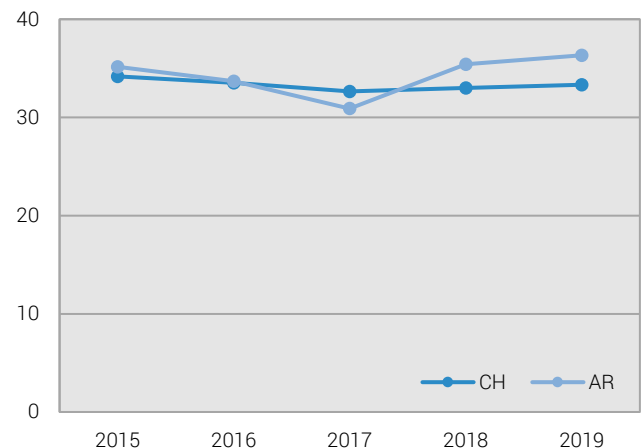


Quelle: BFS – MS, STATPOP / Analyse Obsan

© Obsan 2021

Den weitaus grössten Anteil der psychiatrischen Erkrankungen nehmen die affektiven Störungen (36 %) ein, gefolgt von Schizophrenien, schizotypen und wahnhaften Störungen (14 %) und neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (13 %) (Tabelle T 2). Aufgrund der kleinen Fallzahlen lässt sich der Trend nicht im Detail beurteilen, insgesamt erscheint dieser Bereich jedoch konstant (jährliche Zunahme zwischen 2015 und 2019 von 0,0 %). Die mittlere Aufenthaltsdauer liegt 2019 bei 36 Tagen und damit rund 3 Tage über dem Schweizer Mittel. Die Entwicklung zeigt jedoch auch, dass diese über die Jahre variiert (G 65).

G 65 Mittlere Aufenthaltsdauer Psychiatrie, AR und CH, 2015–2019

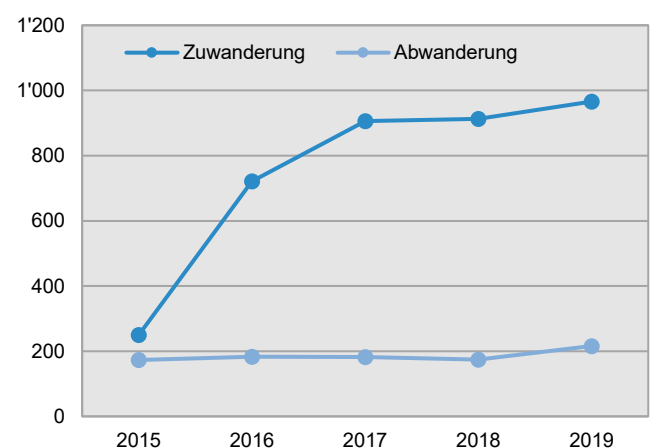


Quelle: BFS – MS / Analyse Obsan

© Obsan 2021

Im Vergleich zu den innerkantonalen Patientinnen und Patienten (573 Fälle 2019) werden im Kanton Appenzell Ausserrhoden deutlich mehr Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen versorgt (966 Fälle 2019). Die Zuwanderung von Patienten aus anderen Kantonen hat in den Jahren 2015 bis 2017, begründet durch die Aufnahme der Klinik Gais auf die Spitalliste Psychiatrie, stark zugenommen, seither ist sie etwa konstant geblieben. Die Abwanderung von Kantonsbewohnern in ausserkantonale Psychiatrien ist über die ganze Zeit konstant geblieben (G 66).

G 66 Patientenströme in der Psychiatrie im Kanton AR, 2015–2019



Quelle: BFS – MS / Analyse Obsan

© Obsan 2021

T 2 Anzahl Fälle in der Psychiatrie der kantonalen Wohnbevölkerung des Kantons AR nach Hauptdiagnosen, 2015–2019

Hauptdiagnose	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	CAGR	Anteil 2019
F00-F09, G30-G32 Organische Störungen inkl. neurodegenerativen Demenzen (u.a. Alzheimer)	60	35	39	37	38		-10.8%	6.6%
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	45	67	62	66	57		+6.1%	9.9%
F11-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen	44	34	44	28	36		-4.9%	6.3%
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	98	123	131	79	79		-5.2%	13.8%
F30-F39 Affektive Störungen	198	209	266	222	207		+1.1%	36.1%
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	50	76	71	62	72		+9.5%	12.6%
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	41	44	36	31	39		-1.2%	6.8%
F5, F7-9 Übrige F-Diagnosen	34	33	20	28	41		+4.8%	7.2%
Übrige Hauptdiagnosen	2	0	9	2	4		+18.9%	0.7%
Total	572	621	678	555	573		+0.0%	100%

Quelle: BFS – MS, KS / Analyse Obsan

© Obsan 2021

CAGR: Compound Annual Growth Rate (jährliche Wachstumsrate)

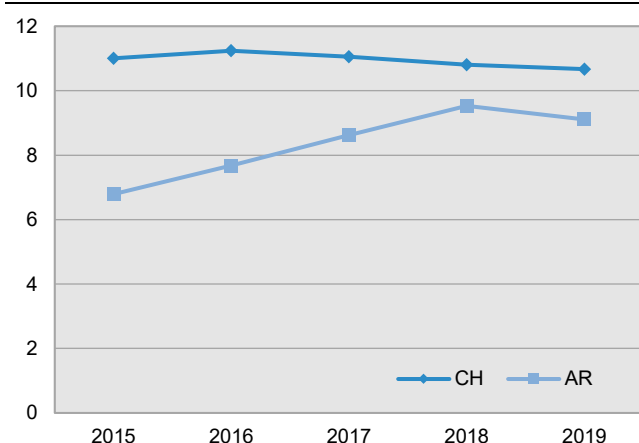
6.2.5 Stationäre Versorgung – Rehabilitation

Die Hospitalisierungsrate in Rehabilitationskliniken der im Kanton Appenzell Ausserrhoden wohnhaften Bevölkerung stieg in den Jahren zwischen 2015 und 2018 von 6,8 auf 9,5 Fälle pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner. 2019 liegt die Rate bei 9,1 (G 67). Im Vergleich zur Rate der gesamten Schweiz liegt diejenige des Kantons etwas tiefer.

2'074 ausserkantonale Fälle im Vergleich zu 513 innerkantonalen Fällen (G 68).

Die Zuwanderung von Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen ist zwischen 2015 und 2017 um rund einen Viertel zurückgegangen, seither steigt sie wieder. Umgekehrt ist im gleichen Zeitraum die Abwanderung von Appenzell Ausserrhoder Patienten in eine ausserkantonale Rehabilitationsklinik leicht angestiegen und seit 2017 wieder am Abnehmen (G 68).

G 67 Hospitalisierungsrate in Rehabilitationskliniken pro 1'000 Einwohner/innen (standardisiert), AR und CH, 2015–2019

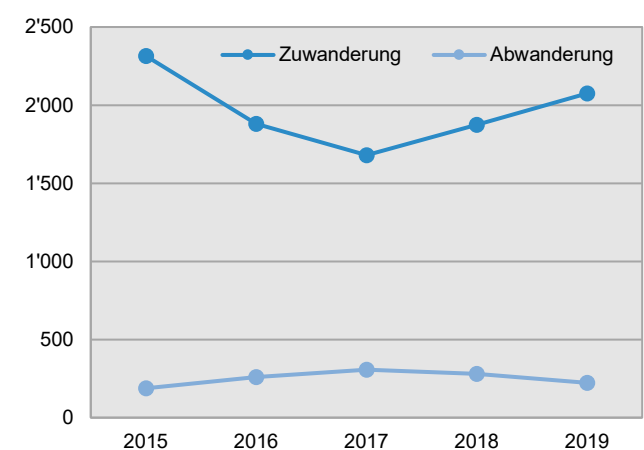


Quelle: BFS – MS, STATPOP / Analyse Obsan

© Obsan 2021

Wie auch in der Akutsomatik und in der Psychiatrie werden in den Rehabilitationskliniken im Kanton Appenzell Ausserrhoden deutlich mehr Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen behandelt als solche aus dem eigenen Kanton. 2019 waren dies

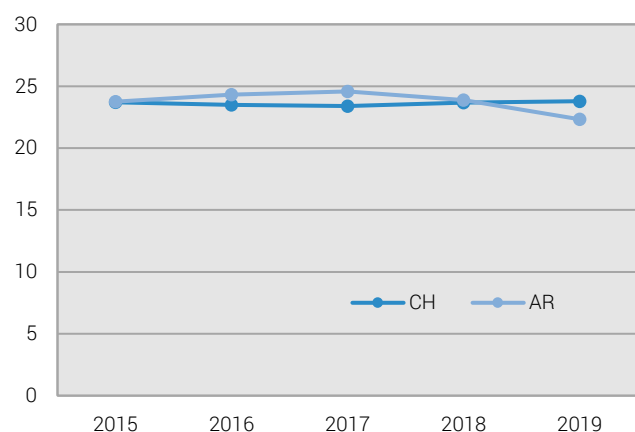
G 68 Patientenströme in der Rehabilitation, AR, 2015–2019



Quelle: BFS – MS / Analyse Obsan

© Obsan 2021

Die mittlere Aufenthaltsdauer in Rehabilitationskliniken ist vergleichbar mit dem Schweizer Mittel. Allerdings ist die Aufenthaltsdauer 2019 leicht gesunken und liegt nun bei 22,3 Tagen (Schweiz: 23,8 Tage; G 69).

G 69 Mittlere Aufenthaltsdauer Rehabilitation, AR und CH, 2015–2019

Quelle: BFS – MS / Analyse Obsan

© Obsan 2021

Die häufigsten Ursachen für eine Rehabilitation sind auf muskuloskelettale Erkrankungen (2019: 248 Fälle) zurückzuführen, diese machen fast 50 % der Fälle aus. An zweiter Stelle steht die neurologische Rehabilitation (T 3).

T 3 Anzahl Fälle in der Rehabilitation der kantonalen Wohnbevölkerung des Kantons AR nach Hauptdiagnosen, 2015–2019

Hauptdiagnose	2015	2016	2017	2018	2019	Trend	CAGR	Anteil 2019
Internistisch-onkologische Rehabilitation	33	44	48	61	63		+17.5%	12.3%
Kardiovaskuläre Rehabilitation	63	73	73	67	61		-0.8%	11.9%
Muskuloskelettale Rehabilitation	143	176	191	245	248		+14.8%	48.3%
Neurologische Rehabilitation	86	84	115	108	85		-0.3%	16.6%
Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation	31	25	24	29	31		+0.0%	6.0%
Pulmonale Rehabilitation	7	14	13	19	22		+33.1%	4.3%
Querschnittslähmung	3	2	11	6	0		-100.0%	0.0%
Übrige Rehabilitation	2	8	8	9	3		+10.7%	0.6%
Total	368	426	483	544	513		+8.7%	100%

Quelle: BFS – MS, KS / Analyse Obsan

© Obsan 2021

CAGR: Compound Annual Growth Rate (jährliche Wachstumsrate)

6.2.6 Herausforderungen in der stationären Spitalversorgung



Die stationäre Versorgung des Kantons ist nicht bloss für die eigene Bevölkerung relevant, sondern auch für umliegende Kantone, da es sich beim Kanton Appenzell Ausserrhoden um einen ausgeprägten Importkanton handelt. In allen drei Versorgungsbereichen (Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation) werden deutlich mehr ausserkantonale Patientinnen und Patienten behandelt als innerkantonale. Zudem befindet sich der Kanton Appenzell Ausserrhoden bei den Hospitalisierungsraten im Kantonsvergleich in der Mehrheit der Leistungsbereiche im oberen Bereich (vgl. auch Versorgungsbericht AR 2020). In diesem Zusammenhang besteht die Herausforderung insbesondere darin, alle Schritte von der Diagnose über die Indikation bis zur richtigen Behandlung und Pflege zu objektivieren, um eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Leistungserbringung und die dafür notwendigen Grundlagen und Verfahren sicherzustellen und damit die Gefahr einer Überversorgung zu verhindern.

Mit der Revision des Krankenversicherungsgesetzes im Bereich der Spitalfinanzierung (2007), welche seit 2012 umgesetzt wird, sollte mitunter der Wettbewerb verstärkt, jedoch gleichzeitig die Versorgungssicherheit gewährleistet und die hohe Qualität der Leistungserbringung aufrechterhalten werden. In diesem Spannungsverhältnis kommt der öffentlichen Hand eine wesentliche Steuerungsfunktion zu, welche massgeblich anhand der kantonalen Spitalplanungen wahrgenommen wird. Entsprechend hat der Kanton Appenzell Ausserrhoden 2012 und 2020 eine Spitalplanung vorgenommen und jeweils eine neue Spitalliste erlassen. 2020 hat der Kanton Appenzell Ausserrhoden zudem – in der Schweiz ein Novum – eine gemeinsame Spitalplanung mit fünf anderen Kantonen (SG, AI, GL, GR, TG) in Angriff genommen. Gerade im Rahmen einer überkantonalen Spitalplanung besteht auch die Chance, gemeinsam aussagekräftige Datengrundlagen zu erhalten, um eine allfällige Über- und Fehlversorgung zu erkennen und zu dokumentieren. Damit könnten in einem zweiten Schritt wirksame Instrumente entwickelt werden, um der Gefahr von medizinischen und wirtschaftlichen Folgen bei Über- oder Fehlversorgung entgegenzuwirken. Im Rahmen einer überkantonalen Spitalplanung erhält möglicherweise die Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM) ebenfalls eine neue Bedeutung, auch wenn diese national über die GDK geregelt wird.

Im Bereich der akutsomatischen Versorgung bleibt das Thema „ambulant vor stationär“ auch in den nächsten Jahren zentral. Inwieweit dieses Thema in die angestrebte interkantonale Spitalplanung einfließt, wird sich weisen müssen. Mögliche gemeinsame Ziele könnten hier die gemeinsame Förderung der Integrierten Versorgung sein. Auch hier spielen die Entwicklungen und Diskussionen hinsichtlich der einheitlichen Finanzierung von ambulant und stationär (EFAS) eine Rolle.

Im Bereich der psychiatrischen Versorgung steht die Koordination der Versorgungsstrukturen im Vordergrund. Genügend ambulante und allenfalls neu auch aufsuchende Versorgungsstrukturen, ergänzend zu den stationären Kliniken, sind eine wichtige Voraussetzung für ein optimales Zusammenspiel.

Bei der Beurteilung der Versorgungssituation kommt dem Gesundheitspersonal im Spital eine besondere Bedeutung zu. Während die Inanspruchnahme im spitalambulantem Bereich zugenommen hat und im stationären Bereich konstant geblieben ist, hat sich die Personalsituation eher umgekehrt entwickelt. Zwar blieb das ärztliche Personal konstant, hingegen haben die Vollzeitstellen bei den Pflegefachkräften und beim Pflegepersonal auf Sekundarstufe II abgenommen. Diese Situation kann für die Zukunft eine grössere Herausforderung werden. Neben der Alterung der Gesellschaft sind Faktoren wie die Zunahme an chronischen Erkrankungen, Verlagerung in den ambulanten Bereich und Verkürzung der Aufenthaltsdauer im Spital wichtige Faktoren, die sich auf die Personalsituation (insbesondere auf die Belastung des Personals) direkt auswirken.

Im Kontext der gegenwärtigen Corona-Krise werden zusätzlich weitere Faktoren im Zusammenhang mit der Personalsituation hervorgehoben, vor allem eine enorme physische und psychische Belastung in den diversen Gesundheitsberufen. Die längerfristigen Folgen dieser Entwicklung lassen sich heute noch nicht abschätzen.

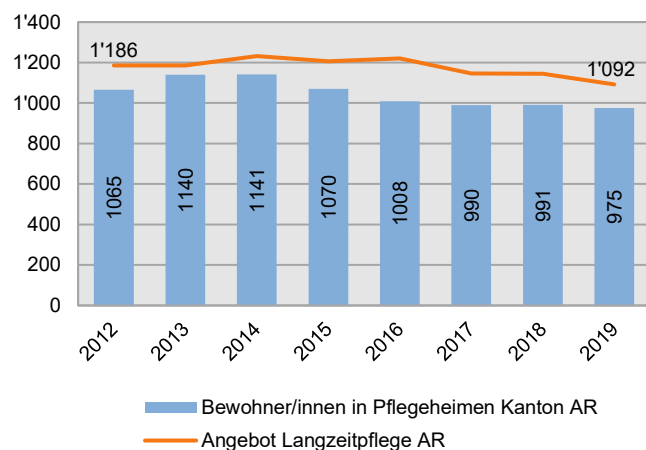
6.3 Langzeitpflege

6.3.1 Stationäre Langzeitpflege (Pflegeheime)

Die stationäre Langzeitpflege in Pflegeheimen⁶ deckt neben der Spitex den grössten Teil der Versorgung älterer pflegebedürftiger Personen ab. In jüngerer Zeit gewinnen intermediäre Strukturen wie Tages- und Nachtstrukturen, Kurzzeitpflege oder betreutes Wohnen in vielen Kantonen zunehmend an Bedeutung und stellen ein zusätzliches Angebot in der Langzeitpflege dar. Einige Kantone sind dazu übergegangen, besonders die leicht Pflegebedürftigen mit den Pflegestufen 0–2 der Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV (max. 40 Min. Pflege pro Tag) vermehrt in intermediären Strukturen zu pflegen. Dennoch bilden Pflegeheime vor allem in Kantonen der Deutschschweiz nach wie vor das Rückgrat der Versorgung von pflegebedürftigen Personen im Alter.

Anhand von Analysen mit Daten der SOMED-Statistik des BFS kann die Versorgung in den Pflegeheimen im Kanton Appenzell Ausserrhoden und in der Schweiz analysiert werden. In der Grafik G 70 wird die Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen seit 2012 im Kanton Appenzell Ausserrhoden gezeigt. Im Jahr 2019 werden mit 975 Personen etwas weniger Personen in den Pflegeheimen des Kantons betreut als 2012 (1'065 Personen). Das Jahr 2014 zeigt ein Maximum von 1'141 Personen, seitdem ist der Trend abnehmend.

G 70 Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen und Platzangebot, AR, 2012–2019

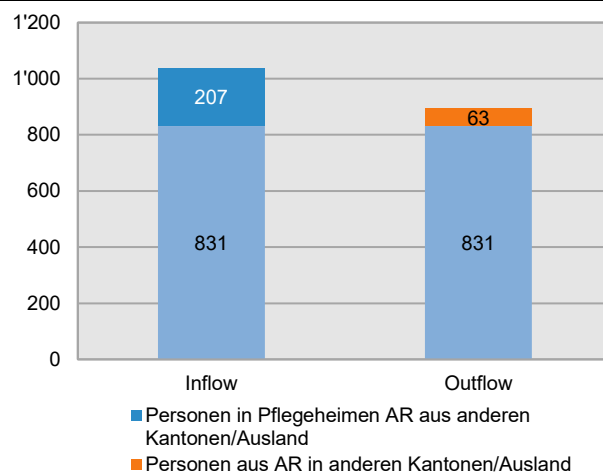


Lang- und Kurzeitaufenthalte

Quelle: Pflegeheimliste Kanton AR; BFS – SOMED / Analyse Obsan
© Obsan 2021

Grafik G 71 zeigt die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen im Kanton Appenzell Ausserrhoden, aufgeteilt nach Personen, die vor ihrem Pflegeheimaufenthalt im Kanton Appenzell Ausserrhoden wohnhaft waren und 2019 entweder in einem Pflegeheim im Kanton Appenzell Ausserrhoden beherbergt werden oder in einem Pflegeheim in einem anderen Kanton oder im Ausland wohnen (Outflow). Gleichzeitig werden auch Personen gezeigt, die aus anderen Kantonen oder dem Ausland stammen und 2019 in einem Pflegeheim des Kantons Appenzell Ausserrhoden wohnen (Inflow). Von insgesamt 975 Personen in Pflegeheimen des Kantons Appenzell Ausserrhoden stammen 207 (21,2 %) aus einem anderen Kanton oder aus dem Ausland. Demgegenüber lassen sich von total 894 Personen mit Herkunftskanton Appenzell Ausserrhoden 63 Personen (7 %) in einem Heim in einem anderen Kanton oder im Ausland pflegen. 831 Personen wohnten bereits vor dem Heimeintritt im Kanton Appenzell Ausserrhoden und leben nun in einem Pflegeheim desselben Kantons.

G 71 In- und Outflow von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen, AR, 2019



Lang- und Kurzeitaufenthalte

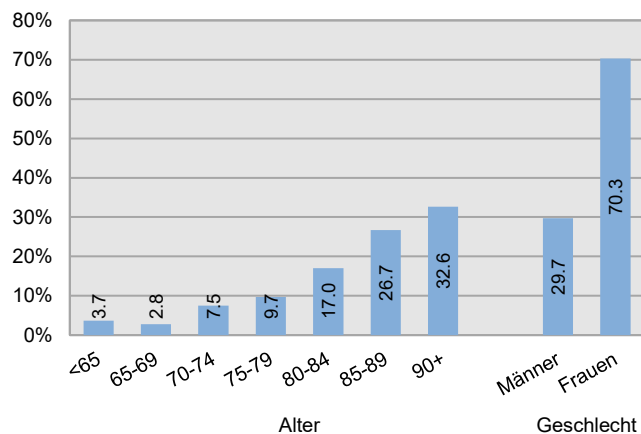
Quelle: BFS – SOMED / Analyse Obsan

© Obsan 2021

Über die Hälfte (59,3 %) aller 975 Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen des Kantons Appenzell Ausserrhoden sind mindestens 85 Jahre alt, und gut 70 % sind Frauen (G 72). 3,7 % aller Personen in Pflegeheimen sind unter 65 Jahre alt. Diese bilden grösstenteils eine heterogene Personengruppe mit anderen Charakteristika als typische (ältere) Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner.

⁶ In diesem Bericht werden unter Pflegeheimen Institutionen verstanden, die gemäss KVG Pflegeleistungen abrechnen dürfen.

G 72 Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen, nach Alter und Geschlecht, AR, 2019

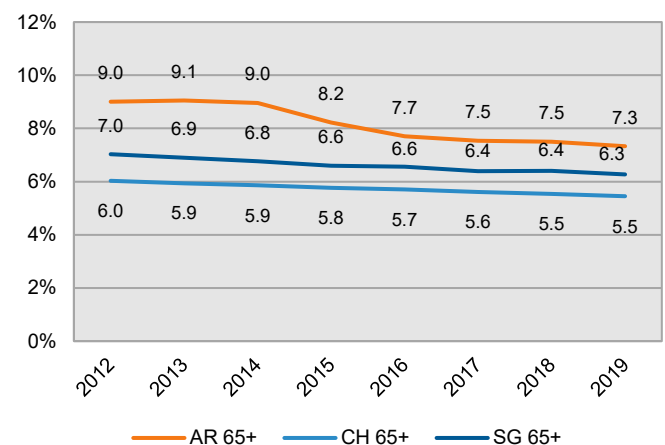


Lang- und Kurzeitaufenthalte

Quelle: BFS – SOMED / Analyse Obsan

© Obsan 2021

G 73 Pflegeheim-Inanspruchnahmerate, Personen 65+, AR, SG und CH, 2012–2019



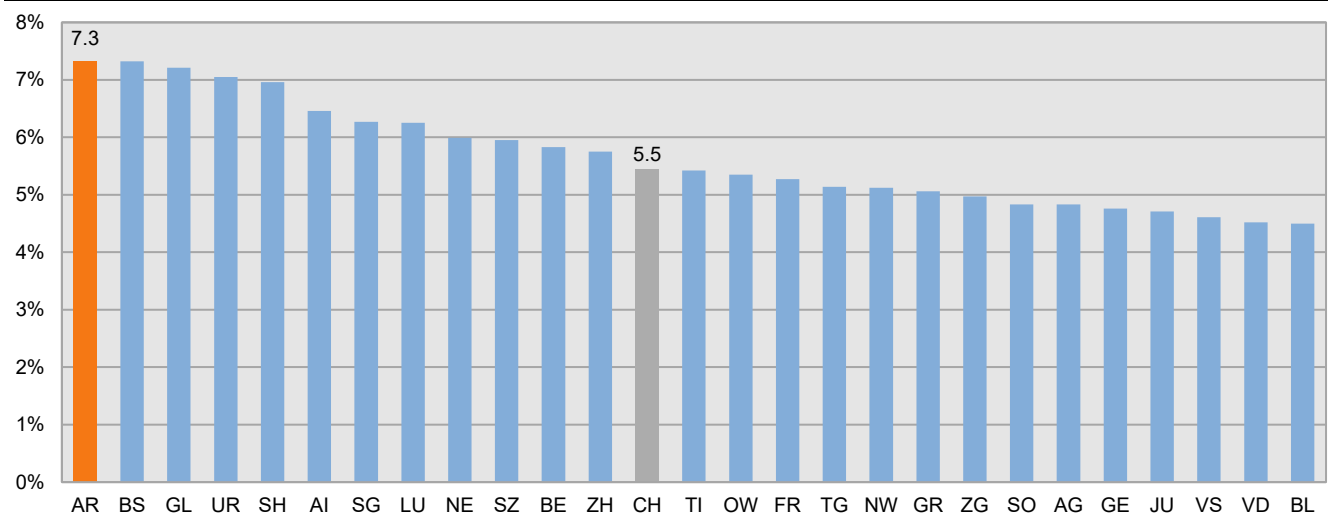
Lang- und Kurzeitaufenthalte

Quelle: BFS – SOMED, STATPOP / Analyse Obsan

© Obsan 2021

Die Pflegeheim-Inanspruchnahmerate bezeichnet das Verhältnis zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern ab 65 Jahren in Pflegeheimen und der entsprechenden Bevölkerung (G 73). Dabei zeigt sich sowohl im Kanton Appenzel Ausserrhoden wie in der Schweiz eine abnehmende Tendenz: Während sie im Kanton im Jahr 2012 noch 9,0 % beträgt, liegt sie im Jahr 2019 bei 7,3 %. In der Schweiz sinkt die Rate im gleichen Zeitraum von 6,0 % auf 5,5 % und liegt in allen untersuchten Jahren tiefer als die Rate auf Kantonsebene. Zum Vergleich: Im Kanton St.Gallen sinkt die Rate im gleichen Zeitraum von 7,0 % auf 6,3 %.

G 74 Pflegeheim-Inanspruchnahmerate, Personen 65+, Kantone und Schweiz, 2019



Lang- und Kurzeitaufenthalte

Quelle: BFS – SOMED, STATPOP / Analyse Obsan

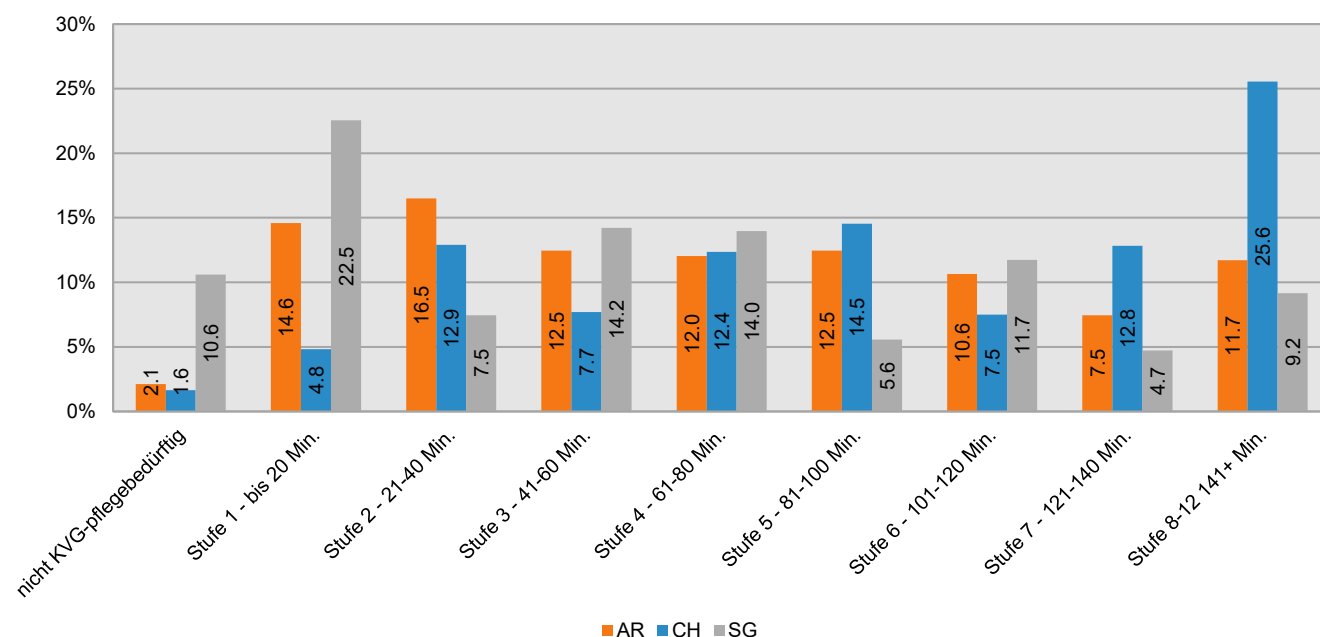
© Obsan 2021

Ein Vergleich der Pflegeheim-Inanspruchnahmerate nach Kanton belegt grosse Unterschiede innerhalb der Schweiz (G 74). Kein anderer Kanton hat eine so hohe Pflegeheim-Inanspruchnahme wie der Kanton Appenzell Ausserrhoden (7,3 %). Tendenziell weisen Kantone der Westschweiz tiefere und Kantone der Ost- und Zentralschweiz höhere Raten aus.

In Grafik G 75 sind die Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen in Appenzell Ausserrhoden und der Schweiz nach Pflegestufe abgebildet. Dabei zeigen sich grosse Unterschiede im Schweregrad: Während im Kanton Appenzell Ausserrhoden 33,2 % der Bewohnerinnen und Bewohner maximal 40 Minuten

Pflege pro Tage benötigen, beträgt dieser Anteil in der Schweiz nur 19,5 %. 2,1 % aller Bewohnerinnen und Bewohner in Appenzell Ausserrhoden benötigen gar keine Pflege (CH: 1,6 %, SG: 10,6 %). Im Gegensatz dazu beträgt der Anteil Personen mit einer Pflegestufe von acht oder mehr in Appenzell Ausserrhoden nur 11,7 % (CH: 25,6 %, SG: 9,2 %). Die Frage der Akut- und Übergangspflege wurde ebenfalls betrachtet. Bis heute kann in den Pflegeheimen keine Akut- und Übergangspflege angeboten werden, da der Branchenverband Curaviva Appenzellerland bisher keinen Tarifvertrag mit den Versicherern abgeschlossen hat.

G 75 Pflegeheimbewohner/innen nach KVG-Pflegestufe, Personen 65+, Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2019 (in %)



Lang- und Kurzeintaufenthalte

Quelle: BFS – SOMED / Analyse Obsan

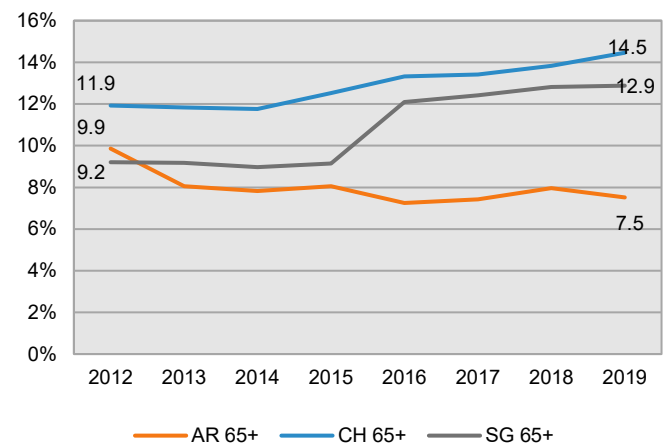
© Obsan 2021

6.3.2 Ambulante Langzeitpflege (Spitex)

Die Spitex bildet den zentralen Teil der ambulanten Langzeitpflege. Anhand der Spitex-Daten des BFS kann die Inanspruchnahme der Spitex analysiert werden. Am aussagekräftigsten ist die Spitex-Inanspruchnahmerate von Pflegeleistungen gemäss KLV (inkl. Akut- und Übergangspflege) für Personen ab 65 Jahren (G 76).

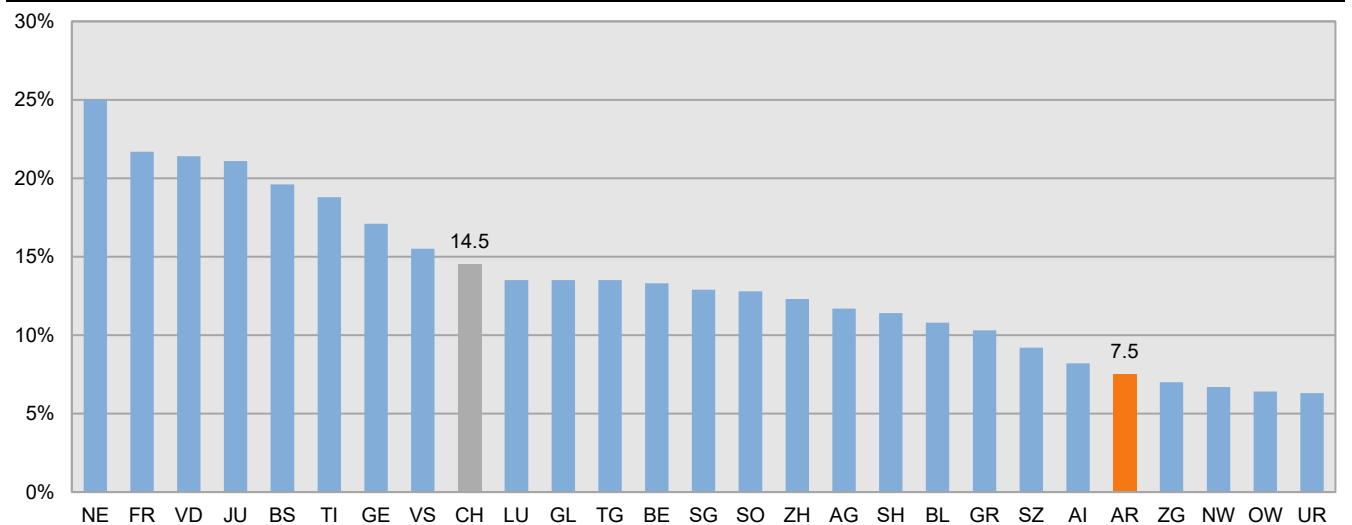
Im Kanton Appenzell Ausserrhoden ist diese Rate von 9,9 % im Jahr 2012 auf 7,5 % im Jahr 2019 gesunken. Dabei zeigt sich kein konstanter Trend, sondern eher eine wenig kontinuierliche Entwicklung. In der Schweiz hingegen hat die Inanspruchnahmerate im gleichen Zeitraum stetig von 11,9 % auf 14,5 % zugenommen, und im Kanton St.Gallen zeigt sich im gleichen Zeitraum ebenfalls eine Zunahme von 9,2 % auf 12,9 %. Im Kantonsvergleich beobachtet man tendenziell ein Ost-West-Gefälle (G 77): Während Kantone in der Westschweiz Spitex-Inanspruchnahmeraten von über 15 % aufweisen und damit über dem Schweizer Durchschnitt liegen, befinden sich viele Kantone der Ost- und Zentralschweiz am anderen Ende der Skala mit Raten von unter 10 %. Appenzell Ausserrhoden weist im Vergleich die fünftiefste Rate auf.

G 76 Spitex-Inanspruchnahmerate (Pflege KLV), Personen 65+, AR, SG und CH, 2012–2019



Quelle: BFS – Spitex-Statistik, STATPOP / Analyse Obsan
© Obsan 2021

G 77 Spitex-Inanspruchnahmerate (Pflege KLV), Personen 65+, 2019, Schweiz und Kantone

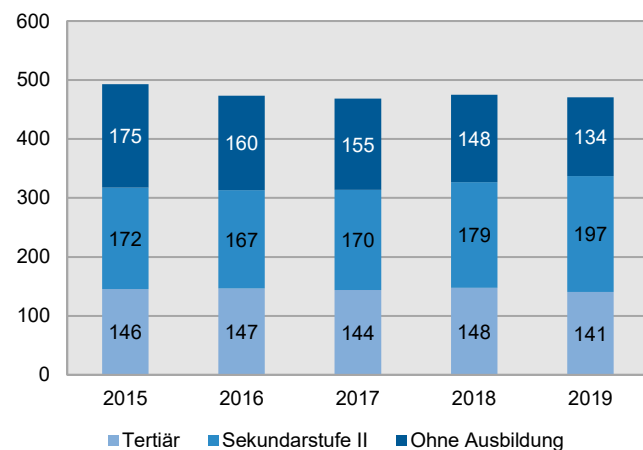


Quelle: BFS – Spitex-Statistik, STATPOP / Analyse Obsan
© Obsan 2021

6.3.3 Personal in der Langzeitpflege

Die Personalressourcen in der Pflege in den Alters- und Pflegeheimen des Kantons Appenzell Ausserrhoden sind in den letzten Jahren konstant geblieben. Insgesamt stehen rund 460 Vollzeitstellen zur Verfügung, davon entfallen etwa je ein Drittel auf die Pflegefachpersonen, das Personal der Sekundarstufe II sowie das Personal ohne formalen Bildungsabschluss (G 78).

G 78 Pflegepersonal: Anzahl Vollzeitäquivalente in Pflegeheimen, nach Bildungsniveau, AR, 2015–2019

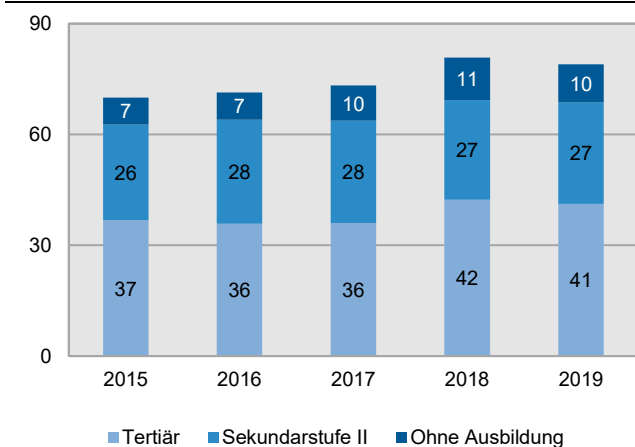


Quelle: BFS – SOMED / Analyse Obsan

© Obsan 2021

In der Spitex ist der Personalbestand – nach einem leichten Zuwachs in den letzten Jahren – zwischen 2018 und 2019 unverändert geblieben. Insgesamt sind in der Spitex 79 Stellen besetzt (2019), über die Hälfte dieser Stellen entfallen auf die Pflegefachkräfte (G 79).

G 79 Pflegepersonal: Anzahl Vollzeitäquivalente in der Spitex, nach Bildungsniveau, 2015–2019



Quelle: BFS – Spitex-Statistik / Analyse Obsan

© Obsan 2021

6.3.4 Herausforderungen in der Langzeitpflege



Die Langzeitpflege im Kanton Appenzell Ausserrhoden zeichnet sich durch eine hohe Inanspruchnahme-Rate in den Pflegeheimen und eine tiefe Inanspruchnahme-Rate in der Spitex aus. Das heisst, die Versorgung ist stark stationär ausgerichtet. Zusätzlich ist im Kanton das in der Deutschschweiz weit verbreitete Muster erkennbar: Ein grosser Anteil der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner haben einen geringen Pflegebedarf.

Während Kantone und Gemeinden auf die demografische Alterung und die epidemiologische Entwicklung praktisch keinen Einfluss haben, kann die Gesundheits- und Alterspolitik bis zu einem gewissen Grad steuern, welche Formen der Langzeitpflege von Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden sollten (Pflegeheimplanung Appenzell Ausserrhoden, 2017). Bedingt durch diese Entwicklungen ist es durchaus möglich, dass die Strukturen der Langzeitpflege im Kanton überdacht werden müssen, um die Versorgung auch in Zukunft sicherzustellen. Hierbei gilt es, den Fokus ebenfalls in Richtung eines breit gefächerten Betreuungs- und Pflegeangebots zu richten. Vor dem Hintergrund eines möglichen Handlungsbedarfs bei der Entwicklung, Konsolidierung und Finanzierung wird der Grundsatz „ambulant **und** stationär“ der Bewältigung der Herausforderungen hier jedoch eher gerecht, da mit der Entwicklung von bedarfsgerechten Angeboten für ältere Personen und den neuen Angeboten im Bereich der sogenannten intermediären Strukturen, die Übergänge der Unterstützungs- und Pflegeleistungen im ambulanten und stationären Bereich flliessender werden. In Appenzell Ausserrhoden ist das Angebot von intermediären Strukturen, wie Tages- und Nachtstrukturen und Alterswohnungen mit Dienstleistungen, noch im Aufbau. Die bewusste Unterstützung und Stärkung von pflegenden und betreuenden Angehörigen kann in Kombination mit ambulanten Leistungserbringern ebenfalls zu einer späteren Inanspruchnahme eines Pflegeheimplatzes führen.

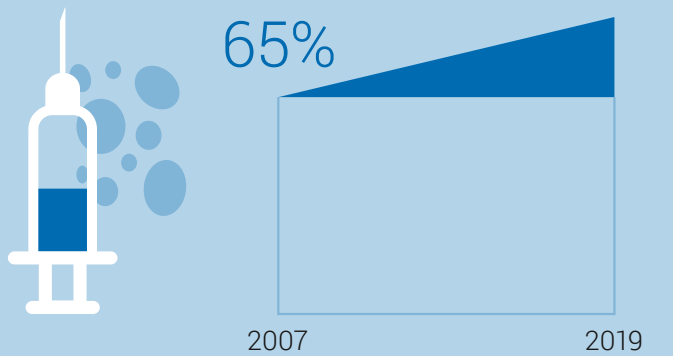
Mit der gegenwärtig diskutierten Anpassung des KVG zur einheitlichen Finanzierung des ambulanten und stationären Bereichs kommen weitere Herausforderungen auf die Langzeitpflege zu. Diese Anpassung könnte jedoch auch die Vernetzung der Angebote vereinfachen.

Gesundheitsförderung und Prävention

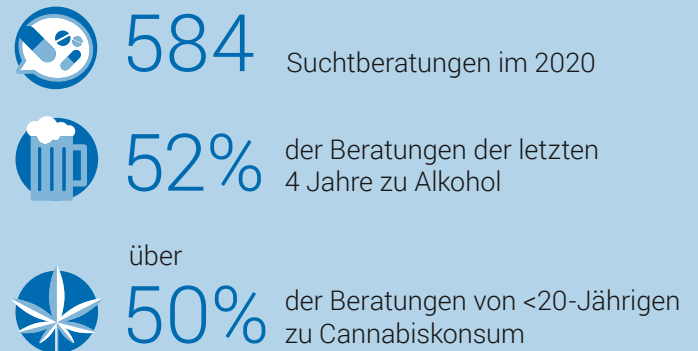
Zusammenarbeit mit lokalen und kantonalen Partnern



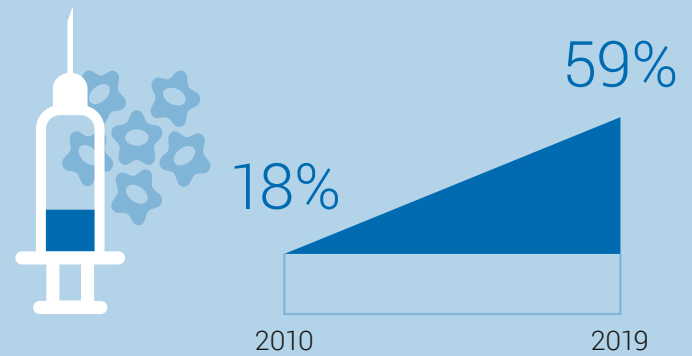
Durchimpfungsrate Masern (2-Jährige)



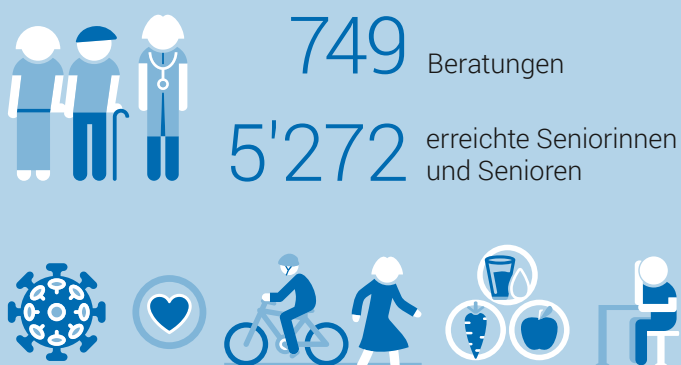
Beratungsstelle für Suchtfragen



HPV-Impfungen bei Mädchen (16+ Jahre)

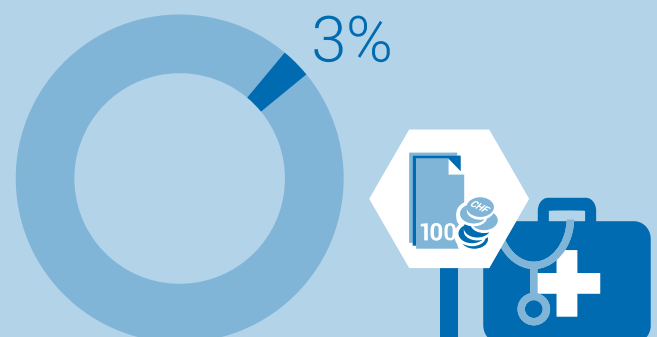


Aktionsprogramm „Zwäg is Alter“ 2017–2020



Fragen zu Umgang mit Corona, Lebensumstände, Mobilität, Ernährung und Einsamkeit

Gesundheitsausgaben pro Einwohner/in 2018, Schweiz



Lediglich 3% der Gesundheitsausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention

7 Gesundheitsförderung und Prävention

7.1 Gesetzliche Grundlagen

Gesundheitsförderung und Prävention sind innerhalb eines Gesundheitssystems von grosser Bedeutung. Ihr Ziel ist es die Vermeidung von Krankheiten und ihren Folgen. Dadurch sollen Lebensqualität und Wohlbefinden gesteigert sowie die in Gesundheit verbrachte Lebenszeit verlängert werden. Das kantonale Gesundheitsgesetz (bGS 811.1) regelt die Aufgaben dazu in Art. 14 – 19. Als Ziel wird postuliert: „Kanton und Gemeinden unterstützen Massnahmen zur Erhaltung und Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, zur Früherkennung von Risikofaktoren und zur Verhütung von Krankheiten und Süchten.“ Keinen Bezug nimmt der Gesundheitsbericht 2021 zur Unfallverhütung. Die Prävention von Unfällen erfolgt durch die Beratungsstelle für Unfallverhütung des Bundes und die Prävention von betrieblichen Unfällen durch das Arbeitsinspektorat. Der Kanton Appenzell Ausserrhoden ist Mitglied des Vereins Forum BGM Ostschweiz, welcher sich für die Förderung und den Erhalt der Gesundheit am Arbeitsplatz einsetzt. In diesem Zusammenhang sind natürlich die Unternehmen auch in der Verantwortung.

Ausdrücklich sind dem Kanton folgende Aufgaben direkt zugeordnet:

- Massnahmen zur Prävention respektive Verhütung von übertragbaren Krankheiten im Allgemeinen;
- Unterstützung von Projekten und Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Vorbeugung gegen psychische Erkrankungen;
- Unterstützung von alters- und geschlechtsspezifischen Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention;
- Förderung der sexuellen Selbstbestimmung und Selbstverantwortung namentlich von Jugendlichen und jungen Erwachsenen und Unterstützung von Massnahmen der Familienplanung;
- Bekämpfung des Suchtmittelmissbrauchs (Alkohol, Tabak, illegale Suchtmittel) und Schutz vor Passivrauchen;
- Aufsicht über den schulärztlichen und schulzahnärztlichen Dienst.

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

- Gesundheitsunterricht an Schulen;
- Beratung der Eltern von Säuglingen und Kleinkindern (Mütter- und Väterberatung);
- schulärztlicher und schulzahnärztlicher Dienst.

7.2 Definition der Begriffe

Obwohl sich die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention von der Bedeutung her unterscheiden, haben sie dennoch eine Gemeinsamkeit: Sie wollen eine Verschlechterung der Gesundheit verhindern. Gesundheitsförderung und Prävention haben das Ziel, die Gesundheit der Menschen mit ihren Gesundheitsressourcen zu erhalten, zu fördern und längerfristig zu stärken. Lebensstile und die Umwelt prägen das Gesundheitsverhalten. Eine gesunde und ausgeglichene Lebensweise kann das Wohlbefinden steigern und Krankheiten minimieren. Menschen sollen ein problematisches Verhalten frühzeitig erkennen, damit sie handeln können.

Der folgende Abschnitt erläutert die Begriffe Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV), Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz.

7.2.1 Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV)

Mit Prävention werden alle Strategien und Massnahmen bezeichnet, die ergriffen werden, um das Auftreten, die Verbreitung und die negativen Auswirkungen von Krankheiten und Risikoverhalten zu verhindern oder zu vermindern.

Menschen mit erhöhten Krankheitsrisiken und bereits erkrankte Menschen sollen mittels bedarfsgerechter präventiver Angebote unterstützt werden, um ihren Gesundheitszustand sowie im Krankheitsfall ihre Lebensqualität und gesellschaftliche Teilhabe möglichst zu erhalten. Ziel der PGV ist es, die Prävention in der Gesundheitsversorgung über die gesamte Versorgungskette hinweg zu stärken, um Lebensqualität sowie Autonomie der Patientinnen und Patienten zu fördern und den Behandlungsbedarf zu vermindern.

Prävention erfolgt über die Förderung einer gesunden Lebensführung.

Wichtige Elemente dabei sind:

- Sensibilisierung, Empowerment, Förderung von Gesundheitskompetenz;
- Reduktion von Risikofaktoren, Früherkennung;
- Förderung gesunden Verhaltens, Coaching, Motivation;
- praxismgerechte Umsetzung, Begleitung, angepasste Angebote.

Aufgabe der PGV ist es, innerhalb der Gesundheitsversorgung die Rahmenbedingungen diesbezüglich zu verbessern und die Schnittstellen zu den Akteuren ausserhalb der Gesundheitsversorgung effizienter zu gestalten. Die PGV strebt einen koordinierten Einsatz von präventiven Praktiken über die gesamte Versorgungskette an (BAG & Gesundheitsförderung Schweiz, 2019).

7.2.2 Gesundheitsförderung

Die Gesundheitsförderung umfasst Disziplinen übergreifende, theoretisch fundierte Massnahmen und Strategien, welche über die Förderung individueller Gesundheitsressourcen und die Veränderung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen auf die Stärkung der Gesundheit der Menschen abzielen. Gesundheitsförderung bezieht sich somit auf den Prozess der Befähigung von Menschen und sozialen Systemen, ihre Kontrolle über Bedingungen von Gesundheit zu erhöhen. Dabei werden sowohl das Gesundheitsverhalten als auch die sozialen, ökonomischen und ökologischen und physikalischen Gesundheitsverhältnisse miteinbezogen.

Begriff und Konzept der modernen Gesundheitsförderung gehen zurück auf die 1986 im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa (Kanada) entstandenen Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Sie hat bis heute Gültigkeit und hält fest, dass Gesundheitsförderung darauf abzielen soll, „allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO, 1986: 2).

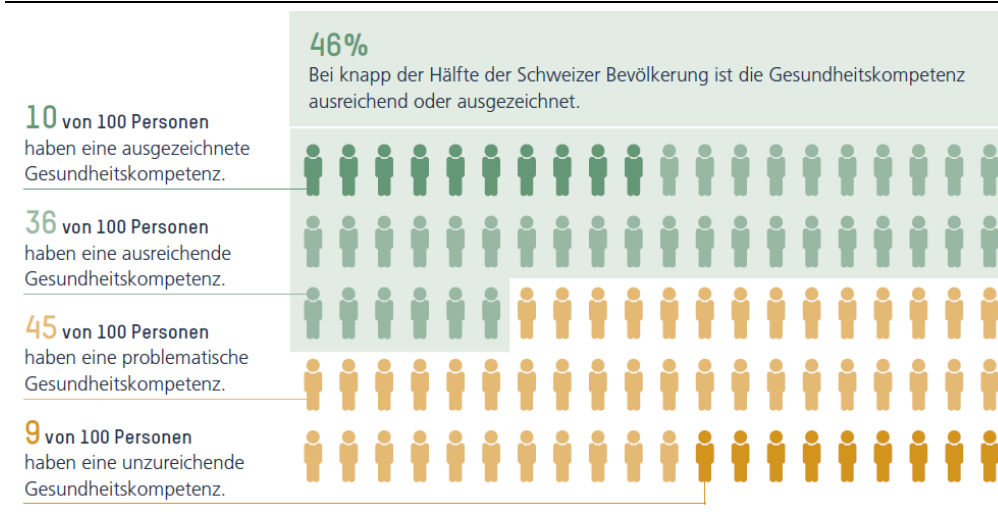
Eine strikte Trennung zwischen Gesundheitsförderung und Prävention ist nicht immer möglich – und wird in einer breit definierten Gesundheitsförderung auch nicht gemacht. Hier erscheinen beide Disziplinen als Ansätze, die sowohl Gesundheitsressourcen und Belastungen – beziehungsweise Schutz- und Risikofaktoren in der Terminologie der Prävention – berücksichtigen (Infodrog, 2018a).

7.2.3 Gesundheitskompetenz

Der Begriff Gesundheitskompetenz (engl.: Health Literacy) steht für die Fähigkeit eines Menschen, im privaten Alltag Entscheidungen zu treffen, die sich förderlich auf die Gesundheit auswirken. Sie ist bedingt durch das Vermögen eines Menschen, mit gesundheitsrelevanten Informationen kompetent umgehen und diese in ein aufgeklärtes, die Gesundheit förderndes Verhalten umsetzen zu können. Eine hohe Gesundheitskompetenz hängt mit dem Lebensstil und folglich dem Gesundheitsverhalten eines Menschen zusammen. Als personale Ressource kann sie dazu beitragen, einem einzelnen Individuum mehr Kontrolle über gesundheitsbeeinflussende Faktoren zu ermöglichen. Der Prävention und Gesundheitsförderung kommt daher eine wichtige Funktion in der Förderung der Entwicklung von Gesundheitskompetenzen in Einrichtungen der Regelversorgung wie der Schule oder des Gesundheitssystems zu. Gesundheitsbezogene Kompetenzen können schliesslich den generellen Lebenskompetenzen zugeordnet werden (Infodrog, 2018b).

Gesundheitskompetenz in der Schweiz

Eine repräsentative Erhebung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung von 2015 durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat gezeigt, dass lediglich jede zehnte Person in der Schweiz eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz hat. Bei etwas mehr als einem Drittel der Bevölkerung ist die Gesundheitskompetenz ausreichend, bei rund 45 % aber bereits problematisch und bei 9 % unzureichend (G 80). Auch bei dieser Erhebung zeigte sich, dass gut gebildete und finanziell besser gestellte Personen über eine höhere Gesundheitskompetenz verfügen. Eine erneute Erhebung wurde im 2020 durchgeführt und die Ergebnisse erscheinen voraussichtlich im Sommer 2021 (BAG, 2020c).

G 80 Gesundheitskompetenz in der Schweiz, Erhebung 2015

Quelle: BAG 2016

Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage bei der Schweizer Wohnbevölkerung; Einflüsse der Gesundheitskompetenz auf den Menschen

Gut gebildete und finanziell bessergestellte Personen weisen eine höhere Gesundheitskompetenz auf. Personen, welche Mühe haben Geld für Rechnungen generell und für Arztrechnungen oder für Medikamente im Speziellen aufzubringen, weisen eine tiefere Gesundheitskompetenz auf. Weiter besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und sportlicher Aktivität: Personen, welche oft Sport treiben, haben eine höhere Gesundheitskompetenz. Ebenso verhält es sich bei Personen mit einer ambulanten Zusatzversicherung.

Frauen weisen eine leicht höhere Gesundheitskompetenz auf als Männer. Des Weiteren ist mit zunehmendem Alter tendenziell eine tiefere Gesundheitskompetenz festzustellen. Vor allem der Anteil an mangelhafter Gesundheitskompetenz ist bei Personen ab 76 Jahren am höchsten. Gleichzeitig ist bei dieser Alterskohorte jedoch auch der Anteil an ausgezeichneter Gesundheitskompetenz am höchsten. Während es bei den Jüngeren wenige Ausreisser nach oben oder unten gibt, öffnet sich die Schere demnach bei den Älteren. Die zusätzlich durchgeführte Befragung bei Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei und Portugal zeigt, dass die Gesundheitskompetenz nur teilweise durch den Migrationshintergrund beeinflusst wird.

Personen mit einer tieferen Gesundheitskompetenz sind mit einer höheren Wahrscheinlichkeit Raucherinnen oder Raucher. Das lässt sich jedoch nicht auf den geringen bis moderaten Alkoholkonsum übertragen: Dieser ist bei einer höheren Gesundheitskompetenz tendenziell höher – was sich auch bei den Ergebnissen der HLS-EU-Studie zeigte. Der exzessive Alkoholkonsum sinkt hingegen mit zunehmender Gesundheitskompetenz.

Die Studie liefert auch Informationen dazu, inwiefern sich die Gesundheitskompetenz auf den Gesundheitszustand auswirkt

und ob sie einen Einfluss darauf hat, wie viele medizinische Leistungen genutzt werden. Wie bei den Befragten der EU-Länder fühlen sich auch in der Schweiz Wohnende mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz meist weniger gesund und haben häufiger ein länger andauerndes medizinisches Problem. Die Spitalaufenthalte nehmen mit zunehmender Gesundheitskompetenz ab (spectra, 2020).

Neben dem Nutzen der Gesundheitskompetenz für die individuelle Gesundheit und einer höheren Autonomie im Umgang mit einem komplexen Gesundheitssystem leistet eine möglichst gute Gesundheitskompetenz auch einen wichtigen Beitrag zur Dämpfung der Kostenentwicklung in der Gesundheitsversorgung sowie in der Förderung und Bewahrung der Arbeitsfähigkeit (Allianz Gesundheitskompetenz, 2020). Die Grafik G 81 zeigt, in welchen Bereichen eine hohe Gesundheitskompetenz einen positiveren Einfluss auf die eigene Gesundheit hat.

G 81 Gesundheitskompetenz: Diverse Faktoren haben einen Einfluss

Quelle Grafik: Gesundheitskompetenz Zürich (2021)

7.3 Organisation der Gesundheitsförderung und Prävention in Appenzell Ausserrhoden

Um der Bevölkerung eine breite und bedarfsgerechte Versorgung anbieten zu können, arbeitet der Kanton Appenzell Ausserrhoden mit verschiedenen lokalen und kantonalen Partnerschaften zusammen. Deren Zusammenarbeit ist in Leistungsaufträgen geregelt, welche periodisch überprüft werden (die einzelnen Schnittstellen sind am Schluss des Kapitels zusammengefasst und kurz mit ihrem Angebot beschrieben). Aufgrund der Grösse des Kantons Appenzell Ausserrhoden ist unerlässlich, sich mit bereits installierten und bewährten Hilfsangeboten zu vernetzen und von Synergien zu profitieren.

7.4 Bedeutung der Gesundheitsförderung und Prävention

Es gibt zahlreiche wissenschaftliche Evaluationen, Studien und Meta-Analysen, die belegen, dass Massnahmen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention wirksam sind, wenn sie richtig umgesetzt werden. Dazu gehören zum Beispiel Massnahmen zur Verhinderung von Übergewicht bei Kindern, für ein gesundes Arbeitsumfeld oder zur Sturzprävention im Alter.

Eine Evidenz besteht beispielsweise für die Wirksamkeit der Sturzprävention. Die Häufigkeit von Stürzen im Alter kann mit spezifischen Trainings um rund 30 % bis 50 % reduziert werden (Gesundheitsförderung Schweiz, 2017a).

Die Wirkungen von gesundheitsförderlichen Massnahmen sind jedoch vielfach nicht direkt beobachtbar. Bei Personen, die an einer gesundheitsförderlichen Massnahme teilnehmen, kann nicht abschliessend gesagt werden, wie sich ihre Gesundheit ohne diese Massnahme verändert hätte. Ein Vergleich zu einer Kontrollgruppe wäre dazu nötig, jedoch viel zu aufwändig und in der Realität oft schwierig, da die Gesundheit durch eine Vielzahl von individuellen, sozialen und materiellen Faktoren beeinflusst wird (Gesundheitsförderung Schweiz, 2017b). Weitgehende Einigung herrscht aber über den Gewinn an Lebensqualität durch Prävention und Gesundheitsförderung (BAG, 2020c).

Der Bericht „Gesundheit 2020“ des Bundesamts für Gesundheit (BAG), äussert sich zur Zielsetzung „Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung intensivieren“ wie folgt: „Öffentliche und private Akteure sollen ihre Aktivitäten zur Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung von Krankheiten vor dem Hintergrund der zunehmenden chronischen Krankheiten koordinieren und verstärken. Das Ziel ist, wo möglich Krankheiten zu verhindern oder zu mildern. So können auch die volkswirtschaftlichen Kosten reduziert werden, die durch unausgewogene Ernährung und mangelnde Bewegung, übermässigen Alkoholkonsum, Tabak und Drogen, aber auch durch die Verbreitung von sexuell übertragbaren Krankheiten und durch die zum Teil ungenügende Durchimpfung (Masern etc.) entstehen.“ (BAG, 2013b).

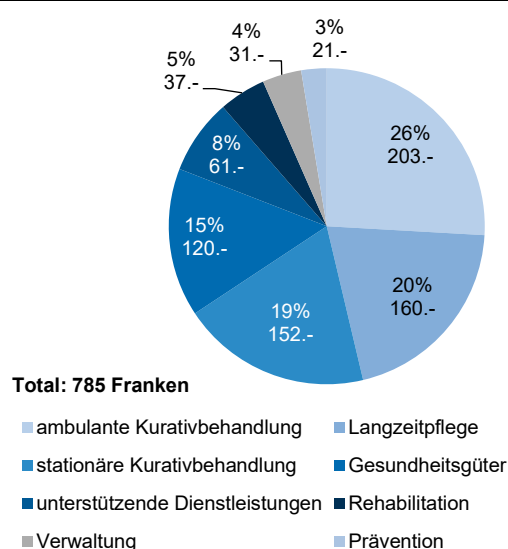
7.4.1 Schweizweite Herausforderung

Durch die Zunahme der chronischen und multimorbiden Erkrankungen in der Bevölkerung sowie des demographischen Wandels bei zeitgleichem Druck auf die Kosten im Schweizer Gesundheitswesen gewinnt die Gesundheitsförderung und Prävention immer mehr an Bedeutung in der gesundheitspolitischen Diskussion. Nicht zuletzt hat dies auch mit dem Trend der Verschiebung des Krankheitsspektrums zu tun, welcher im vergangenen Jahrhundert stärker geworden ist. Beginnend bei den Infektionskrankheiten geht dies in Richtung der bewegungs- und ernährungsassoziierten Zivilisationserkrankungen wie Herz-Kreislauferkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates oder Diabetes (Berger & Strauss, 2019). Wenn nun zu den sogenannten nichtübertragbaren Krankheiten noch die psychischen Krankheiten und Belastungen dazu gezählt werden, sind diese für 51 % der gesamten Gesundheitsausgaben der Schweiz und viel Leid verantwortlich (BAG, 2020d).

Eine Studie der ZHAW im Auftrag des BAG, die eine Berechnung des Return on Investment der Investitionen in den drei Präventionsbereichen Tabak, Alkoholmissbrauch und Verkehrsunfälle zum Ziel hatte, zeigte eine positive Rendite auf jeden für die Gesundheitsförderung und Massnahmen zur Prävention in den drei Bereichen eingesetzten Franken. Die Studie belegt sodann den möglichen Nutzen von Präventionsmassnahmen und weist nach, dass diese Massnahmen einen Gewinn für die Gesellschaft als Ganzes erbringen können (Wieser et al., 2010).

Im Verhältnis zu den gesamten Gesundheitsausgaben pro Einwohner/in der Schweiz lag der Anteil der Ausgaben für die Prävention im 2018 jedoch lediglich bei 3 % (G 82). Dies zeigt sicherlich auch, dass Prävention und Gesundheitsförderung noch einen zu kleinen Stellenwert innerhalb der Gesundheitsversorgung und dem Gesundheitswesen der Schweiz innehaben.

G 82 Gesundheitsausgaben pro Einwohner/in, CH, 2018



Quelle: BFS – Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (COU) (BFS, 2020c)

7.4.2 Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe in Appenzell Ausserrhoden

Die Arbeit im Gesundheits- und Präventionsbereich bringt Aufgaben mit, welche sich in Form von Querschnittsaufgaben, depar-temental übergreifend, zeigen. Angebote und Projekte für unter-schiedliche Bedürfnisse, Zielgruppen und deren Lebensphasen tangieren oft verschiedene Bereiche wie Bildung, Gesundheit und Soziales gleichzeitig. Das Individuum, die Gruppe oder ge-sellschaftliche Bedürfnisse stehen vor vielfältigen Herausfor-derungen und dürfen im Sinne einer ganzheitlichen Gesundheits-förderung und Prävention nicht isoliert betrachtet werden. Ein systemischer Blickwinkel sorgt dabei für Stabilität und Qualität in den unterschiedlichen Bereichen. Für eine Stärkung der Präven-tion in der Gesundheitsversorgung werden alle Altersgruppen (Kindheit und Jugend, Erwachsenenleben, Alter) berücksichtigt.

Ein Schwerpunkt liegt dabei auf dem Gesundheitsunterricht an den Schulen. Dabei setzen sie sich unter anderem mit dem Thema Konsum, Abhängigkeit und Sucht, sowie der Aufklärung bezüglich sexuell übertragbaren Krankheiten und der Förderung eines „positiven Körperbilds“ auseinander. Weitere Punkte sind die Verkehrserziehung der Polizei, Mütter- und Väterberatungen und die Gesundheit am Arbeitsplatz, welche durch das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) des Personalamtes sowie die Mitarbeit im Verein Forum BGM Ostschweiz gestärkt und kontrolliert wird. Die Förderung von Sportvereinen und Sportver-anstaltungen gehört wie der Klima- und Umweltschutz ebenfalls zu ihrem Aufgabenbereich.

Damit eine ganzheitliche Gesundheitsförderung und Präven-tion gelingen kann, sind die verschiedenen Departemente in der kantonalen Verwaltung gefordert, ihre Aufgaben und Angebote aufeinander abzustimmen und wo nötig zu ergänzen. Unter-schiedliche Interventionen zielen darauf ab, Einschränkungen zu verhindern, hinauszuzögern oder das Auftreten von Krankheiten zu minimieren.

Beispiele interdepartementaler Massnahmen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention

Aktionsplan „Frühe Kindheit in Appenzell Ausserrhoden“

Kinder lernen in ihren ersten Lebensjahren so viel wie in kei-ner späteren Lebensphase. Nur in einer Umgebung, in der sich Kinder sicher und vertraut fühlen, können sie ihre Umge-bung spielerisch entdecken. Die Startbedingungen in der frü-hen Lebensphase beeinflussen die Gesundheitsentwicklung sowie Bildungs- und Integrationschancen von Kindern. Von Geburt an spielerisch erlernte Kompetenzen und Fähigkeiten sind entscheidend für das gesamte Leben und beeinflussen die Aussicht auf schulischen und beruflichen Erfolg und ge-sellschaftliche Teilhabe. Dies ist der Ausgangspunkt für das Konzept „Frühe Kindheit“. Angebote in der frühen Kindheit dienen nicht nur den Familien und Kindern, sondern zahlen sich auch in gesamtgesellschaftlicher und ökonomischer Hin-sicht aus. Sie fördern erfolgreiche Bildungswege und spätere berufliche Entwicklungschancen, wodurch beispielsweise So-zialhilfekosten reduziert werden. Es lohnt sich somit, früh zu investieren. Für das Wohlbefinden der Menschen, den gesell-schaftlichen Zusammenhalt und nicht zuletzt, um allfällige Folgekosten zu verhindern.

Der Ausserrhoder Regierungsrat hat das Konzept und den dazugehörigen Aktionsplan „Frühe Kindheit in Appenzell Ausserrhoden“ verabschiedet. Im Aktionsplan sind die Mass-nahmen rund um die frühkindliche Bildung, Betreuung und Er-ziehung festgelegt.

Es werden die Zuständigkeiten definiert, die Finanzierung ge-regelt sowie Handlungsempfehlungen für die Gemeinden und Angebote formuliert. Somit setzt der Regierungsrat die Grundpfeiler der frühen Förderung im Kanton für die nächsten Jahre. Die konkrete Umsetzung in enger Kooperation mit den Gemeinden kann beginnen.

Erarbeitet wurde das Konzept von den Departementen Gesundheit und Soziales sowie Bildung und Kultur zusam-men mit ausgewählten Vertretungen aus der Praxis und den Gemeinden. Der Aktionsplan soll nun in enger Zusammenar-beit mit den Gemeinden umgesetzt werden. Dazu hat der Re-gierungsrat das Departement für Gesundheit und Soziales beauftragt, die Umsetzung des Aktionsplans in den Gemein-den zu koordinieren und ein fachliches Begleitgremium zu bil-den.

Schulärztlicher und schulzahnärztlicher Dienst

Der schulärztliche Dienst hat im Rahmen seines Aufgabenspektrums eine wichtige Funktion bei der Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sowie bei der frühzeitigen Erkennung von individuellen gesundheitlichen Schäden und allgemeinen volksgesundheitlich relevanten Trends. Zudem besteht der gesetzliche Auftrag der Schulärztinnen und Schulärzte in der Beratung der Eltern, Behörden und Lehrerschaft in Fragen der Gesundheitserziehung und -vorsorge. Die obligatorischen schulärztlichen Untersuchungen aller Schülerinnen und Schüler in Appenzell Ausserrhodens erfolgen nach einheitlichen Vorgaben jeweils kurz vor Schuleintritt und Schulaustritt. Gleichzeitig mit der Überprüfung des Gesundheitszustandes und der altersgerechten Adressierung gesundheitlicher Schutz- und Risikofaktoren wird anlässlich der Untersuchung auch der Impfschutz überprüft und es besteht die Möglichkeit zur kostenlosen Impfung. Bei Bedarf können die Schulärztin oder der Schularzt weitere Abklärungen und therapeutische Massnahmen empfehlen. Durch die umfängliche und einheitliche Untersuchung aller Schülerinnen und Schüler können zudem frühzeitig wichtige Erkenntnisse zur allgemeinen Gesundheitsentwicklung in den jeweiligen Altersgruppen gewonnen sowie relevante problematische Trends identifiziert und allfälligen gesundheitspolitischen Interventionen zugänglich gemacht werden. Schulärztinnen und -ärzte sind in diesem Zusammenhang ein wichtiges Bindeglied zwischen Individualmedizin und Public Health (Lüthi et al., 2019).

Gesunde Zähne sind für die Entwicklung eines Kindes von grosser Bedeutung. Eine ungenügende Zahnhygiene sowie die daraus entstehenden Schäden an den Milchzähnen als auch am Erwachsenengebiss können medizinisch als auch finanziell unangenehm werden und zu Problemen führen. Die Schulzahnpflege stellte daher ebenfalls eine wichtige Präventionsmassnahme dar. Die Schulzahnpflegeinstruktoren und -instruktoren besuchen mehrmals im Jahr die Klassen der Gemeindeschulen und betreiben in diesem Rahmen Aufklärung über kariesverursachende Speisen und Getränke, korrekte Zahnreinigung und Fluidprophylaxe. Im Rahmen der schulzahnärztlichen Untersuchung werden die Karieskontrolle, die Zahn- und Kieferstellung und die Mundhygiene kontrolliert. Dies dient einerseits zur Früherfassung von Zahnschäden und andererseits der Erkennung von angeborenen oder erworbenen Zahn- und Kieferstellungsanomalien.

7.5 Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich psychische Erkrankungen und Sucht

Psychische Erkrankungen

Laut der Gesundheitsbefragung aus dem 2017 fühlen sich im Kanton Appenzell Ausserrhodens 10,3 % aller Befragten mittel bis stark psychisch belastet. Das sind zwar deutlich weniger als der Schweizer Durchschnitt (15,1 %), jedoch bedeutet eine starke psychische Belastung ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankung wie Depressionen oder Angststörungen.

Auslöser für eine psychische Krise oder Erkrankung ist meist eine Belastungssituation, etwa am Arbeitsplatz, in der Partnerschaft oder in der Familie. Aber auch biologische Veränderungen im Körper, beispielsweise nach einer Geburt, können psychische Erkrankungen auslösen. Wie gross der Einfluss genetischer Faktoren ist, wird von verschiedenen Fachleuten unterschiedlich beurteilt (Pro Mente Sana, 2020).

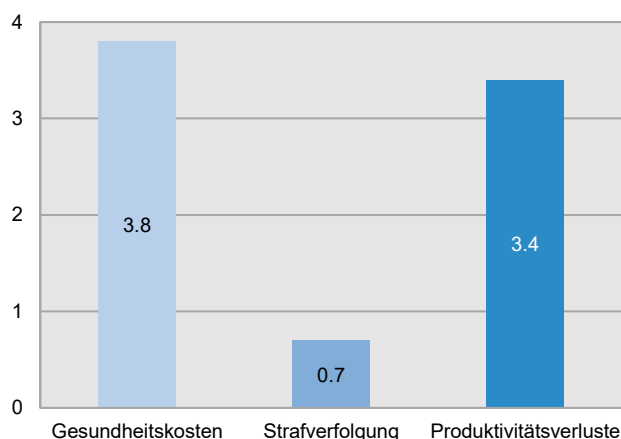
Sucht – und ihre Folgekosten

Bei der Sucht handelt es sich medizinisch gesehen ebenfalls um eine Krankheit, die Fachwelt spricht in der Regel von Missbrauch oder Abhängigkeit. Sie wird in der internationalen Klassifikation der Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation WHO (ICD-10) als „psychische oder Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen“ beschrieben.

Sucht ist ein bio-psycho-soziales Phänomen. Sie hat sowohl Auswirkungen auf die Psyche und den Körper eines Menschen, als auch auf dessen soziales Umfeld und die soziale Integration. Sie entsteht aus individuellen Veranlagungen, aber auch durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen (z. B. persönliches Umfeld, berufliche und finanzielle Situation, kultureller Umgang mit Substanzen, Erhältlichkeit) oder einer psychischen Krise oder Erkrankung. Auch bei der Entstehung einer Suchterkrankung kann jedoch selten eine einzige Ursache festgestellt werden.

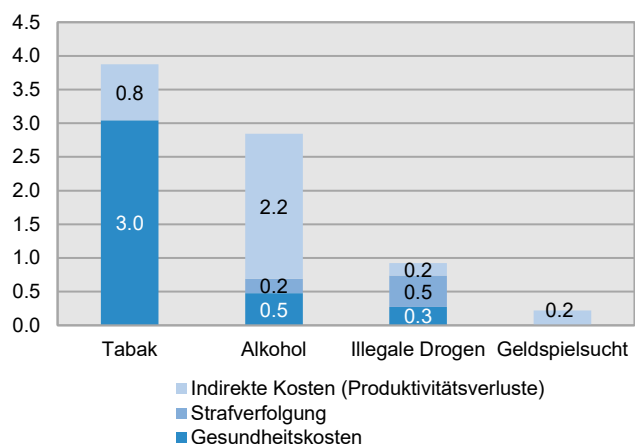
Kosten für Sucht können durch unterschiedliche Faktoren entstehen. Zum einen aus den Gesundheitsausgaben, wozu ärztliche Leistungen, aber auch Ausgaben für Arzneimittel- und Spitalaufenthalte zählen. Weitere Kosten verursacht die Verfolgung suchtbedingter Straftaten. Ausserdem gehen dem Arbeitsmarkt aufgrund von krankheitsbedingten Absenzen, reduzierter Leistungsfähigkeit oder frühzeitigen Todesfällen wertvolle Ressourcen verloren (BAG, 2020e).

Durch Sucht entstehen in der Schweiz jährlich Kosten in der Höhe von 7,9 Mrd. Franken, wie eine Studie von Polynomics im Auftrag des BAG 2017 berechnete (G 83). Die Kosten im Gesundheitswesen und der Strafverfolgung sind direkte Kosten, durch Produktivitätsverluste entstehen weitere indirekten Kosten (vorzeitige Todesfälle und suchtbedingte Krankheitsfälle sowie direkte Produktivitätsverluste) (BAG, 2020f). Die Grafik G 84 zeigt zudem die volkswirtschaftlichen Kosten nach Art des Suchtmittels auf.

G 83 Folgekosten von Sucht nach Kostenart, in Mrd. CHF, 2017

Kosten im Gesundheitswesen und der Strafverfolgung sind direkte Kosten. Produktivitätsverluste sind die indirekten Kosten.

Quelle: BAG, 2020f

G 84 Volkswirtschaftliche Kosten von Sucht nach Art der Sucht, in Mrd CHF, 2017

Quelle: BAG, 2020f

7.5.1 Schwerpunkte der Gesundheitsförderung und Prävention von Psychische Erkrankungen und Sucht im Kanton Appenzell Ausserrhoden

Die kantonalen Aktionsprogramme (KAP) bilden ein zentrales Instrument von Gesundheitsförderung Schweiz, um die Gesundheit der Bevölkerung zu stärken. Mit nationalen Leitzielen für die kantonalen Aktionsprogramme gibt Gesundheitsförderung Schweiz eine Richtung vor, die dem Stand von Forschung und Praxis in Gesundheitsförderung entspricht, den Kantonen aber auch Spielraum für eigene Akzente lässt.

Kantonale Ziele müssen mit spezifischen, messbaren, anspruchsvollen, realistischen und terminierten Detailzielen konkretisiert werden. Anhand einer jährlichen Berichterstattung wird

überprüft, inwieweit sie erreicht werden (Gesundheitsförderung Schweiz, 2017b).

Kantonales Aktionsprogramm (KAP) „Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen/2018 bis Juni 2021“ Modul C

Im Fokus steht dabei die Stärkung von Lebenskompetenzen und Ressourcen, was für sämtliche Bereiche, einschliesslich der Suchtprävention, gilt.

Die strategische Leitung des KAP obliegt dem Kanton Appenzell Ausserrhoden. Die Umsetzung der operativen Massnahmen wurde mit einem Zusammenarbeitsvertrag mit der Abteilung ZEPRA – Prävention und Gesundheitsförderung, Amt für Gesundheitsvorsorge St.Gallen, geregelt.

Strategisches Ziel der kantonalen Präventionsarbeit ist die Förderung der psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen.

Im 2020 haben erstmals die drei Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden und St.Gallen eine gemeinsame Eingabe für das kantonale Aktionsprogramm (KAP) für das Modul C formuliert. Das gemeinsame KAP ermöglicht die vorhandenen Mittel und Synergien besser zu nutzen sowie die verschiedenen Projekte und Massnahmen noch wirkungsvoller umzusetzen. Der Vertrag zwischen den drei Kantonen und der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz wurde für die Jahre 2021–2024 erstellt.

Kantonales Aktionsprogramm (KAP) «Zwäg is Alter/ 2018–2021» Modul B&D

Die strategische Leitung des KAP obliegt dem Kanton Appenzell Ausserrhoden. Die operative Umsetzung führt die Pro Senectute Appenzell Ausserrhoden aus, welche das Programm bereits in den vorangegangenen Jahren in einer ähnlichen Struktur umsetzte.

Strategisches Ziel der kantonalen Präventionsarbeit ist:

- Förderung einer ausgewogenen Ernährung und ausreichender Bewegung bei älteren Menschen;
- Förderung der psychischen Gesundheit bei älteren Menschen.

Weiterentwicklung KAP-Modul B&D

Der Vertrag zum KAP Modul B&D „Zwäg is Alter“ zwischen dem Kanton Appenzell Ausserrhoden, der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz und der Pro Senectute Appenzell Ausserrhoden wird bis Ende 2021 weitergeführt. Eine interne Evaluation mit Überprüfung einer Anschlusslösung erfolgt im 2021 durch das Amt für Gesundheit.

Mitarbeit im Ostschweizer Forum für Psychische Gesundheit (OFPG)

Das „Ostschweizer Forum für Psychische Gesundheit“ (OFPG) ist ein nicht gewinnorientierter Verein, der von den Kantonen St.Gallen, Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden sowie dem Fürstentum Liechtenstein getragen wird. Ziel des OFPG-Forums ist es, die psychische Gesundheit zu thematisieren und zu fördern, Tabus im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen abzubauen, die Akteure in der Ostschweiz zu vernetzen und den Austausch zwischen Fachstellen, Betroffenen, Angehörigen und Interessierten zu stärken. Entstanden ist das Ostschweizer Forum aus der Zusammenarbeit der Kantone und dem Fürstentum im Rahmen ihrer „Bündnisse gegen Depression“.

Über Veranstaltungen, Fortbildungen und Informationsmaterialien möchte das Ostschweizer Forum auf die Bedeutung der psychischen Gesundheit hinweisen und für das Thema sensibilisieren. Der Verein hat zudem eine gemeinsame Webplattform mit Informationen, einem Verzeichnis für Unterstützungsangebote und einem Veranstaltungskalender für die gesamte Region Ostschweiz entwickelt (ofpg, 2020).

Mitarbeit im Verein Forum BGM Ostschweiz

Der Verein Forum BGM Ostschweiz ist das Kompetenzzentrum in der Region, wenn es um die Erhaltung und der Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz geht. Ziel des Vereins ist die aktive Förderung und Verbreitung von betrieblicher Gesundheitsförderung in der Ostschweiz, um das gesundheitliche Wohlbefinden der erwerbstätigen Bevölkerung zu erhalten und zu verbessern. Das Forum BGM Ostschweiz vereint wissenschaftliche Erkenntnisse und praktische Erfahrungen aus der betrieblichen Gesundheitsförderung und bereitet dieses Wissen betriebsgerecht auf. Um die Förderung der Gesundheit von Arbeitnehmenden breiter zu verankern, engagieren sich deshalb im Vorstand und im Beirat Vertreterinnen und Vertreter von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen, aus der Bildung, Forschung und Politik sowie aus kleinen und grossen Betrieben (BGM Ostschweiz, 2020).

7.5.2 Die kantonale Beratungsstelle für Suchtfragen

Die QuaTheDA-zertifizierte⁷ Beratungsstelle für Suchtfragen ist die kantonale Fachstelle für die Bereiche Suchtberatung, Früherkennung und Prävention. Beratungen sind für die Bevölkerung mit Wohnsitz in Appenzell Ausserrhoden kostenlos. Ausnahme bilden verordnete Beratungen nach einem Verstoß gegen das Strassenverkehrsgesetz (SVG; SR 741.01): Fahren in angetrunkenem Zustand (FiaZ), Fahren unter Drogeneinfluss (FuD) und Fahren unter Medikamenteneinfluss (FuM). Die Aufgaben und Tätigkeiten der Beratungsstelle sind auf dem Gesundheitsgesetz von Appenzell Ausserrhoden abgestützt. Die nationale Strategie

Sucht 2017–2024 vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) sowie die individuellen Bedürfnisse der verschiedenen Anspruchsgruppen werden dabei ebenfalls berücksichtigt.

Weitere zentrale Angebote der Fachstelle sind:

- Indikationsabklärung für eine weiterführende Behandlung;
- Informationen über Entzugs- und Therapieeinrichtungen;
- Orientierung über medikamentös begleitete Behandlungsformen (Substitution);
- Triage an spezialisierte Fachstellen;
- Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen für die Abteilung, das Amt und das Departement.

Die Zielgruppen der Fachstelle sind:

- Personen, welche ihren Konsum überdenken möchten;
- Kinder von Eltern mit einer Abhängigkeitserkrankung;
- Betroffene einer Substanz- oder Verhaltensabhängigkeit;
- Menschen, welche riskant oder übermässig Substanzen konsumieren;
- Angehörige und Bezugspersonen;
- Lehrpersonen, Arbeitgebende, Fachpersonen und Behörden.

Kantonale Spezialitäten der Beratungsstelle

Materialien für den Bereich Jugendschutz zu Alkohol und Tabak:

- Appenzell Ausserrhoden hat zusammen mit den Kantonen Appenzell Innerrhoden, Graubünden, St.Gallen und Thurgau gemeinsame Jugendschutzmaterialien entwickelt. Dazu gehören A4-Plakate, Kleber, Informationen für das Verkaufs- und Servicepersonal, eine Checkliste für Festveranstaltende sowie verschiedenfarbige Alters-Kontrollbänder. Alle Materialien weisen auf die gesetzlichen Bestimmungen hin.
- Mit den CheckPoint-Materialien, die kostenlos bezogen werden können, unterstützt die Beratungsstelle für Suchtfragen die Anbieter bei der Durchsetzung der Jugendschutzbestimmungen vor Ort – in den Verkaufsstellen, in der Gastronomie oder an Veranstaltungen.

Interventionen bei Präventionseinsätzen vor Ort:

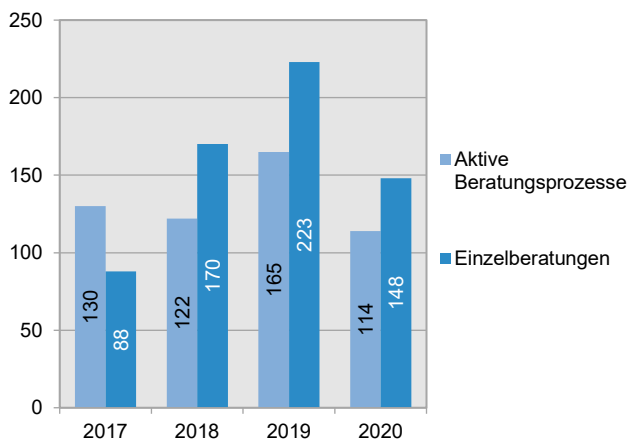
- Im Rahmen der Umsetzung von Aktionstagen und Kampagnen im öffentlichen Raum sowie bei Präventionseinsätzen an Schulen und in den Gemeinden können Mitarbeitende der Fachstelle direkt fachlich beraten. Interventionen in der Suchtprävention können so direkt vom Know-how der Suchtberatung profitieren und umgekehrt. Schwer erreichbare und vulnerable Zielgruppen, wie zum Beispiel Kinder aus suchtbelasteten Familien, können so unterstützt werden.

⁷ Das QM-Label QuaTheDA steht für Qualität Therapie Drogen Alkohol und ist die Qualitätsnorm des BAG für die Suchthilfe.

- Kinder von alkoholabhängigen Eltern stellen eine besondere Risikogruppe dar, später selbst eine Sucht oder eine psychische Erkrankung zu entwickeln. Im Vergleich zu Kindern aus Familien, die keine Suchtproblematik aufweisen, haben Kinder von alkoholabhängigen Eltern ein sechsmal höheres Risiko, eine Sucht oder eine psychische Erkrankung zu entwickeln (Sucht Schweiz, 2021).

In den folgenden Grafiken sind Zahlen zu den Beratungen der Beratungsstelle für Suchtfragen abgebildet (G 85–G87).

G 85 Beratungen der Beratungsstelle für Suchtfragen, AR, 2017–2020

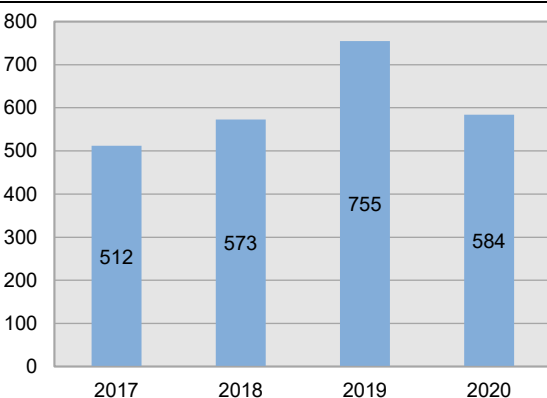


Quelle: AR – Amt für Gesundheit (2021)

Aktive Beratungsprozesse: laufende Beratungsprozesse im Berichtsjahr, Neuanmeldungen und vom Vorjahr übernommene Dossiers.

Einzelberatungen: Aufwände bis 3 Stunde; bei einer Einzelberatung wird kein Dossier eröffnet.

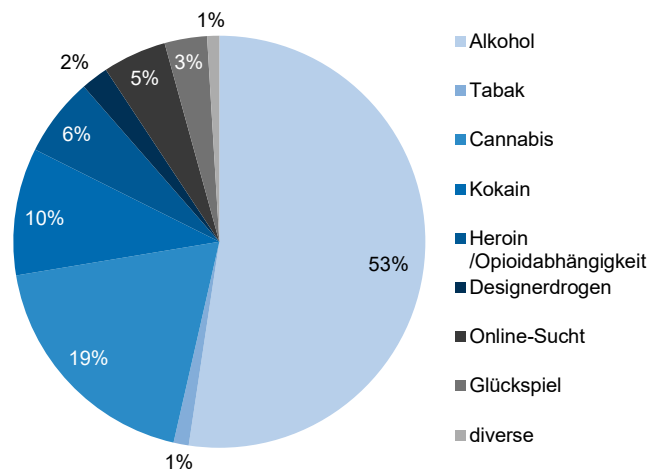
G 86 Total ausgezählte Beratungen zum Thema Sucht, AR, 2017–2020



Beratungen vor Ort; telefonisch, per E-Mail oder anonym über die Website

Quelle: AR – Amt für Gesundheit (2021)

G 87 Aufteilung der Beratungen nach Substanzen und Verhaltenssuchte, AR, 2017–2020



Quelle: AR – Amt für Gesundheit (2021)



Zusammenhang Corona-Pandemie

Krisen und Ausnahmesituationen können zu Angst, Überforderung, Rückzug, aber auch Aggression und Gewalt führen. Einige Menschen reagieren psychisch sehr verletzlich, insbesondere wenn schon eine Vorbelastung besteht (z. B. Krankheit, Sucht, Beziehungskrise).

Der Ausbruch der Corona-Pandemie und die Massnahmen zur Eindämmung des neuen Coronavirus haben den Alltag der Bevölkerung in der Schweiz tiefgreifend verändert, u.a. mit Einschränkungen der Bewegungsfreiheit, Social Distancing, Kurzarbeit, Homeoffice und Homeschooling. Angesichts der Ungewissheit und Angst vor einer Infektion, den Sorgen um den Arbeitsplatz und die wirtschaftliche Entwicklung oder der Mehrfachbelastung zu Hause, war die psychische Gesundheit besonderen Herausforderungen ausgesetzt (Stocker et al., 2020).

Die Kampagne „Wie geht's dir?“

Gesundheitsförderung Schweiz unterstützt Kampagnen zur Förderung der psychischen Gesundheit. Die Kampagne „Wie geht's dir?“ hat zum Ziel, die Bevölkerung insbesondere in der Deutschschweiz für das Thema der psychischen Gesundheit zu sensibilisieren und aufzuzeigen, wie diese gefördert werden kann. Gesundheitsförderung Schweiz finanziert die Kampagne, die durch Pro Mente Sana und die Kantone umgesetzt wird (wie-gehts-dir.ch).

Die Abteilung Gesundheitsförderung im Amt für Gesundheit unterstützt und fördert die psychische Gesundheit der Ausserrhoder Bevölkerung mit diversen psychosozialen Angeboten – dies auch schon vor Corona. Im Dokument "Hilfsangebote während der Coronazeit" wird, ausgerichtet auf die Ausnahmesituation, ein ganzes Spektrum an Angeboten gruppiert nach Zielgruppen aufgelistet.

Die Vielfältigkeit der Angebote und der niederschwellige Zugang dazu soll es der Bevölkerung leichter machen, sich in dieser aussergewöhnlichen Phase unterstützen zu lassen.

Broschüre „Ich heb mir Sorg!“

Die Corona-Krise sorgt bei vielen Menschen für Unsicherheiten und Ängste und ist damit auch eine Herausforderung für die psychische Gesundheit. Das Ostschweizer Forum für Psychische Gesundheit (OFPG) hat vor diesem Hintergrund im 2020 die neue Broschüre „Ich heb mir Sorg!“ entwickelt, die sich an Erwachsene richtet. Im Mittelpunkt stehen die Fragen „Was tut mir gut?“ und „Wie kann ich mir selber etwas Gutes tun?“. Durch zahlreiche Empfehlungen und Angebote wird jede Person dazu ermutigt, ihr Leben auch in diesen herausfordernden Zeiten aktiv zu gestalten. Anhand der bewährten Impulse für psychische Gesundheit gibt die Broschüre Anregungen und konkrete Tipps für das Wohlbefinden in Zeiten von Corona. Die Broschüre kann auf der Website des OFPG (ofpg.ch) heruntergeladen werden.

Unterstützungsmassnahmen innerhalb der kantonalen Verwaltung Appenzell Ausserrhoden

Die Themen Social Distancing, Infektionsangst, wirtschaftliche Sorgen, eingeschränkte Bewegungsfreiheit und Home-office beschäftigte auch die kantonale Verwaltung. Der Ausbruch der Corona-Pandemie und die Massnahmen zur Eindämmung des Virus ist eine Mehrbelastung für die psychische Gesundheit. Die kantonale Abteilung für Gesundheitsförderung und die Fachstelle Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) spannen zusammen und bieten Unterstützung. Im Jahr 2021 werden angelehnt an die bereits erwähnte Kampagne "Wie geht's dir?" verschiedene Gefässe geschaffen mit dem Ziel, die Mitarbeitenden für das Thema zu sensibilisieren und zu befähigen, selbst Unterstützung zu leisten oder zu organisieren.

Alter und Sucht

Mit der steigenden Lebenserwartung in der Gesellschaft nimmt auch die Zahl der Menschen mit einer Suchterkrankung im Alter zu, welche auf pflegerische Dienstleistungen im ambulanten oder (teil-)stationären Bereich angewiesen sind. Die Suchtproblematik im Kontext von Pflege und Betreuung stellt Pflegefachleute und -organisationen somit auch künftig vor grosse Herausforderungen. Keine Altersgruppe weist einen höheren Anteil an Personen auf, die chronisch risikoreich Suchtmittel konsumieren, als die über 65-Jährigen. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2019 zeigt, dass rund ein Viertel aller Personen im Rentenalter täglich Alkohol konsumieren. Auch die regelmässige Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln steigt mit zunehmendem Alter. Ausserdem nimmt rund ein Fünftel der Personen ab 55 Jahren Alkohol oft in Kombination mit Medikamenten ein, was zusätzliche Risiken birgt, insbesondere dann, wenn zwei oder mehr Gläser Alkohol konsumiert werden (CURAVIVA, 2020).

7.6 Prävention und Gesundheitsförderung bei übertragbaren Krankheiten

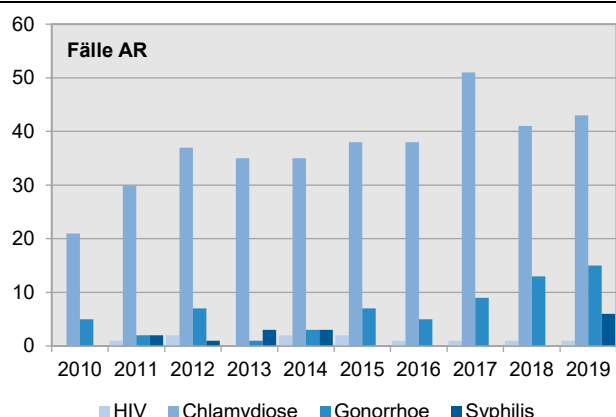
Übertragbare Krankheiten oder Infektionskrankheiten gefährden die öffentliche Gesundheit. Sie können jedoch auch durch gezielte Prävention und Überwachung in der Ausbreitung gebremst werden. Sie lassen sich unter anderem durch Impfungen, Prophylaxe oder Aufklärung vermeiden. Konkret kann es sich dabei um eine Masernimpfung, Malariaprophylaxe oder Informationen für den Bereich sexuelle übertragbare Krankheiten handeln. (BAG, 2020g).

Seit 2002 sinkt in der Schweiz die Anzahl der HIV-Diagnosen. In den letzten vier Jahren ist ein weiterer Rückgang der an das Bundesamt für Gesundheit (BAG) gemeldeten HIV-Diagnosen zu verzeichnen. Zum vierten Mal seit Beginn der HIV-Epidemie Anfang der 1980er-Jahre wurden dem BAG weniger als 500 Fälle in einem Jahr gemeldet. Im Kanton Appenzell Ausserrhoden wurden in den Jahren 2016–2019 jeweils eine Neuinfektion mit dem HI – Virus verzeichnet (BAG, 2021). Die deutliche Abnahme der HIV-Neudiagnosen zeigt, dass die Bemühungen im Bereich der Präventionsarbeit wirkt: Neben der Primärprävention an Schulen und in der Elternarbeit, welche im Kanton Appenzell Ausserrhoden von der Fachstelle für Aids- und Sexualfragen St.Gallen/Appenzell übernommen wird, zählt hierzu auch vermehrtes Testen, vor allem der besonders exponierten Personengruppen, frühzeitiger Therapiestart sowie eine kontinuierlich gute Begleitung der Patientinnen und Patienten (BAG, 2020h).

Andere sexuell übertragbaren Krankheiten wie Chlamydiose, Gonorrhoe und Syphilis nehmen hingegen in der Schweiz kontinuierlich zu. Diese Krankheiten sind zwar grundsätzlich mit Hilfe von Antibiotika heilbar, im Falle der Syphilis ist eine rechtzeitige Behandlung jedoch äusserst wichtig. Ohne oder bei verschlepptem Behandlungsbeginn können zu einem späteren Zeitpunkt schwerwiegende Gesundheitsprobleme die Folge sein. Laut WHO kommt in den letzten Jahren erschwerend hinzu, dass die krankheitsauslösenden Bakterien in zunehmendem Masse Resistenzen gegenüber den gängigen Antibiotika aufweisen. Der Hauptgrund dafür ist die oft fehlerhafte oder zu häufige Anwendung von Antibiotika (WHO, 2016).

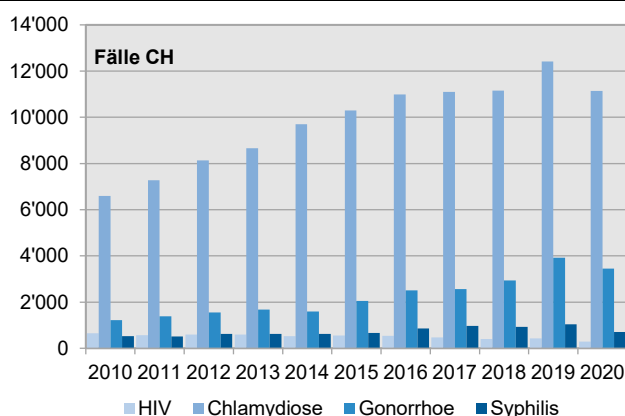
Eine rechtzeitige und stufengerechte Aufklärung und die Erläuterung möglicher Massnahmen zur Verhinderung einer Ausbreitung aller sexuell übertragbaren Krankheiten bilden daher eine weitere wichtige und nachhaltige Präventionsmassnahme.

G 88 Fälle sexuell übertragbarer Krankheiten im Kanton AR, 2010–2019



Quelle: BAG, 2021

G 89 Fälle sexuell übertragbarer Krankheiten in der Schweiz, 2010–2019



Quelle: BAG, 2021

7.6.1 Schwerpunkte der Gesundheitsförderung und Prävention von übertragbaren Krankheiten im Kanton Appenzel Ausserrhoden

Aufklärung und Eindämmen sexuell übertragbarer Krankheiten

Sexualkundeunterricht und in diesem Zusammenhang sexualpädagogische Fragestellungen beschränken sich längst nicht mehr nur auf das Thema der Schwangerschaftsverhütung. Die Sensibilisierung der jungen Menschen in Bezug auf sexuell übertragbaren Krankheiten an Schulen ist ungebrochen wichtig, denn HIV/Aids ist nach wie vor nicht heilbar und wie bereits erwähnt, nehmen auch die Verbreitung weiterer Geschlechtskrankheiten wie Chlamydien, Gonorrhoe und Syphilis in der Schweiz wieder deutlich zu. Werden diese Krankheiten nicht rechtzeitig erkannt, so besteht die Gefahr, dass betroffene Personen durch eine solche Infektion sogar unfruchtbar werden oder weitere gravierende

Schäden davontragen können. Die rechtzeitige und stufengerechte Aufklärung und die Erläuterung möglicher Massnahmen zur Verhinderung einer Ausbreitung bilden daher eine wichtige und nachhaltige Präventionsmassnahme.

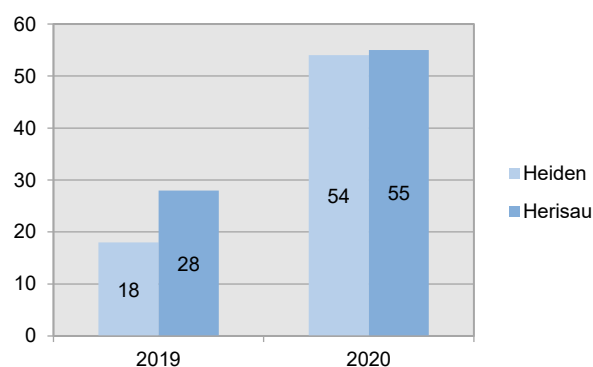
Mit den Beratungsstellen für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität sowie mit der Fachstelle für Aids und Sexualfragen hat der Kanton Appenzel Ausserrhoden einen Leistungsauftrag abgeschlossen, welche zu diesen Themen fachlich ihre Dienste anbieten und unterstützen. Schulen können zusätzlich Abrufkurse seitens der Abteilung Regelpädagogik des Amtes für Volksschule und Sport nutzen, welche durch die Schulen und den Kanton finanziert werden. Kompetente Fachpersonen beraten und unterstützen Schulen und Lehrpersonen im Umgang mit sexualpädagogischen Fragestellungen durch Weiterbildungen für die Lehrpersonen, die direkte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sowie bei Schulprojekten.

Massnahme zur HIV/Aids- und Hepatitis-Prävention

Die Beratungsstelle für Suchtfragen betreibt im Kanton zwei Hygieneautomaten (in Heiden und Herisau). Hygieneautomaten gewährleisten Menschen, die Substanzen intravenös konsumieren, jederzeit anonym und kostengünstig den Zugang zu sterilem Injektionsmaterial. Sie bieten Kondome sowie steril verpackte Spritzen-Sets (Safe-Boxen) an und stellen damit eine wesentliche Massnahme zur HIV/Aids- und Hepatitis-Prävention dar. Wichtige Leistungserbringer, wie medizinische Grundversorger und Praxen sowie Apotheken und Drogerien, wurden auf dieses Angebot aufmerksam gemacht, um bekannte drogenkonsumierende Personen diese Information weiterzuleiten.

Regelmässige Produktebezüge an beiden Standorte weisen darauf hin, dass dieses Angebot eine wichtige Präventionsmassnahme zur Förderung der niederschweligen Hilfe und Verringerung der negativen Auswirkungen von Suchtverhalten darstellt. Auf der von Infodrog betriebenen Datenbank (suchtindex.ch) findet sich eine Übersicht mit sämtlichen Hygieneautomaten und Möglichkeiten zum Spritzenumtausch in der Schweiz.

G 90 Bezüge Safeboxen aus den beiden Hygieneautomaten im Kanton AR, 2019/2020



Quelle: AR – Amt für Gesundheit, AR (2021)

7.6.2 Impfungen

Diverse Infektionskrankheiten können schwere gesundheitliche Folgen haben, jedoch gibt es gegen eine Vielzahl solcher bekannten Krankheiten mittlerweile einen erfolgreichen Impfschutz. Daher gehört das Impfen zu den wirksamsten präventiven Massnahmen der Medizin. Impfungen schützen nicht nur die geimpften Personen selber, sondern auch deren Mitmenschen vor Ansteckungen. Der potenzielle Nutzen der Impfungen für die individuelle und die öffentliche Gesundheit wird vom BAG in Zusammenarbeit mit der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EKIF) unter Einbezug zahlreicher Parameter sorgfältig evaluiert. Im Rahmen eines Eidgenössischen Impfplans werden die folgenden vier Empfehlungskategorien unterschieden (BAG, 2020i):

1. **Empfohlene Basisimpfungen**, die für die individuelle und öffentliche Gesundheit als unerlässlich eingestuft werden. Hierzu zählen sichere und wirksame Impfungen, durch die in der Schweiz zahlreiche Fälle von schwerwiegenden übertragbaren Erkrankungen, die bleibende Gesundheitsschäden oder den Tod zur Folge haben, vermieden werden können. Dazu kommen Impfungen gegen schwerwiegende Erkrankungen, bei denen eine hohe Durchimpfungsrate notwendig ist um eine Gruppenimmunität zu erreichen oder aufrechtzuerhalten, bzw. gegen die keine alternativen Präventionsmassnahmen und/oder Behandlungen zur Verfügung stehen. Diese Basisimpfungen sind von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten ihren Patientinnen und Patienten gemäss den Vorgaben des Schweizerischen Impfplans zu empfehlen.
2. **Empfohlene ergänzende Impfungen**, die einen optimalen individuellen Schutz bieten und für Personen bestimmt sind, die sich gegen klar definierte Risiken schützen wollen. Hier sollen die Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen und Patienten über deren Existenz gemäss den Vorgaben des Schweizerischen Impfplans informieren.
3. **Empfohlene Impfungen für Risikogruppen**, für welche die Impfung als nutzbringend eingestuft wird und die notwendigen Anstrengungen von Seiten der Ärztin oder des Arztes gerechtfertigt sind, um die Risikopersonen zu erreichen und ihnen diese Impfungen gemäss dem Schweizerischen Impfplan zu empfehlen. Darunter fallen auch die Grippeimpfung oder die Impfung gegen Zeckenzephalitis (FSME).
4. **Impfungen ohne Empfehlungen**, weil noch keine formelle Evaluation durchgeführt wurde oder weil der in der Evaluation nachgewiesene Nutzen nicht für eine Empfehlung ausreicht.

Der Kanton Appenzell Ausserrhoden unterstützt die Impfeempfehlungen der EKIF. Dazu gehört das kostenlose Angebot von Basisimpfungen im Rahmen der Schuluntersuchungen und des HPV Impfprogramms.

In der Schweiz erkranken jedes Jahr rund 250 Frauen an Gebärmutterhalskrebs und ungefähr 80 sterben daran. Die Erkrankung wird hauptsächlich durch humane Papillomaviren (HPV) ausgelöst. Gegen verschiedene Stämme existiert seit einigen

Jahren eine wirksame Impfung. Die Durchimpfungsrate und das Bewusstsein und Wissen um HPV in der Schweiz ist allerdings tief im Vergleich zu anderen europäischen Ländern (BAG & EKIF, 2019).



Zusammenhang Corona-Pandemie

Wie in den meisten Kantonen startete auch der Kanton Appenzell Ausserrhoden am 4. Januar 2021 mit den Covid-19-Impfungen. Die Impfung stellt bei der Bekämpfung der Pandemie einen wichtigen Schritt dar um schwere Verläufe der Erkrankung und Todesfälle, insbesondere bei den Risikogruppen, verhindern zu können.

In einem ersten Schritt konnte im Rahmen einer koordinierten Impfkation die besonders gefährdete Personengruppe in den Altersheimen geimpft werden. Kurz darauf starteten auch die Impfungen der am höchsten priorisierten Impfzielgruppe in den beiden kantonalen Impfzentren und Hausarztpraxen. Die Impfkativität des unter Leitung des kantonalen Führungsstabs (KFS) aufgebauten Impfprogramms musste jedoch wegen Lieferengpässen, welche die ganze Schweiz und die umliegenden europäischen Länder betrafen, Ende Januar 2021 stark nach unten korrigiert und zahlreiche bereits vergebene Erstimpftermine wieder abgesagt werden. Für diejenigen Personen der höchsten Risikogruppe, die zum damaligen Zeitpunkt schon eine erste Impfung erhalten hatten, konnte die zeitgerechte zweite Impfung jedoch garantiert werden.

Die bereits von Anfang an auf die rasche und kontinuierliche Impfung zahlreicher Personen ausgelegte kantonale Impfstrategie wurde infolge eingeschränkter Verlässlichkeit der Impfstofflieferungen vom kantonalen Führungsstab dahingehend so angepasst, dass Erst- und Zweitimpfung auf Basis der tatsächlich verfügbaren Impfstoffe stets sichergestellt werden konnten.

7.6.3 Durchimpfungsraten Kanton Appenzell Ausserrhoden

Im Folgenden werden die Durchimpfungsraten gegen folgende Infektionskrankheiten behandelt: Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio, Mumps, Röteln, Masern und HPV. Die Zahlen beruhen auf der Durchimpfstudie des Kantons Appenzell Ausserrhoden, welche durch das Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention (EBPI) der Universität Zürich durchgeführt wurde (Lang, 2020).

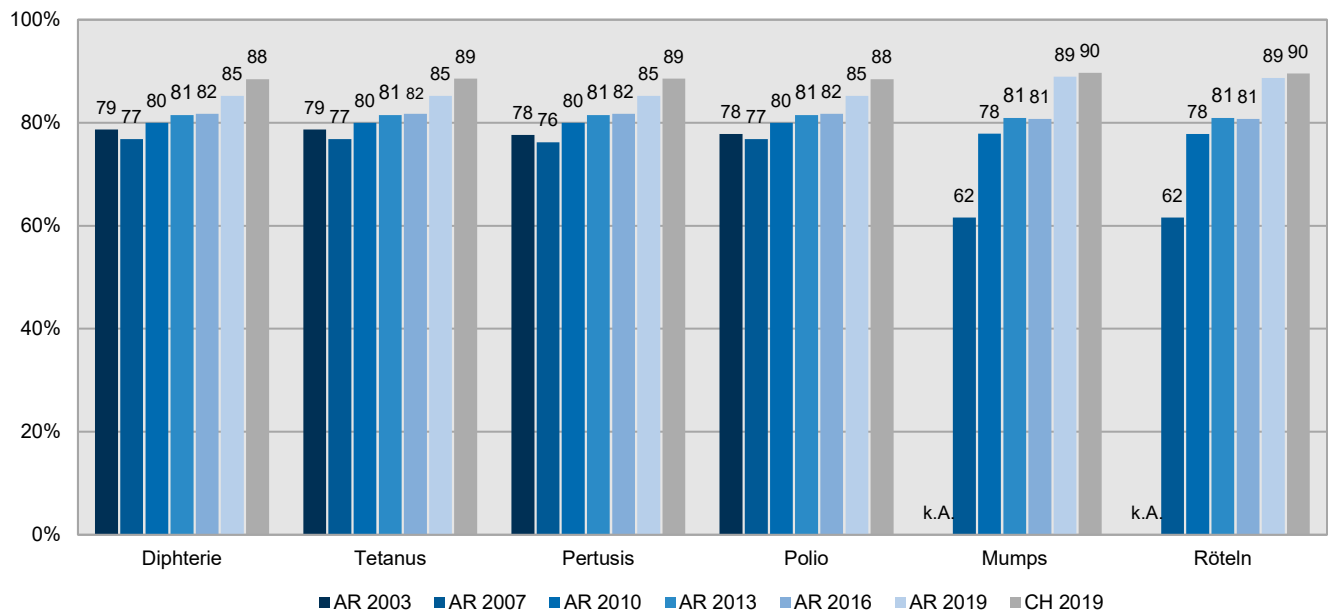
Die Ergebnisse (G 91–G 93) zeigen, dass die Durchimpfungsraten für alle präsentierten Impfungen zwischen den beiden letzten Erhebungsperioden 2014–2016 und 2017–2019 nochmals weiter gestiegen sind. Für diesen Anstieg gibt es verschiedene Erklärungen (Lang, 2020): Die aktiven Bestrebungen des Departements Gesundheit und Soziales des Kantons Appenzell Ausserrhoden, die Durchimpfungsrate zu erhöhen könnte hierzu einen entscheidenden Beitrag geleistet haben. Weiter könnte sich auch die Nationale Strategie zur Eliminierung von Masern positiv ausgewirkt haben. Der Anstieg der Durchimpfungsrate

gegen Pertussis ist wohl auf die häufigere Verwendung von Kombinationsimpfungen und den neuen Empfehlungen im Schweizerischen Impfplan von 2013 zurückzuführen.

Die Durchimpfraten im Kanton Appenzell Ausserrhoden sind gesamthaft etwas tiefer als die jeweiligen Schweizer Werte, die Unterschiede sind aber statistisch nicht signifikant. Anzumerken

ist, dass die Schätzungen der Durchimpfungsraten für den Kanton Appenzell Ausserrhoden aufgrund einer reduzierten Rücklaufquote in der letzten Erhebungsperiode zudem mit Unsicherheiten behaftet sind.⁸ Dies erklärt womöglich auch den gegenüber dem Schweizer Durchschnitt höheren Wert der HPV-Durchimpfung bei den Knaben.

G 91 Durchimpfungsraten bei 2-Jährigen, Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2003–2019



Erhebungsperioden 1999–2003, 2005–2007, 2008–2010, 2011–2013, 2014–2016, 2017–2019

Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio: Raten bei 4 Dosen; Mumps und Röteln: Raten bei 2 Dosen

Quelle: Durchimpfungsstudie Kanton AR

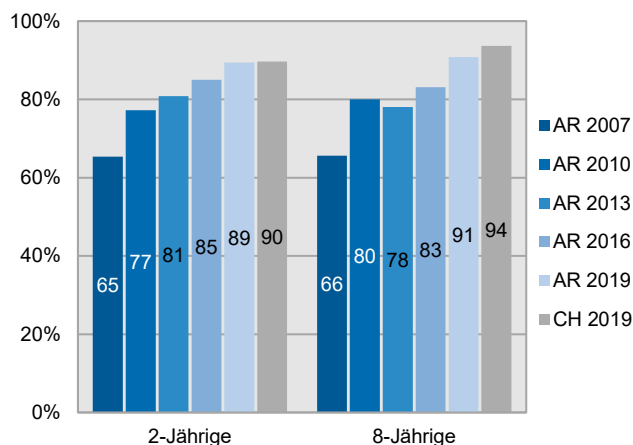
© Obsan 2021

⁸ Die Teilnahmequote war in allen Altersklassen 5%-15% tiefer als in der Vorerhebung. Es ist möglich, dass impfkritische Personen sowie Personen mit niedrigen sozialen Status häufiger von einer

Teilnahme abgesehen haben, und die Impfraten daher tendenziell unterschätzt werden

Bei Masern, Mumps und Röteln liegen die Werte sowohl für den Kanton wie auch für die Gesamtschweiz immer noch unter der angestrebten Durchimpfung von mindestens 95 % mit zwei Dosen bei 2-Jährigen.

G 92 Durchimpfungsraten gegen Masern, AR und CH, 2007–2019



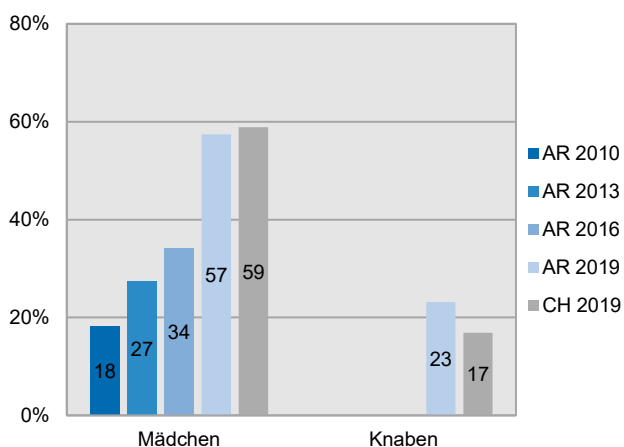
Erhebungsperioden 2005–2007, 2008–2010, 2011–2013, 2014–2016, 2017–2019

Raten bei 2 Dosen

Quelle: Durchimpfstudie Kanton AR

© Obsan 2021

G 93 Durchimpfungsraten HPV bei 16-Jährigen, AR und CH, 2010–2019



Erhebungsperioden 2008–2010, 2011–2013, 2014–2016, 2017–2019

Raten bei 2 Dosen für 16-Jährige

Quelle: Durchimpfstudie Kanton AR

© Obsan 2021

Masern: Krankheitsausbrüche in der Schweiz

Seit Einführung der Impfung sind die Masern stark zurückgegangen; in vielen Regionen und Kontinenten (Nord- und Südamerika, Skandinavien) sind die Masern sogar vollständig verschwunden. Die Schweiz registriert hingegen weiterhin teils grosse Masernausbrüche. Von Anfang Januar bis 8. Oktober 2019 wurden in der Schweiz 212 Fälle von Masern verzeichnet, sechsmal so viele wie im gleichen Zeitraum des Vorjahres (35 Fälle). Die Ausbrüche welche in der Schweiz zwischen Januar und Mai 2019 aufgetreten sind, konnten eingedämmt werden (BAG, 2020).

Die hochansteckenden Masern können bei einer Infektion zu schweren Krankheitsverläufen und Komplikationen wie Lungenentzündungen oder Hirnentzündung und zu bleibenden schweren Folgeschäden und schlimmstenfalls zum Tod führen. Eine spezifische Therapie gegen das Virus gibt es nicht, es können lediglich die Symptome gelindert werden. Die Impfung beugt einer Erkrankung mit einer hohen Sicherheit jedoch erfolgreich vor und könnte bei ausreichender Impfbeteiligung so auch in der Schweiz die Masern zum Verschwinden bringen. Wie oben erwähnt, ist die angestrebte Durchimpfungsrate von 95 % sowohl im Kanton Appenzel Ausserrhoden wie auch in der Gesamtschweiz leider aber noch nicht erreicht.

7.7 Überkantonale und private Leistungserbringen

Der Regierung von Appenzel Ausserrhoden ist es wichtig, der Bevölkerung bedarfsgerechte Angebote im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention anzubieten. Um die Bedürfnisse und Anfragen mit qualitativ hochstehenden und kostengünstigen Angeboten abzudecken, ist deshalb eine kantonsübergreifende Zusammenarbeit unabdingbar. Folgend werden in der Tabelle T 4 die zentralen Partnerschaften erläutert, welche im Rahmen von Leistungsaufträgen aus dem Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention ihre Zusammenarbeit und Dienstleistungen anbieten.

T 4 Tabelle der Institutionen sowie Beratungs- und Fachstellen mit Leistungsauftrag mit dem Kanton Appenzell Ausserrhoden

Institution/Beratungs- und Fachstelle	Nichtübertragbare Krankheiten			Übertragbare Krankheiten			Zielgruppen			Ort			Beschreibung Tätigkeit im Rahmen des Leistungsauftrags oder einer Kooperationsvereinbarung
	Psychische Belastungen	Sucht	Herz-Kreislauf	Chronische Krankheiten	HIV	Sex. übertragb. Krank.	Kinder/Jugend	Erwachsene	Seniorinnen und Senioren	AR	Ost-CH	CH	
FOSUMOS		X					X	X	X	X	X		FOSUMOS ist ein Verein zur Verbesserung der professionellen Kompetenz der Ärzteschaft im Suchtbereich. Dem Netzwerk gehören Suchtfachleute verschiedener Berufsgruppen (Sozialarbeit, Hausarztmedizin, Psychiatrie, Psychologie) an. Ziel ist es, die Fachkompetenz zu Suchtfragen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit von medizinischen und nichtmedizinischen Fachpersonen zu optimieren. Appenzell Ausserrhoden beteiligt sich mit den Kantonen Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden, St.Gallen und Thurgau sowie dem Fürstentum Liechtenstein an der Finanzierung und an der Arbeit im Vorstand.
Beratungsstelle für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität					X	X	X	X			X		Die Beratungsstelle für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität in St.Gallen steht mit dem gesamten Leistungsangebot für Ratsuchende aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden unentgeltlich zur Verfügung. Zum Kernauftrag gehören die Förderung und Unterstützung der sexuellen Gesundheit und sexuellen Bildung mittels Information, Beratung und Begleitung und den Bereichen Sexualität, Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft.
Gesundheitsförderung Schweiz	X			X			X	X	X			X	Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) ist eine Stiftung, die von Kantonen und Versicherern getragen wird. Mit gesetzlichem Auftrag initiiert, koordiniert und evaluiert sie Massnahmen zur Förderung der Gesundheit (Art. 19 KVG). Die Stiftung unterliegt der Kontrolle des Bundes. GFCH unterstützt zahlreiche Programme und Projekte, um die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen, Erwerbstätigen und älteren Menschen zu fördern. Die beiden KAP-Programme in Appenzell Ausserrhoden – Modul B&D und Modul C – werden durch die GFCH mitfinanziert.
Pro Senectute AR	X	X		X					X	X			Die Pro Senectute ist eine Dienstleistungsorganisation für ältere Menschen und ihre Angehörigen in der Schweiz. Die Beratungsstelle von Pro Senectute Appenzell Ausserrhoden führt im Auftrag des Kantons das kantonale Aktionsprogramm „Zwäg is Alter“ 2018–2021 durch. Dabei geht es um die Förderung einer ausgewogenen Ernährung und ausreichender Bewegung sowie um die Förderung der psychischen Gesundheit bei älteren Menschen.
AIDS-Hilfe St.Gallen – Appenzell	X				X	X	X	X	X		X		Die Fachstelle für Aids- und Sexualfragen berät zur sexuellen Gesundheit und zur sexuellen Bildung. Zu den Hauptaufgaben gehören die Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten (STI/STD), die Beratung von HIV-positiven Menschen und sexualpädagogische Angebote für Schulen und soziale Institutionen. Kompetente Fachpersonen beraten und unterstützen Schulen und Lehrpersonen im Umgang mit sexualpädagogischen Fragestellungen durch Weiterbildungen für die Lehrpersonen, die direkte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sowie bei Schulprojekten.
Pro Juventute AR	X	X		X			X	X		X			Das Amt für Gesundheit finanziert zusammen mit dem Amt für Volksschule und Sport und den Gemeinden die Elternbriefe der Pro Juventute für alle Ersterkinder mit einem Kind zwischen dem 1. und 6. Lebensjahr. Die Themen informieren altersgerecht über anstehende Entwicklungsschritte, geben praktische Tipps zum Umgang der Eltern mit ihrem Kind und beinhalten spezifisch auf das Alter ausgerichtete Themen. Die Abgabe der Elternbriefe dient der Erhaltung und Verbesserung des Gesundheitszustandes der Kinder, der Früherkennung von Risikofaktoren und der Verhütung von Krankheiten und Süchten.
Die Dargebotene Hand	X	X					X	X	X		X		Die Dargebotene Hand Ostschweiz und Fürstentum Liechtenstein (Telefon 143) ist eine nicht auf Gewinn ausgerichtete Organisation, die mit ihrem Beratungsangebot einen wichtigen Beitrag zur Förderung der seelischen Gesundheit der Bevölkerung und im Besonderen zur Verhütung von Suiziden leistet. Die Dargebotene Hand bietet für Personen

Institution/Beratungs- und Fachstelle	Nichtübertragbare Krankheiten			Übertragbare Krankheiten			Zielgruppen			Ort			Beschreibung Tätigkeit im Rahmen des Leistungsauftrags oder einer Kooperationsvereinbarung
	Psychische Belastungen	Sucht	Herz-Kreislauf	Chronische Krankheiten	HIV	Sex. übertragb. Krank.	Kinder/Jugend	Erwachsene	Seniorinnen und Senioren	AR	Ost-CH	CH	
													im Einzugsgebiet an 365 Tagen im Jahr Beratungen per Telefon, E-Mail und Einzelchat an. Die Zielgruppe sind Menschen, die sich in schwierigen Lebenssituationen befinden oder wegen alltäglicher Sorgen Hilfe suchen. Die Beratung erfolgt anonym und ist kostenlos.
Freelance		X					X				X	X	Das Suchtpräventionsprogramm bietet flexibel einsetzbare Unterrichtseinheiten zu den Themen Tabak, Alkohol, Cannabis und digitale Medien. Die begleitenden Freelance-Produkte, die Schüleragenda mit wichtigen jugendspezifischen Themen und dem Freelance-Poster-Contest alle drei Jahre, tragen zur vertieften Auseinandersetzung mit den Suchtthemen bei. Freelance ist ein gemeinsames Programm der Präventionsfachstellen des Kanton Appenzell Ausserrhoden und den Kantonen Graubünden, Nidwalden, St.Gallen, Schaffhausen, Schwyz, Thurgau, Zug und Zürich sowie dem Fürstentum Liechtenstein. Das Präventions-, Informations- und Kampagnenmaterial basiert auf den neuesten Erkenntnissen, Zahlen und Fakten zu Risiko- und Konsumverhalten.
Stiftung Suchthilfe, Medizinisch-soz. Hilfsstelle 1	X	X		X				X		X			Die Medizinisch-soziale Hilfsstelle 1 (MSH 1) bietet schwer opiatabhängigen Menschen ab 18 Jahren mit Wohnsitz in den Kantonen St.Gallen und Appenzell Ausserrhoden heroingestützte Behandlungen, sowie psychosoziale und medizinische Betreuung und Beratung an. Das Angebot richtet sich an schwer drogenabhängige Personen, die mehrere Ausstiegsversuche hinter sich haben und mit anderen Angeboten kaum in eine konstante Betreuung eingebunden werden können. Primäre Ziele sind die soziale Reintegration, psychische Stabilisierung und die berufliche Wiedereingliederung der Betroffenen. Appenzell Ausserrhoden hat bei diesem Substitutionsprogramm Anspruch auf bis zu fünf Plätze.
Steuergruppe Glücksspielsucht Ostschweiz		X					X	X	X		X		Spiele ohne Sucht ist ein interkantonales Glücksspielsuchtpräventions-Programm im Auftrag von 16 Kantonen und dem Fürstentum Liechtenstein. Für die Umsetzung des interkantonalen Projektes zur Prävention und Früherkennung der Geldspielsucht Ostschweiz arbeiten die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, St.Gallen, Thurgau und das Fürstentum Liechtenstein zusammen. Die Kantone koordinieren die Präventionsmassnahmen zur Sensibilisierung der Bevölkerung bezüglich der Risiken exzessiven Geldspiels gemeinsam. In Appenzell Ausserrhoden werden jährlich 1–2 Kampagnen zum Thema Glücksspiele/Spielsucht umgesetzt. Das Programm SOS-Spielsucht betreibt eine eigene Website (sos-spielsucht.ch).
Figurentheater Fährbetrieb: Projekt „Märchen – Schlüssel zum Leben“	X						X			X			Dieses Präventionsprojekt richtet sich an Kindergärten und Unterstufen im Zyklus 1 (1. und 2. Kindergarten, 1. und 2. Primarklasse). Märchen sind Geschichten, die sich in einer eigenen bildhaften Sprache an die Seele der Zuhörenden richten. Sie behandeln Lebensfragen und zeigen Lösungsvorschläge für diese Fragen auf. Kindern viele Märchen zu erzählen bedeutet unter anderem, sie damit vertraut zu machen, dass sie auch bei schwierigen Lebensumständen eine Lösung finden können. Wer Märchen lauschen darf, stärkt sein Vertrauen ins Leben.
Weitere kantonale und interkantonale Angebote und Schnittstellen (nicht abschliessend)													Diverse Sozialdienste der Gemeinden, Mobile Sozialarbeit Herisau, Strassenverkehrsamt Trogen, Schulleitungen, Abteilung Regelpädagogik, Jugendanwaltschaft, KESB Herisau, Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste St.Gallen KJPD, Psychiatrisches Zentrum AR, Sozialdienste des Spitalverbund (SVAR), Lungenliga St.Gallen – Appenzell, Pro Infirmis, Perspektive Thurgau, Beratungsstelle für Familien St.Gallen, Abteilung ZEPRA St.Gallen, Suchtberatungsstellen anderer Kantone, Fachverband Sucht, Sucht Schweiz

Quelle: Amt für Gesundheit, 2021

7.7.1 Herausforderungen in Gesundheitsförderung und Prävention



Laut Gesundheitsförderung Schweiz belegen mehrere Studien, dass für die Schweizer Bevölkerung das Thema Gesundheit eine der grössten Sorgen ist. Um dem entgegenzuwirken und nicht zuletzt um auch die Gesundheitskosten in den Griff zu bekommen, braucht es strukturelle Massnahmen zur Gesundheitsförderung und zur Prävention. Bedarfsgerechte Angebote sollen die Lebensqualität der Bevölkerung erhöhen. Mit gezielten Massnahmen soll die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung gestärkt werden, was sich positiv auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden auswirken würde. Zunehmend rückt auch die Förderung der psychischen Gesundheit in allen Lebensphasen sowie in der Arbeitswelt in den gesellschaftlichen Fokus.

Corona und Jugend: Der Pro Juventute Corona-Report 2021 zeigt deutlich, dass die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie und ihre Begleitumstände sich weitreichend auf die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Entwicklung junger Menschen auswirken. Junge Menschen sind psychisch stark belastet durch diese Situation. Beratungen zum Thema «psychische Erkrankung» nahmen bei der Telefonhilfe Tel. 147 deutlich zu. Schnittstellen, welche mit Kinder und Jugendlichen arbeiten, sollen Unterstützungsangeboten erhalten um das Thema der psychischen Gesundheit zu stärken.

Mischkonsum bei Minderjährigen und synthetische Cannabinoide: Nachdem mehrere Jugendliche in der Schweiz an einem sogenannten „Medikamenten-Cocktail“ starben, richtet sich die Aufmerksamkeit auch in Appenzell Ausserrhodon verstärkt auf den Medikamentenmissbrauch bei Minderjährigen. Auch die Gefahren des Konsums synthetischer Cannabinoide sind nicht zu unterschätzen. Dies stellt ein Problem für die öffentliche Gesundheit dar, insbesondere für Konsumentinnen und Konsumenten, die unwissentlich synthetische Cannabinoide konsumieren.

Aufsuchende Suchtarbeit: 90% der Klientinnen und Klienten, welche an einer Suchtkrankheit leiden, werden von der Suchtberatung und -prävention nicht erreicht. Diese Zahl ist ein klarer Appell, um die eigenen Angebote kritisch zu überprüfen. Diese unerreichte hohe Nutzerzahl ist einerseits erschreckend und andererseits ein grosses Potenzial, um weitere vulnerable Zielgruppen fachlich zu unterstützen und mittel- oder längerfristig Kosten im Gesundheits- und Sozialbereich einsparen zu können. Die Beratungsstelle für Suchtfragen hat im 2018/2019 zusammen mit der Ostschweizer Fachhochschule ein Praxisprojekt durchgeführt, welche eine kantonale Ausgangsbasis mit möglichen Potentialen für eine aufsuchende Suchtarbeit aufgezeigt hat. Aus Ressourcengründen konnte daraus kein Nachfolgeprojekt initiiert werden.

Alter und Sucht: Die Lebenserwartung in der Gesellschaft steigt und damit auch die Menschen im Alter mit einer Suchterkrankung. Fachpersonal wie Angehörige stehen z.B. bei den Themen Alkohol, Schlaf- und Beruhigungsmittel vor grossen Herausforderungen. Die Forschungszahlen zeigen, dass auch der Alkoholkonsum im höheren Alter nochmals deutlich zunimmt und der tägliche Alkoholkonsum bei Personen ab 75 Jahren bei 26,2% liegt (vgl. Suchtmonitoring Schweiz). Die Beratungsstelle für Suchtfragen sieht hier Handlungsbedarf und könnte bei vorhandenen Ressourcen zielgruppengerechte Angebote schaffen.

Bewegung und Ernährung: Aufgrund fehlender ausgewogener Ernährung hat sich der Anteil adipöser und übergewichtigen Personen an der Gesamtbevölkerung erhöht. Übergewicht, Bewegungsmangel oder falsche Ernährung verursachen namhafte Gesundheitskosten, z. B. als Folge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder in Form von Haltungsschäden. Auch die Zahlen in Appenzell Ausserrhodon unterstreichen die Problematik deutlich. Das Projekt „Gesundes Körpergewicht“ wurde im 2014 beendet und in Folge des Spardrucks nicht weitergeführt. Ein Anschlussprogramm oder spezifische Projekte zum Thema Bewegung und Ernährung fehlen heute.

Finanzielle Aspekte des Gesundheitswesens

Gesundheitskosten (CH)



absolut
Anteil am BIP

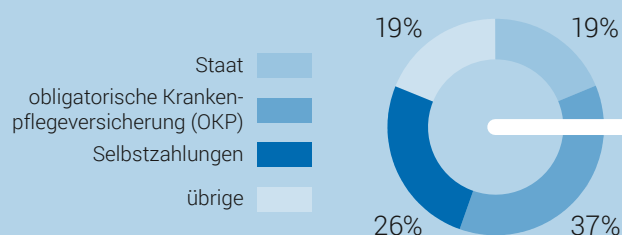
2018

CHF 80 Mrd.
11%

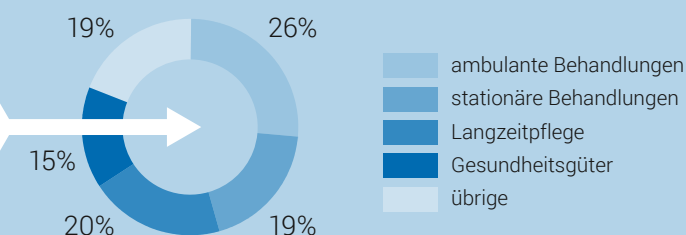
2010

CHF 63 Mrd.
10%

Gesundheitskosten nach Finanzierungsregime (CH)



Gesundheitskosten nach Leistungen (CH)



OKP-Kosten (AR)

absolut



2019

CHF 190 Mio.
CHF 34 Mrd.

2012

CHF 152 Mio.
CHF 26 Mrd.

pro versicherte Person



2019

CHF 3'393
CHF 3'973

2012

CHF 2'791
CHF 3'260

Kantonale Ausgaben für die Spitalfinanzierung 2019 (AR)

CHF 60 Mio.



OKP-Prämien (AR)

pro versicherte Person,
Erwachsene 2019

CHF 3'745

6. tiefste Rate
der Schweiz

CHF 4'452

Prämienverbilligung (AR)

2019 21% 27%

2012 25% 29%

Anteil der Bevölkerung
mit Prämienverbilligung



8 Finanzielle Aspekte des Gesundheitswesens

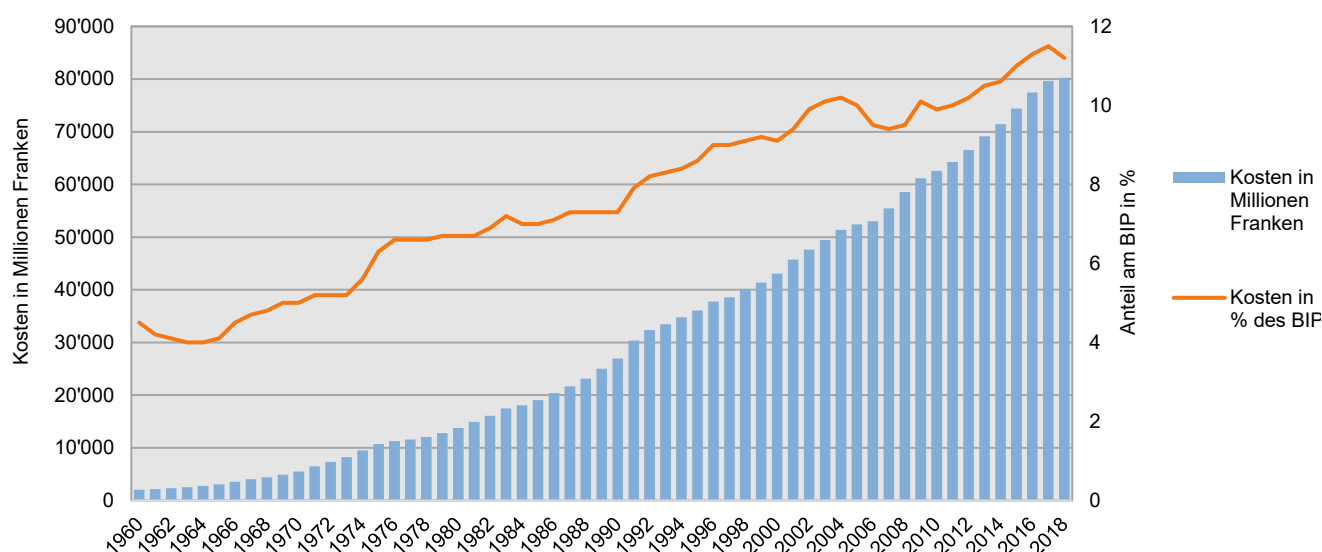
Das Gesundheitswesen ist ein bedeutender Wirtschaftssektor, ist aber auch mit hohen Kosten verbunden, die für gewisse Bevölkerungsgruppen zunehmend eine Belastung darstellen. So rangiert das Gesundheitswesen und die steigenden Krankenkassenprämien auf Platz zwei der Hauptsorgen der Schweizer Stimmberechtigten (gfs.bern, 2019), und rund ein Viertel der Schweizerinnen und Schweizer hat 2020 aus Kostengründen auf mindestens eine medizinische Leistung verzichtet (Pahud, 2020). Vorliegendes Kapitel behandelt die finanziellen Aspekte im Gesundheitswesen. Dazu werden nach einer Erläuterung der Gesundheitskosten auf nationaler Ebene (8.1) und der staatlichen Ausgaben im Kanton Appenzell Ausserrhoden (8.2) schwerpunktmässig die Kosten und Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) analysiert (8.3). Unterkapitel 8.4 geht schliesslich kurz auf die individuelle Prämienverbilligung in Appenzell Ausserrhoden ein.

8.1 Gesundheitskosten auf nationaler Ebene

2018 wurden in der Schweiz 80,2 Milliarden Franken für Leistungen im Gesundheitswesen ausgegeben, was einem Anteil von 11,2 % des Bruttoinlandproduktes (BIP) entspricht. Wie Grafik G 94 verdeutlicht, sind die Kosten des Gesundheitswesens seit 1960 deutlich angestiegen. Während 1960 lediglich 2,0 Milliarden Franken an Gesundheitsleistungen bezahlt wurden, sind diese Kosten 2018 um ein Vielfaches höher. Seit der Einführung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) und damit der obligatorischen Grundversicherung für die Schweizer Bevölkerung im Jahr 1996 sind die Kosten des Gesundheitswesens um jahresdurchschnittlich 3,5 % gestiegen.

Auch der Anteil des Gesundheitswesens am BIP hat deutlich zugenommen, von 4,6 % im Jahr 1960 auf 11,2 % im Jahr 2018. Dies verdeutlicht die wirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitssektors. Der Anteil am BIP wird durch die allgemeine Wirt-

G 94 Kosten des Gesundheitswesens und Anteil am BIP, Schweiz, 1960–2018



Quelle: BFS – Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens

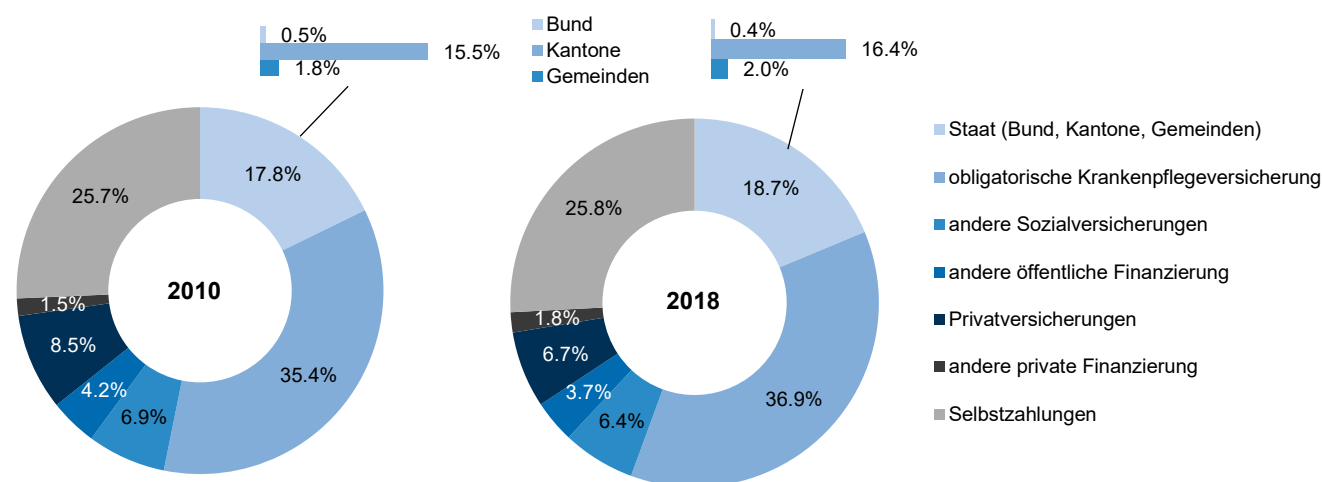
© Obsan 2021

schaftslage mitbeeinflusst. Bedingt durch ein niedriges Wirtschaftswachstum während der 90er-Jahre stieg der Anteil der Gesundheitskosten am BIP deutlich an, während das BIP zwischen 2005 und 2008 wieder stärker als die Gesundheitskosten zunahm. Zwischen 2011 und 2017 ist das Verhältnis der Gesundheitskosten zum BIP jährlich um etwa 0,2 Prozentpunkte gewachsen, während für 2018 wiederum ein geringer Anteilsrückgang festzustellen ist. Dieser ist auf die Revision 2020 der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung des BFS zurückzuführen, die ein höheres BIP und damit einen niedrigeren Anteil des Gesundheitssektors zur Folge hat.

Die Finanzierung der Gesundheitskosten erfolgt 2018 zum grössten Teil über die OKP (36,9 %), über Selbstzahlungen wie Kostenbeteiligungen und Out-of-Pocket-Ausgaben der privaten

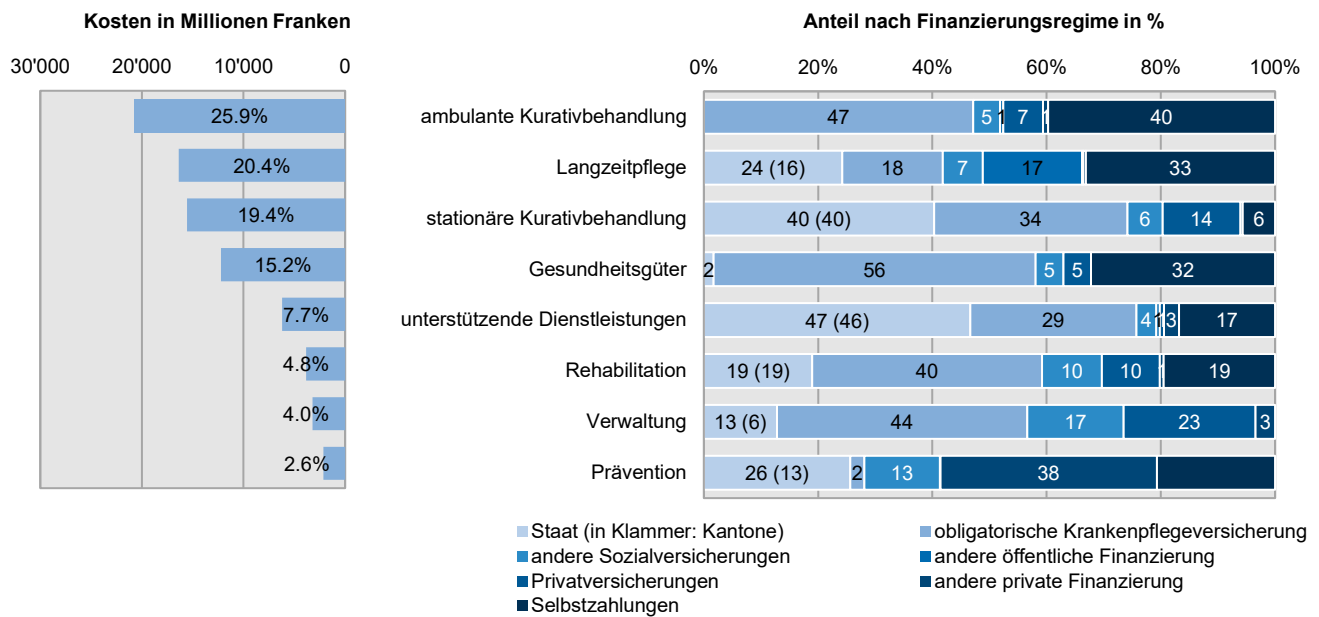
Haushalte (25,8 %) sowie über staatliche Beiträge (18,7 %), wobei die Kantone hier im Vergleich zu den Gemeinden (2,0 %) und dem Bund (0,4 %) den grössten Anteil von 16,4 % übernehmen (G 95). Seit 2010 haben sich die Finanzierungsanteile der OKP sowie des Staates erhöht, wobei der Anteil vorwiegend bei den Kantonen und im geringeren Ausmass bei den Gemeinden angestiegen ist. Die Privatversicherungen (6,7 %) sowie die weiteren, neben der OKP tätigen Sozialversicherungen wie die Unfallversicherung, die AHV und IV sowie die Militärversicherung (zusammen 6,4 %) finanzieren je gut 6 % der Gesundheitsleistungen. Eine weit geringere Rolle spielen mit 3,7 % die andere öffentliche Finanzierung (hauptsächlich Ergänzungsleistungen AHV/IV) sowie mit 1,8 % die anderen privaten Finanzierungen in Form von Spenden oder Legaten an Organisationen ohne Erwerbscharakter.

G 95 Kosten des Gesundheitswesens nach Finanzierungsregime, Schweiz, 2010 und 2018



Quelle: BFS – Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens

© Obsan 2021

G 96 Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungsarten und Finanzierungsregime, Schweiz, 2018

Quelle: BFS – Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens

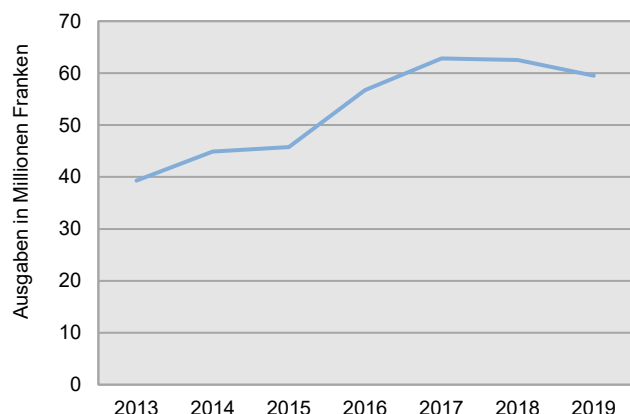
© Obsan 2021

Die Finanzmittel werden im Gesundheitswesen für unterschiedliche Leistungen eingesetzt. Grafik G 96 zeigt die Aufteilung der Gesundheitskosten nach Leistungsarten und deren Finanzierung durch die einzelnen Regimes. 2018 wird gut ein Viertel (25,9 %) der gesamten Gesundheitskosten in der Schweiz für ambulante Behandlungen aufgewendet. Diese werden hauptsächlich über die OKP (47,2 %) und die Selbstzahlungen der privaten Haushalte (39,7 %) finanziert. Langzeitpflegekosten umfassen die Leistungen der Pflegeheime sowie der Spitex und entsprechen einem Fünftel der gesamten Gesundheitskosten in der Schweiz. Während ein Drittel der Langzeitpflegekosten durch die privaten Haushalte beglichen wird, kommen hauptsächlich der Staat (24,3 %), die OKP (17,5 %) sowie die AHV/IV (Ergänzungsleistungen durch andere öffentliche Finanzierung, 17,4 %) für diese Leistungen auf. Für stationäre Behandlungen in Spitälern fallen fast ein Fünftel der Gesundheitskosten an. Der Staat (40,3 %) sowie die OKP (33,8 %) finanzieren rund drei Viertel dieser Leistungen, während die Privatversicherungen einen Anteil von 13,7 % übernehmen. Gesundheitsgüter (Medikamente, therapeutische Apparate sowie Verbrauchprodukte) machen 15,2 % des Gesundheitsmarktes aus und werden zu mehr als der Hälfte (56,3 %) über die OKP und zu fast einem Drittel (32,2 %) über die Selbstzahlungen der privaten Haushalte finanziert. Unterstützende Dienstleistungen (vor allem gemeinwirtschaftliche Leistungen der Spitäler, Laboranalysen und Radiologie), die stationäre und ambulante Rehabilitation sowie die Verwaltung und Prävention umfassen schliesslich das letzte Fünftel der Gesamtkosten für Gesundheit in der Schweiz. Sie werden zu drei Vierteln von der OKP, vom Staat und den privaten Haushalten getragen.

8.2 Staatliche Gesundheitsausgaben im Kanton Appenzell Ausserrhoden

Aufgrund mangelnder Datenlage ist eine Übertragung der gesamten Gesundheitskosten analog Unterkapitel 8.1 auf einzelne Kantone nicht möglich. Vorliegendes Unterkapitel behandelt deshalb die staatliche Finanzierung des Spitalbereichs und der Langzeitpflege im Kanton Appenzell Ausserrhoden, während in Unterkapitel 8.3 die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP; ohne Kantonsanteil) dargestellt werden.

Die Ausgaben des Kantons Appenzell Ausserrhoden für die Spitalfinanzierung belaufen sich im Jahr 2019 auf 59,5 Millionen Franken (G 97). Nach der Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 sind diese Kosten deutlich angestiegen, was unter anderem auf den zunehmenden kantonalen Finanzierungsanteil zurückzuführen ist: Während 2013 noch 47 % der stationären Spitalleistungen durch den Kanton getragen wurden, beträgt dieser Anteil ab dem Jahr 2017 55 % (GDK, 2018). Seit 2017 haben sich die kantonalen Ausgaben für die Spitalfinanzierung stabilisiert und im Jahr 2019 sogar etwas reduziert.

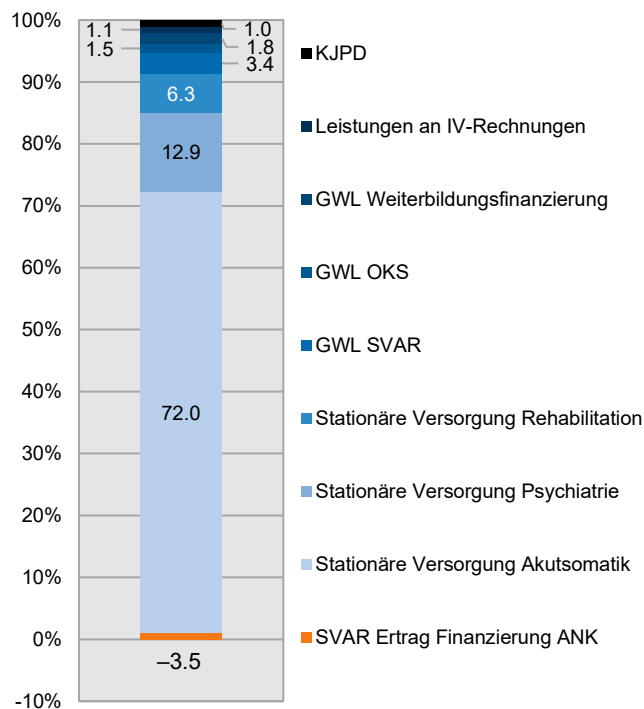
G 97 Ausgaben des Kantons Appenzell Ausserrhoden für die Spitalfinanzierung, 2013–2019


Quelle: Staatsrechnungen Appenzell Ausserrhoden © Obsan 2021

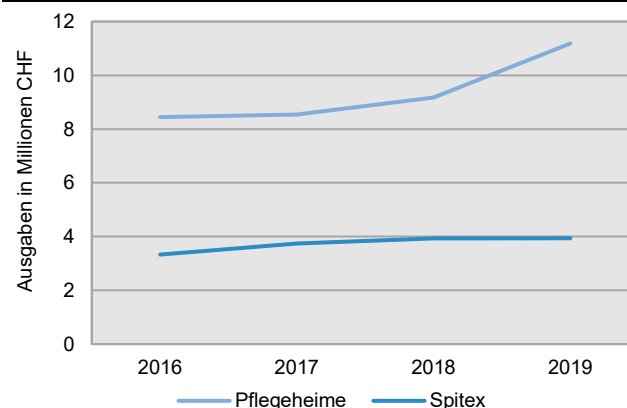
Grafik G 98 zeigt die Aufteilung der Spitalausgaben 2019 nach verschiedenen Kostengruppen und verdeutlicht, dass über 90 % der kantonalen Spitalausgaben für die Behandlung der stationären Fälle aufgewendet werden. Drei Viertel der Ausgaben werden dabei für die Akutversorgung eingesetzt, während 12,9 % den Psychiatriebereich und 6,3 % die Rehabilitation betreffen. 6,7 % der kantonalen Spitalausgaben werden für gemeinwirtschaftliche Leistungen des Spitalverbunds Appenzell Ausserrhoden (SVAR), des Ostschweizer Kinderspitals (OKS) und bezüglich Weiterbildung ausgegeben. Schliesslich fallen je rund 1 % der Spitalausgaben für Leistungen an IV-Rechnungen und für die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste (KJPD) St.Gallen an. Den insgesamt 61,6 Millionen Franken Nettoaussgaben für die Spitalfinanzierung des Kantons Appenzell Ausserrhoden stehen 2019 rund 2,2 Millionen Franken an Erträgen des Spitalverbundes entgegen, was einem Gesamtergebnis von 59,5 Millionen Franken für die Spitalfinanzierung im Kanton Appenzell Ausserrhoden entspricht. Damit werden 2019 für die Spitalfinanzierung 1'073 Franken pro Ausserrhoderin und Ausserrhoder über Steuern finanziert.

Neben der Finanzierung der Spitalleistungen fallen auch im Bereich der Langzeitpflege staatliche Ausgaben an. Im Kanton Appenzell Ausserrhoden sind die Gemeinden für die Finanzierung der Restkosten in Pflegeheimen und bei Spitex-Diensten verantwortlich. Grafik G 99 verdeutlicht die Entwicklung dieser Restkosten zwischen 2016 und 2019. Während die Restkosten für Spitex-Leistungen in diesem Zeitraum um durchschnittlich 5,7 % pro Jahr auf 3,9 Millionen Franken im Jahr 2019 zugenommen haben, ist die Kostenentwicklung im Bereich der Pflegeheime mit jahresdurchschnittlich 9,8 % deutlich höher. Vor allem im Jahr 2019 ist ein überdurchschnittlicher Anstieg der Restkostenfinanzierung der Gemeinden um 21,9 % auf 11,2 Millionen Franken zu beobachten. Diese hohe Wachstumsrate ist auf eine Anpassung der Höchstansätze (Erhöhung um durchschnittlich 6,5 %) und auf eine Zunahme der Anzahl Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner vor allem mit höheren Pflegestufen zu-

rückzuführen. Im Bereich der stationären und ambulanten Langzeitpflege werden 2019 somit 273 Franken pro Ausserrhoderin und Ausserrhoder über Steuern finanziert.

G 98 Ausgaben des Kantons Appenzell Ausserrhoden für die Spitalfinanzierung, Anteil nach Kostengruppe, 2019


Quelle: Staatsrechnungen Appenzell Ausserrhoden © Obsan 2021

G 99 Ausgaben der Gemeinden des Kantons Appenzell Ausserrhoden für die Langzeitpflege, 2016–2019


Quelle: Departement Finanzen Appenzell Ausserrhoden © Obsan 2021

8.3 Kosten und Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) (ohne Kantonsanteil)

Für den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) stehen detaillierte kantonale und nationale Daten der Krankenversicherer (Datenpool der SASIS AG) zur Verfügung. Vorliegendes Unterkapitel behandelt die Kosten und die Prämien im Kanton Appenzell Ausserrhoden und vergleicht diese mit den gesamtschweizerischen Daten sowie den Werten aus anderen Kantonen. Der Kantonsanteil der Finanzierung des stationären Spitalbereichs sowie die Restfinanzierung im Bereich Langzeitpflege (vgl. 8.2) sind dabei nicht Bestandteil dieser OKP-Kosten. Im Vergleich zu den gesamten Gesundheitsausgaben (vgl. 8.1) kann hier ein Anteil von gut 40 % kantonal näher beschrieben werden.

8.3.1 OKP-Kosten in Appenzell Ausserrhoden

Die OKP-Kosten im Kanton Appenzell Ausserrhoden sind zwischen 2012 und 2019 von 151,5 Millionen Franken auf 190,0 Millionen Franken angestiegen. Dies entspricht einer jahresdurchschnittlichen Zunahme um 3,3 %. In der gleichen Zeitspanne haben die gesamtschweizerischen Kosten um durchschnittlich 4,1 % von 26,0 Milliarden auf 34,4 Milliarden Franken zugenommen. Damit liegt das Kostenwachstum in Appenzell Ausserrhoden unter dem Anstieg in der Schweiz.

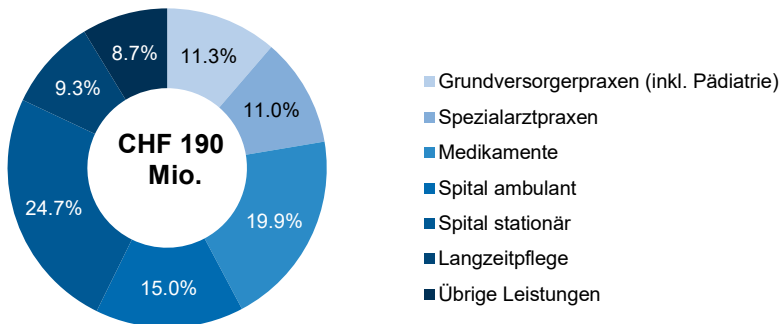
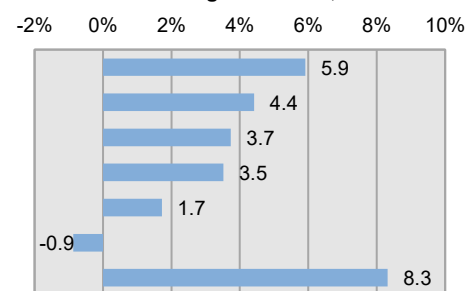
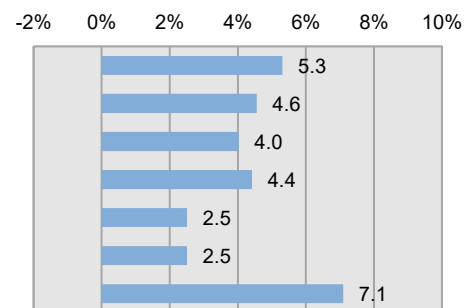
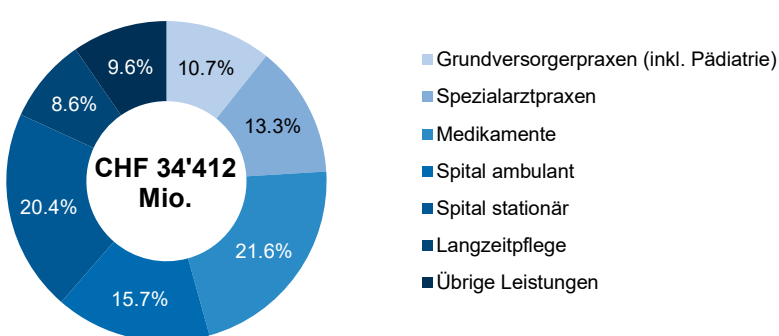
Grafik G 100 zeigt die OKP-Bruttokosten nach Leistungskategorien für das Jahr 2019 sowie die jahresdurchschnittliche Veränderung seit 2012 auf. Mit einem Anteil von rund einem Viertel im Jahr 2019 entspricht der stationäre Spitalbereich im Kanton Appenzell Ausserrhoden dem grössten Kostenblock in der OKP. Der relative Anteil dieser Leistungen ist in Appenzell Ausserrhoden im Vergleich zur Schweiz (20,4 %) deutlich höher, die Kostenzunahme seit 2012 fällt mit durchschnittlich 1,7 % pro Jahr aber sehr gering aus. Dies ist einerseits auf die Einführung der neuen Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 zurückzuführen, mit welcher der kantonale Finanzierungsanteil von 47 % im Jahr 2012 auf 55 % ab dem Jahr 2017 erhöht wurde und damit zu einer Reduktion des OKP-Anteils führte (GDK, 2018). Andererseits kann die Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich als Erklärung für das geringe Kostenwachstum des stationären Spitalbereichs angeführt werden (Roth & Pellegrini, 2019).

Welche Kosten sind im Datenpool erfasst?

Der Datenpool ist eine von der SASIS AG – einer Tochtergesellschaft von santésuisse – produzierte Datenbank im Bereich der OKP. Im Datenpool werden alle durch die beteiligten Versicherer erfassten Rechnungen inklusive die Kostenbeteiligung der versicherten Personen (Franchise, Selbstbehalt und Beitrag an die Kosten von Spitalaufenthalten) zusammengeführt, was als Bruttoleistungen bezeichnet wird. Berücksichtigt sind nur Leistungen, für welche den Krankenversicherern eine Rechnung eingereicht oder die den Versicherern direkt vom Leistungserbringer in Rechnung gestellt werden. Rechnungen, welche von den Versicherten nicht zur Rückerstattung weitergeleitet werden (z. B. aufgrund einer hohen Franchise) sowie Leistungen, welche nicht von den Versicherungen im Rahmen der OKP übernommen werden (z. B. Leistungen der Zusatzversicherungen VVG), sind nicht im Datenpool erfasst. Im Datenpool sind ebenfalls keine Angaben zu den staatlichen Beiträgen (z. B. zur Kofinanzierung des stationären Bereichs) vorhanden.

Die Daten des Datenpools decken in den Jahren 2012 bis 2019 zwischen 97,6 % und 100 % aller versicherten Personen im Kanton Appenzell Ausserrhoden ab. Um die Totalkosten zu schätzen und die einzelnen Jahresdaten miteinander vergleichen zu können, werden die Daten mittels Versichertenbestand aus dem Risikoausgleich der Gemeinsamen Einrichtung KVG sowie der Asylstatistik des Staatssekretariats für Migration auf 100 % hochgerechnet.

Vorliegende Daten stammen aus der Jahresproduktion vom 7. Mai 2020. Sie beziehen sich auf die Geschäftsperiode (Abrechnungszeitpunkt beim Versicherer) und nicht auf die Behandlungsperiode. Das Abrechnungsverhalten der Krankenversicherer und der Leistungserbringer kann demzufolge Einfluss auf die ausgewiesenen Kosten haben. Die Daten beziehen sich zudem auf den Wohnkanton der Patientinnen und Patienten ungeachtet des Kantons, in welchem die Behandlung erfolgte.

G 100 Bruttokosten OKP nach Leistungskategorie, Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2019 und Veränderung seit 2012**Appenzell Ausserrhoden Kosten 2019****Jahresdurchschnittliche Veränderung 2012–2019, in %****Schweiz Kosten 2019**

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

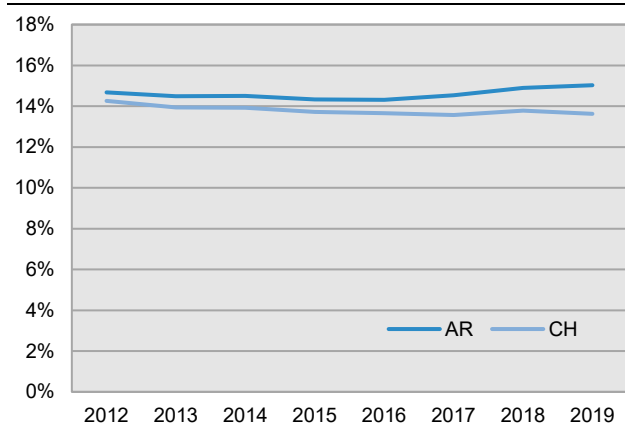
© Obsan 2021

Für den ambulanten Spitalbereich werden im Kanton 15,0 % der OKP-Kosten aufgewendet, was dem Schweizer Anteil entspricht. Rund ein Fünftel der OKP-Kosten in Appenzell Ausserrhoden fallen für Medikamente an, die in Arztpraxen, in Apotheken und im ambulanten Spitalbereich abgegeben werden. Sowohl für die Kosten der ambulanten Spitalleistungen als auch für Medikamente sind im Kanton seit 2012 durchschnittliche Zunahmen zu verzeichnen. Deutlich stärker sind dagegen die Kosten in Spezialarztpraxen (4,4 %) und vor allem in Grundversorgerpraxen (inkl. Pädiatrie; 5,9 %) angestiegen. Diese beiden Kostenblöcke machen im Kanton Appenzell Ausserrhoden je rund 11 % der OKP-Kosten aus. Während dieser Anteil für die Grundversorgerpraxen etwas über dem Schweizer Anteil liegt, fallen für Ausserrhoderinnen und Ausserrhoder anteilmässig weniger OKP-Kosten in Spezialarztpraxen an als in der Schweiz. Für die ambulante und stationäre Langzeitpflege (Spitex-Leistungen, Leistungen der selbstständigen Pflegefachpersonen sowie Pflegeheimleistungen) werden im Jahr 2019 im Kanton 9,3 % der OKP-Kosten aufgewendet. Diese Kosten sind seit 2012 rückläufig, was auf einen Rückgang in den Pflegeheimen zurückzuführen ist. Schliesslich fallen 8,7 % der OKP-Kosten für übrige Leistungen an. Rund drei Viertel dieser Leistungen fallen in Physiotherapiepraxen, in Laboratorien und in Abgabestellen für Mittel und Gegenstände an. Diese drei Kategorien sind denn auch für den überdurchschnittlichen Kostenanstieg von 8,3 % pro Jahr seit

2012 verantwortlich. Aufgrund der vergleichsweise geringen Kosten in diesen Kategorien fällt dieser allerdings nicht stark ins Gewicht.

Die versicherten Personen beteiligen sich mit der Franchise, dem Selbstbehalt und dem Beitrag für die Kosten von Spitalaufenthalten an den Kosten der OKP. Diese im Datenpool erfassten Kostenbeteiligungen betragen im Kanton Appenzell Ausserrhoden für das Jahr 2019 rund 28,6 Millionen Franken, d. h. Ausserrhoderinnen und Ausserrhoder bezahlen 15,0 % der OKP-Kosten direkt in Form von Kostenbeteiligungen (G 101). Während der Anteil der Kostenbeteiligungen in der Schweiz seit 2012 rückläufig ist, kann im Kanton Appenzell Ausserrhoden ab 2017 eine Zunahme des Anteils der Kostenbeteiligungen an den Bruttokosten OKP festgestellt werden. Die Ausserrhoder Bevölkerung finanziert neben den Prämien somit einen immer grösseren Anteil der Kosten selbst. Dies ist hauptsächlich auf den Rückgang der ordentlichen Franchisen im Kanton Appenzell Ausserrhoden zurückzuführen und der in diesem Zusammenhang stehende vermehrten Wahl von höheren Franchisen. Ob es sich daneben auch um einen statistischen Effekt handelt (beispielsweise, dass im Vergleich zur Gesamtschweiz weniger Rechnungen nicht den Krankenversicherern für die Rückerstattung weitergeleitet werden), kann mit vorliegenden Daten nicht eruiert werden.

G 101 Anteil der Kostenbeteiligung an den Bruttokosten OKP, AR und CH, 2012–2019



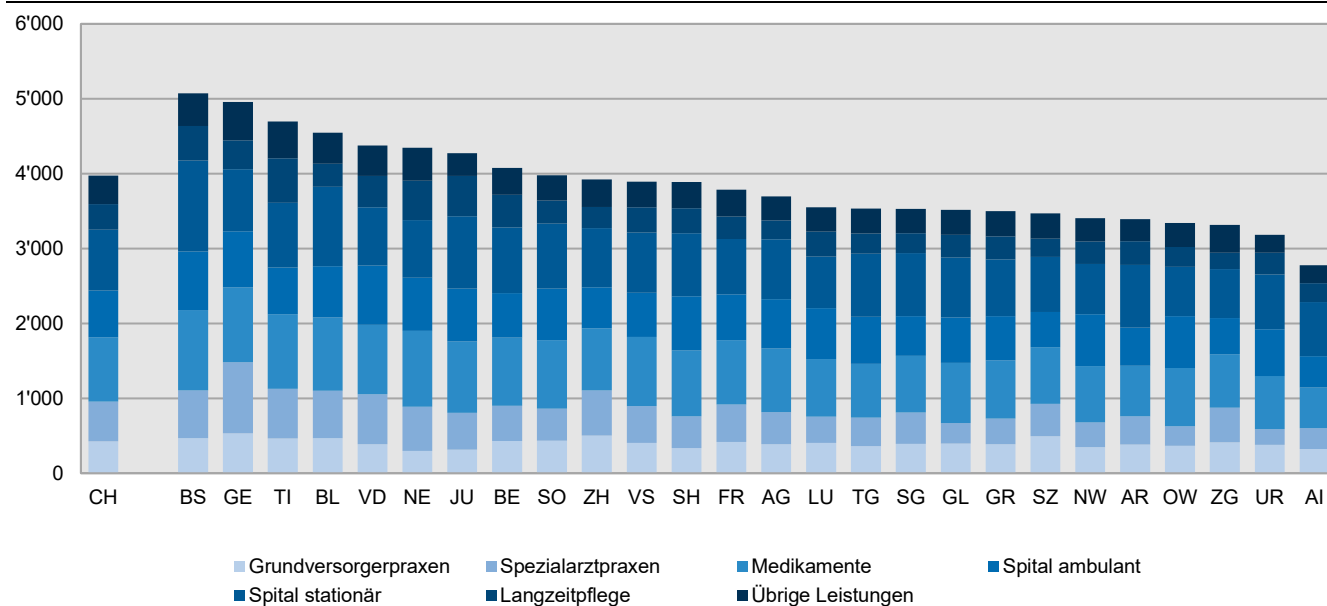
Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

© Obsan 2021

Die durchschnittlichen OKP-Kosten betragen im Jahr 2019 im Kanton Appenzell Ausserrhoden 3'393 Franken pro versicherte Person. Damit wird im Kanton rund 580 Franken weniger als in der Gesamtschweiz für Gesundheitsleistungen ausgegeben, die

durch die OKP übernommen werden. Im kantonalen Vergleich weist Appenzell Ausserrhoden hinter Innerrhoden, Uri, Zug und Obwalden die fünftniedrigsten OKP-Kosten der Schweiz aus (G 102). Die Kosten pro versicherte Person sind in den meisten Leistungskategorien deutlich niedriger als im Schweizer Durchschnitt: Appenzell Ausserrhoden liegt im kantonalen Vergleich bei vier der sechs untersuchten Leistungskategorien auf den Rängen 18 bis 25. Ausnahmen bilden die Langzeitpflege sowie die stationären Spitalleistungen. Für die Langzeitpflege insgesamt (ambulant und stationär) weist der Kanton Appenzell Ausserrhoden zwar geringfügig tiefere Kosten aus als der Schweizer Durchschnitt, allerdings liegen die Kosten in Pflegeheimen im Kanton mit 246 Franken über dem Schweizer Mittelwert (216 Franken) auf Rang 6 der Kantone, was auf die hohe Inanspruchnahmerate in Pflegeheimen zurückzuführen ist (vgl. Kapitel Langzeitpflege). Auch für den stationären Spitalbereich sind mit 839 Franken pro Ausserrhoderin und Ausserrhoder im Jahr 2019 höhere Kosten als in der Gesamtschweiz (812 Franken) zu verzeichnen. In dieser Leistungskategorie nimmt der Kanton Appenzell Ausserrhoden den zehnten Rang der Schweizer Kantone ein.

G 102 Bruttokosten OKP pro versicherte Person, nach Leistungskategorie, Kantone und Schweiz, 2019

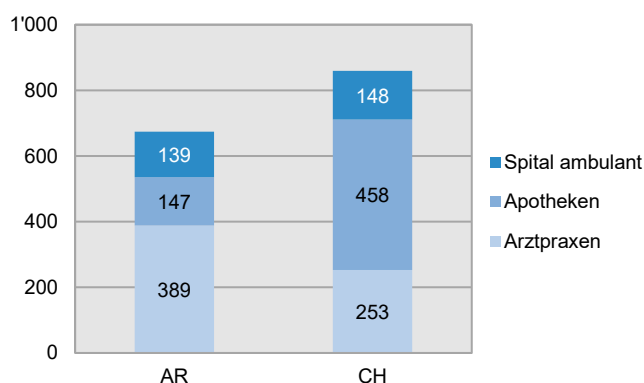


Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

© Obsan 2021

In Bezug auf die Medikamentenabgabe sind in der Schweiz grosse regionale Unterschiede zu verzeichnen. Während die Selbstdispensation, also der Verkauf von Medikamenten durch Ärztinnen und Ärzte, in allen Westschweizer Kantonen, im Tessin, in Basel-Stadt und im Aargau nur in Ausnahmefällen zugelassen ist, ist sie in vielen Deutschschweizer Kantonen sehr verbreitet; Bern und Graubünden haben eine Mischform implementiert (pharmaSuisse, 2020). Entsprechend fallen die OKP-Kosten der Medikamente für die verschiedenen Absatzkanäle sehr unterschiedlich aus (G 103). In Appenzell Ausserrhoden sind insgesamt unterdurchschnittliche Medikamentenkosten zu verzeichnen. Mehr als die Hälfte (57,6 %) der Medikamentenkosten werden dabei in Arztpraxen verursacht, je rund ein Fünftel wird über die Apotheken und im ambulanten Spitalbereich abgegeben. In der Schweiz insgesamt fällt der höchste Anteil der Medikamentenkosten in Apotheken an (53,3 %) gefolgt von den Arztpraxen (29,5 %) und dem ambulanten Spitalbereich (17,2 %).

G 103 Medikamentenkosten OKP pro versicherte Person, nach Abgabekanal, AR und CH, 2019



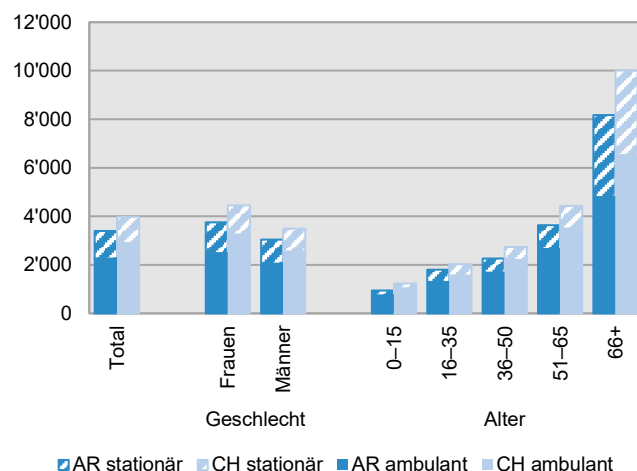
Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

© Obsan 2021

Die unterdurchschnittlichen Pro-Kopf-Kosten in Appenzell Ausserrhoden sind sowohl für Frauen als auch für Männer sowie für alle Altersgruppen beobachtbar, wobei diese geringeren Kosten auf den ambulanten Bereich zurückzuführen sind (G 104). Wie auch in der Schweiz weisen Frauen etwas höhere OKP-Kosten aus als Männer. Je älter die versicherte Person ist, umso höhere Pro-Kopf-Kosten werden ausgewiesen. So kostet eine unter 16-jährige Ausserrhoder Person im Jahr 2019 durchschnittlich 945 Franken, während eine 66-jährige und ältere Person 8'168 Franken über die OKP abrechnet.

Der Anteil der stationären Leistungen (stationäre Spitalleistungen und Pflegeheimleistungen) am Total der OKP-Kosten ist im Kanton Appenzell Ausserrhoden (32,0 %) höher als in der Schweiz (25,9 %). Mit zunehmendem Alter werden vermehrt stationäre Leistungen in Anspruch genommen. Während im Kanton bei Kindern ein Anteil von 17,2 % auf stationäre Behandlungen zurückzuführen ist, liegt dieser Anteil in der Altersgruppe der 66-Jährigen und Älteren bei 40,8 %.

G 104 Bruttokosten OKP pro versicherte Person, nach Bereich, Geschlecht und Alter, AR und CH, 2019



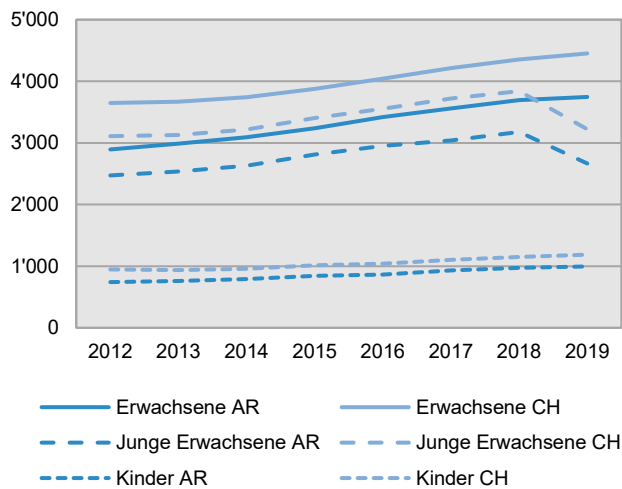
Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

© Obsan 2021

8.3.2 OKP-Prämien in Appenzell Ausserrhoden

Die Leistungen der OKP werden hauptsächlich über die Prämien sowie die Kostenbeteiligung der versicherten Personen finanziert. Zur Darstellung der Prämien wird nachfolgend das Prämienvolumen aus dem Datenpool der SASIS AG ausgewertet. Es handelt sich dabei um die OKP-Prämie gemäss Angebotstarif, d. h. um die Prämie vor Abzug der individuellen Prämienverbilligung, aber nach Abzug des Prämiennachlasses für Wahlfranchise, alternatives Versicherungsmodell und Unfallausschluss. Die vorliegenden Werte zeigen die tatsächlich bezahlten Prämien und können somit nicht direkt mit den vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) jeweils im Herbst publizierten Durchschnittsprämien verglichen werden. Die Prämienhöhe wird von den Versicherten innerhalb der Prämienregionen der Kantone und für Kinder (bis 18 Jahre), junge Erwachsene (19 bis 25 Jahre) und Erwachsene (ab 26 Jahren) separat festgelegt. Der Kanton Appenzell Ausserrhoden bildet eine einheitliche Prämienregion.

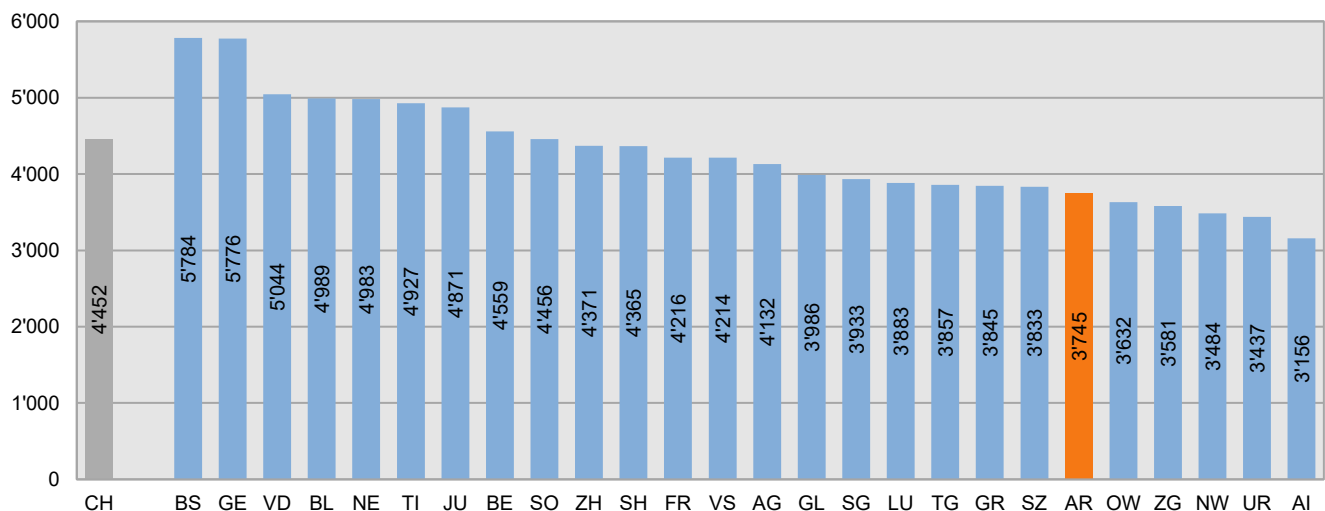
Im Jahr 2019 liegen die durchschnittlichen Prämien im Kanton Appenzell Ausserrhoden bei 996 Franken für Kinder, 2'668 Franken für junge Erwachsene und bei 3'745 Franken für Erwachsene (G 105). Damit sind die kantonalen Durchschnittsprämien 2019 rund 17 % niedriger als der Schweizer Durchschnitt. Zwischen 2012 und 2019 sind die Prämien in Ausserrhoden allerdings stärker angestiegen als in der Schweiz insgesamt. So ist für Kinder ein jahresdurchschnittlicher Anstieg um 4,3 % zu beobachten (Schweiz: 3,3 %), während die Prämien der Erwachsenen um jährlich 3,8 % (Schweiz: 2,9 %) zugenommen haben. Für junge Erwachsene ist im Jahr 2019 sowohl im Kanton Appenzell Ausserrhoden als auch in der Schweiz ein deutlicher Prämienrückgang festzustellen, der auf einen Parlamentsentscheid zurückzuführen ist, in welchem beschlossen wurde, den Risikoausgleich für junge Erwachsene um 50 % zu senken.

G 105 Bruttoprämien OKP, nach Alterskategorie, AR und CH, 2012–2019

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

© Obsan 2021

Ähnlich wie bei den OKP-Kosten sind zwischen den Kantonen auch bei den Bruttoprämien grössere Unterschiede vorzufinden (G 106). Appenzell Ausserrhoden weist für die Erwachsenen ab 26 Jahren die sechsniedrigsten OKP-Prämien auf. Nur gerade in Innerrhoden, Uri, Nidwalden, Zug und Obwalden werden 2019 noch weniger Prämien bezahlt. Die höchsten Prämien fallen für Erwachsene in den Kantonen Basel-Stadt und Genf an, in welchen die Prämien rund 35 % höher sind als in Appenzell Ausserrhoden.

G 106 Bruttoprämien OKP für Erwachsene pro versicherte Person, Kantone und CH, 2019

Quelle: SASIS AG – Datenpool / Analyse Obsan

© Obsan 2021

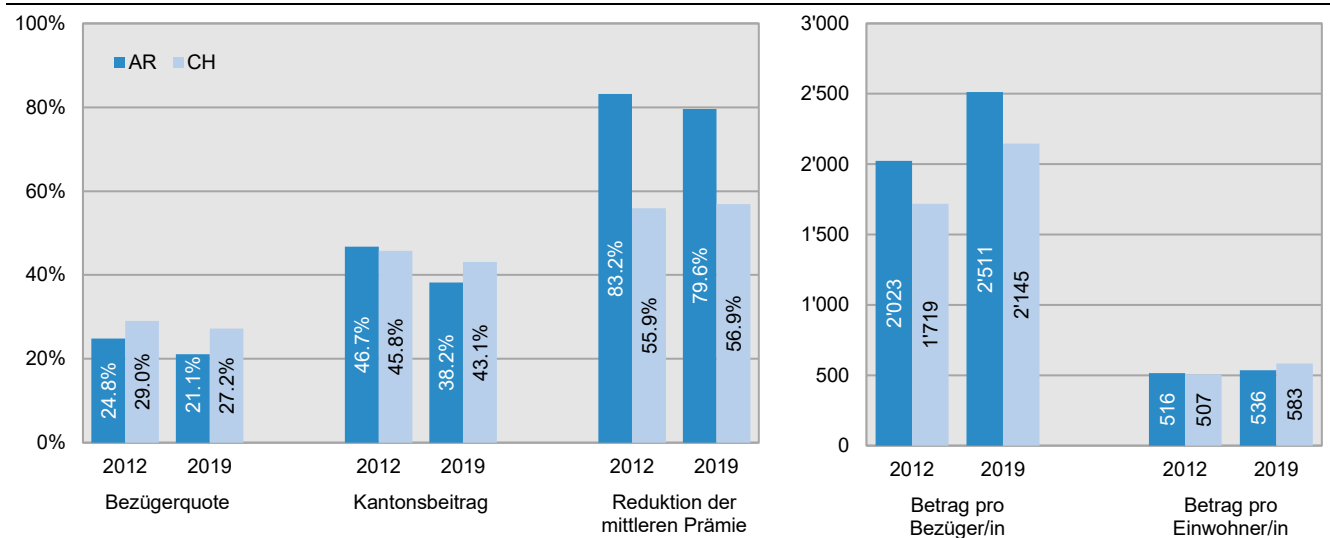
8.4 Prämienvverbilligung

Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen werden mittels individueller Prämienvverbilligung durch Bund und Kantone finanziell unterstützt. Überdies müssen die Kantone bei Familien mit unteren und mittleren Einkommen die Prämien der Kinder und jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50 % verbilligen, ab spätestens dem 1. Januar 2021 sogar um 80 % für die Kinder. Seit der Neugestaltung des Finanzausgleichs im Jahr 2008 ist die Bundesbeteiligung nicht mehr abhängig von der Finanzkraft der Kantone, sondern entspricht einem konstanten Anteil von 7,5 % der Gesamtschweizer Bruttokosten der OKP und wird anhand der Wohnbevölkerung auf die Kantone aufgeteilt. Die Kantone ergänzen den Bundesanteil mit eigenen Mitteln, weshalb sich die kantonalen Prämienvverbilligungssysteme sehr stark voneinander unterscheiden.

21,1 % der Ausserrhoder Bevölkerung haben 2019 eine Prämienvverbilligung gemäss KVG bezogen (G 107). Im gesamtschweizerischen Durchschnitt liegt dieser Anteil mit 27,2 % aller versicherten Personen höher. Sowohl im Kanton als auch in der

Schweiz sind die Bezügerquoten zwischen 2012 und 2019 zurückgegangen, im Kanton um 3,7 Prozentpunkte, in der Schweiz um 1,8 Prozentpunkte. Insgesamt wurden 2019 im Kanton Appenzell Ausserrhoden 29,6 Millionen Franken an Prämienvverbilligungsleistungen ausgerichtet. Davon wurden 38,2 % durch den Kanton und 61,8 % durch den Bund übernommen. Im Vergleich zu 2012 ist dieser Kantonsanteil in Ausserrhoden um 8,5 Prozentpunkte deutlich zurückgegangen. Im Schweizer Mittel beträgt der Anteil der Kantonsbeiträge im Jahr 2019 43,1 %. Der Prämienvverbilligungsbeitrag des Kantons Appenzell Ausserrhoden liegt somit 2019 unter dem Schweizer Durchschnitt. Bezogen auf die gesamte Bevölkerung werden im Kanton Appenzell Ausserrhoden mit 536 Franken pro Einwohnerin und Einwohner unterdurchschnittliche Prämienvverbilligungen geleistet. Allerdings fallen die durchschnittlichen Beträge pro Bezügerin und Bezüger im Kanton (2'511 Franken) höher aus als im Schweizer Mittel (2'145 Franken). Pro Bezügerin und Bezüger werden in Ausserrhoden mittels Prämienvverbilligung 79,6 % der mittleren Prämien ausbezahlt, was deutlich über dem Mittelwert der Gesamtschweiz liegt (56,9 %).

G 107 Prämienvverbilligung KVG, Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2012 und 2019



Quelle: BAG – Statistik der obligatorischen Krankenversicherung

© Obsan 2021

8.5 Herausforderungen in Bezug auf die finanziellen Aspekte im Gesundheitswesen



Das Versorgungs- und Qualitätsniveau des Schweizer Gesundheitssystems entspricht im Wesentlichen jenen anderen fortschrittlichen Gesundheitssystemen, ist aber im Vergleich deutlich teurer. So weist die Schweiz nach den USA, Deutschland und Frankreich die vierthöchsten Pro-Kopf-Kosten im Gesundheitswesen aus (vgl. G 7). Auch in Zukunft muss mit einem steten Kostenwachstum gerechnet werden, dies einerseits wegen des medizinisch-technischen Fortschritts und andererseits aufgrund der demografischen Entwicklung. Die Zahl der über 80-jährigen Personen wird sich in der Schweiz bis 2050 beispielweise mehr als verdoppeln (BFS, 2020). Darüber hinaus ist die Kostenzunahme aber auch auf ein Mengenwachstum zurückzuführen, das sich medizinisch kaum begründen lässt.

Als Antwort auf diese Mengenausweitung hat der Bundesrat ein Kostendämpfungsprogramm verabschiedet und verschiedene Massnahmenpakete definiert (vgl. Kapitel „Entwicklungen und Zusammenhänge im Gesundheitswesen“). Auch im Regierungsprogramm 2020–2023 des Kantons Appenzell Ausserrhoden ist die Kostendämpfung im Bereich Gesundheit zentral. Bis 2023 soll im Kanton eine Übersicht über die Handlungsmöglichkeiten zur Kostendämpfung der Gesundheitskosten vorliegen. Gezielte Massnahmen sollen bis 2030 den Kostenanstieg im Gesundheitsbereich bremsen. Es sollte allerdings darauf geachtet werden, dass diese Massnahmen weder die Qualität der medizinischen Leistungen vermindern, noch sich einseitig auf einzelne Bevölkerungsgruppen auswirken.

Der Kanton Appenzell Ausserrhoden weist für seine Einwohnerinnen und Einwohner einen hohen Anteil an stationären Spitalleistungen sowie an Pflegeheimleistungen aus sowie überdurchschnittliche OKP-Kosten in diesen zwei Leistungsbereichen. Da die stationäre Betreuung in Spitälern und Pflegeheimen meist kostenintensiver ist, gilt es zu prüfen, inwieweit das Verlagerungspotenzial von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich bereits genügend genutzt wird. Auch alternative Betreuungsangebote der Langzeitpflege (z. B. betreutes Wohnen, Tages- und Nachtstrukturen), wie sie in der Westschweiz weit verbreitet sind, können sich auf die Versorgungsstruktur und somit auch auf die Kosten auswirken.

Im Bereich der Spitalleistungen kann die interkantonale Planung der stationären Versorgungsstrukturen zusammen mit fünf weiteren Kantonen (Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden, St.Gallen und Thurgau) als neue Ausrichtung im Rahmen der Kostendämpfungsmassnahmen angesehen werden. Durch die gemeinsame Ostschweizer Spitalplanung sollen Überkapazitäten und Doppelspurigkeiten abgebaut und somit Kosteneinsparungen erzielt werden.

Im Kontext der gegenwärtigen Corona-Pandemie gilt es, die zukünftige Kostenentwicklung im Gesundheitswesen im Auge zu behalten. Zwar dürften die OKP-Kosten gemäss der Konjunkturforschungsstelle KOF der ETH Zürich (Anderes et al., 2020) aufgrund von Aufschüben nicht zwingend notwendiger Eingriffe in gewissen Leistungskategorien unterdurchschnittlich ansteigen, allerdings kann das Kostenwachstum zu einem späteren Zeitpunkt deutlich ansteigen, wenn diese aufgeschobenen Behandlungen nachgeholt werden.

9 Details zu den Massnahmen und Projekten

schulärztliche und schulzahnärztliche Untersuchung	
Inhalt Massnahme/Projekt	Der schulärztliche Dienst liegt in der Verantwortung der Gemeinde und hat im Rahmen seines Aufgabenspektrums eine wichtige Funktion bei der Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sowie einer frühzeitigen Erkennung von individuellen gesundheitlichen Schäden und generellen volksgesundheitlich relevanten Trends und allfälligen Fehlentwicklungen. Der Kanton trägt die Kosten der Impfungen und der allgemeinen schulärztlichen Untersuchungen. Der gesetzliche Auftrag der Schulärztinnen und Schulärzte besteht zudem in der Beratung der Eltern, Behörden und Lehrerschaft in Fragen der Gesundheitserziehung und -vorsorge. Die obligatorischen schulärztlichen Untersuchungen aller Schülerinnen und Schüler im Kanton Appenzell Ausserrhoden erfolgen nach einheitlichen Vorgaben jeweils kurz vor Schuleintritt und Schulaustritt. Gleichzeitig mit der Überprüfung des Gesundheitszustandes und der altersgerechten Adressierung gesundheitlicher Schutz- und Risikofaktoren wird anlässlich der Untersuchung auch der Impfstatus überprüft und es besteht die Möglichkeit zur kostenlosen Impfung. Auch die schulzahnärztlichen Untersuchungen liegen in der Verantwortung der Gemeinde und stellen ebenfalls eine wichtige Präventionsmassnahme dar. 50 Prozent der Kosten der Zahnprophylaxe trägt der Kanton. Die Schulzahnpflegeinstruktorinnen und -instruktoren besuchen die Klassen der Gemeindeschulen und betreiben in diesem Rahmen Aufklärung über kariesverursachende Speisen und Getränke, korrekte Zahnreinigung und Fluidprophylaxe. Im Rahmen der schulzahnärztlichen Untersuchung werden die Karieskontrolle, die Zahn- und Kieferstellung und die Mundhygiene kontrolliert. Dies dient einerseits zur Früherfassung von Zahnschäden und andererseits der Erkennung von angeborenen oder erworbenen Zahn- und Kieferstellungsanomalien.
Hebel	☒ Gesundheitsförderung und Prävention ☐ Qualität der Versorgung erhöhen ☐ Versorgungsstrukturen stärken ☒ (indirekte) Beeinflussung der Kostenentwicklung
Status und Projektstand	☐ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☒ in Umsetzung
Kosten	CHF 60'000 schulärztlicher Dienst CHF 15'000 schulzahnärztlicher Dienst Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan: ☒ enthalten

Angebote der Suchtprävention an Schulen, in Betrieben und Gemeinden		
Inhalt Massnahme/Projekt	Die Aufgaben und Tätigkeiten der Beratungsstelle für Suchtfragen sind auf dem Gesundheitsgesetz von Appenzell Ausserrhoden abgestützt. Die Beratungsstelle für Suchtfragen bietet bei der Planung, Organisation und Begleitung von Aktionen, Projekten, Veranstaltungen und Anlässen im Bereich Prävention Unterstützung an. In Rahmen der Umsetzung von Aktionstagen und Kampagnen im öffentlichen Raum sowie bei Präventionseinsätzen an Schulen und in den Gemeinden können Mitarbeitende der Fachstelle mögliche Zielgruppen direkt fachlich beraten. Neben diversen Workshops im Bereich Sucht bietet das mit anderen Kantonen der Ostschweiz erarbeitete Präventionsprogramm „Freelance“ Themenpakete zu Alkohol, Tabak, Cannabis und Neue Medien für Schülerinnen und Schüler an. Beratungen werden telefonisch, per Mail, via Kontaktformular oder anonym via Online-Beratung angeboten oder finden vor Ort statt. Zielgruppen sind unter anderem: - Personen, welche ihren Konsum überdenken möchten - Kinder von Eltern mit einer Abhängigkeitserkrankung - Betroffene einer Substanz- oder Verhaltensabhängigkeit - Menschen, welche riskant oder übermässig Substanzen konsumieren - Angehörige und Bezugspersonen - Lehrpersonen - Arbeitgeber - Fachpersonen	
Hebel	☒ Gesundheitsförderung und Prävention ☐ Qualität der Versorgung erhöhen ☐ Versorgungsstrukturen stärken ☒ (indirekte) Beeinflussung der Kostenentwicklung	
Status und Projektstand	☐ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☒ in Umsetzung	Bestehender gesetzlicher Auftrag zur Umsetzung.
Kosten	Im Schnitt ca. CHF 50'000 pro/Jahr	Einsatz jährlich zweckgebundener Gelder aus der Spirituosensteuer/Alkohol-zehntel AR (variiert jährlich).
	Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan:	☒ enthalten

kantonales Aktionsprogramm (KAP) „Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“

Inhalt Massnahme/Projekt	Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen muss geschützt und gefördert werden, da sie für deren Lebensverlauf von grösster Bedeutung ist. Das kantonale Programm „Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ beinhaltet Ziele und Massnahmen über alle Lebensphasen der Kindheit und Jugend hinweg. Es richtet sich sowohl an Kinder, Jugendliche, Eltern und nahe Bezugspersonen als auch an Fachpersonen aus der Bildung und der Kinder- und Jugendhilfe. Das Programm beinhaltet: - die Mitarbeit bei der Entwicklung und Verbreitung neuer Angebote und Materialien für die Schule zur Förderung der Lebenskompetenzen; - Verfassung eines Konzeptes „Frühe Förderung AR“ unter partizipativer Mitwirkung der zentralen Handelnden; - die fachliche Mitarbeit im Ostschweizer Forum für Psychische Gesundheit (OFPG) zum Thema „Kinder und Jugendliche“ und Abstimmung der Aktivitäten in der Region Ostschweiz; - Netzwerkarbeit und Abstimmung der Aktivitäten in kantonalen Gremien und Arbeitsgruppen; - die Mitarbeit bei der Erstellung und Verteilung von kinder- und jugendgerechten Informationen (z. B. „10 Impulse“ für Kinder, Jugendflyer Suizidprävention, Informationen auf der Website, Medienarbeit) über das OFPG; - wiederkehrende Organisation und Durchführung der interaktiven Wanderausstellung („Mein Körper gehört mir“ und „Ich sag, was läuft“); - Förderung der psychischen Gesundheit und allgemeinen Ressourcenstärkung durch Themenschwerpunkte wie Medien, Suizid, Sucht, usw. Aktivitäten mittels Aktionstage, Kampagnen, Workshops, Referate und Abrufkurse.	
Hebel	☒ Gesundheitsförderung und Prävention ☐ Qualität der Versorgung erhöhen ☐ Versorgungsstrukturen stabilisieren ☒ (indirekt) Beeinflussung der Kostenentwicklung	
Status und Projektstand	☐ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☒ in Umsetzung	Start der Projektumsetzung 2018 bis 2020. Ab 2021 gilt das Nachfolgeprojekt der Kantone AI, AR, SG (Ostschweizer KAP bis 2024) in Zusammenarbeit mit Gesundheitsförderung Schweiz.
Kosten	CHF 26'000 Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan: ☒ enthalten	

Mitarbeit Ostschweizer Forum für Psychische Gesundheit	
Inhalt Massnahme/Projekt	Das Ostschweizer Forum für Psychische Gesundheit (OFPG) ist ein nicht gewinnorientierter Verein, der von den Kantonen St.Gallen, Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden sowie dem Fürstentum Liechtenstein getragen wird. Ziel des OFPG-Forums ist es, die psychische Gesundheit zu thematisieren und zu fördern, Tabus im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen abzubauen, die Akteure in der Ostschweiz zu vernetzen und den Austausch zwischen Fachstellen, Betroffenen, Angehörigen und Interessierten zu stärken. Über Veranstaltungen, Fortbildungen und Informationsmaterialien sensibilisiert das Ostschweizer Forum zum Thema psychische Gesundheit. Der Verein hat zudem eine gemeinsame Webplattform mit Informationen, einem Verzeichnis für Unterstützungsangebote und einem Veranstaltungskalender für die gesamte Region Ostschweiz entwickelt.
Hebel	☒ Gesundheitsförderung und Prävention ☐ Qualität der Versorgung erhöhen ☐ Versorgungsstrukturen stärken ☒ (indirekt) Beeinflussung der Kostenentwicklung
Status und Projektstand	☐ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☒ in Umsetzung
Kosten	CHF 20'000/Jahr
	Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan: ☒ enthalten

kantonales Programm „Zwäg is Alter“

Inhalt Massnahme/Projekt	Das kantonale Programm richtet sich primär an Frauen und Männer im Pensionsalter, die zu Hause leben und aufgrund ihres zunehmenden Alters oder wegen chronischen Krankheiten vermehrt fragiler werden. „Zwäg is Alter“ leistet einen Beitrag zur Förderung der Lebensqualität und der selbständigen Lebensführung der älteren Menschen in Appenzell Ausserrhoden und hilft die Risiken einer Pflegebedürftigkeit zu reduzieren. Ein Teil fokussiert das Thema „Ernährung und Bewegung im Alter“; die allgemeine Sturzprävention wird im Rahmen des Themas Bewegung miteinbezogen. Ein anderer Themenschwerpunkt ist die psychische Gesundheit im Alter. Das Programm beinhaltet: - regelmässige Kontakte zu älteren Menschen und ihren Bezugspersonen betreffend Erziehung/Beratung zu Gesundheitsthemen wie Ernährung, Bewegung, Sturzprävention und psychische Gesundheit; - die persönliche Beratung und Hausbesuche durch eine diplomierte Pflegeperson; - Triage und Vermittlung von Unterstützungsangeboten und Fachstellen; - die überkantonale Vernetzung (Trauerbegleitung, Netzwerk Demenz, Foren Palliative Care Teufen und Palliative Care Appenzeller Hinterland, Netzwerk Alter Herisau); - öffentliche Vorträge zu den Themen Ernährung, Bewegung und Sturzprävention und psychische Gesundheit; - Informationen via Webseiten zu gesundheitsfördernden Angeboten im Alter; - Medienarbeit zu Gesundheitsförderung und Prävention im Alter (speziell zu den Themen der Module B und D); - Informationsmaterial für Seniorinnen und Senioren, Fachpersonen und relevanten Altersakteuren; - Kurse für Gedächtnistraining, Ernährung, Bewegung, Sturzprävention; - Treffpunkte wie Sonntagscafé, Erzählcafé, Trauercafé und Tavolata-Tischgemeinschaften.	
Hebel	☒ Gesundheitsförderung und Prävention ☐ Qualität der Versorgung erhöhen ☐ Versorgungsstrukturen stabilisieren ☒ (indirekte) Beeinflussung der Kostenentwicklung	
Status und Projektstand	☐ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☒ in Umsetzung	Die Umsetzung des kantonalen Programms erfolgt durch die Pro Senectute Appenzell Ausserrhoden.
Kosten	CHF 110'000	
	Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan:	☒ enthalten

Krebsregister	
Inhalt Massnahme/Projekt	Am 1. Januar 2020 trat das Bundesgesetz über die Registrierung von Krebserkrankungen (KRG; SR 818.33) und die dazugehörigen Ausführungsbestimmungen in Kraft. Ab diesem Zeitpunkt sind die Kantone verpflichtet, kantonale Krebsregister zu führen (vgl. Art. 32 KRG). Die Krebsliga Ostschweiz (vormals St.Gallen-Appenzell) führt bereits seit 2000 im Auftrag der Kantone St.Gallen und beider Appenzell ein Krebsregister. Ab dem Jahr 2020 hat der Kanton Appenzell Ausserrhoden den Leistungsvertrag mit der Krebsliga zur Führung eines Krebsregisters nun unbefristet verlängert (Vollzungsaufgaben gemäss KRG). Der Vertrag regelt neben der Führung des Registers auch die Qualitätssicherung (zweckmässige Organisation mit genügend qualifiziertem Personal).
Hebel	☐ Gesundheitsförderung und Prävention ☒ Qualität der Versorgung erhöhen ☐ Versorgungsstrukturen stärken ☐ Beeinflussung der Kostenentwicklung
Status und Projektstand	☐ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☒ in Umsetzung
Kosten	CHF 80'000
	Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan: ☒ enthalten

HPV – Impfungen

Inhalt Massnahme/Projekt	Gemäss den Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EKIF) richtet sich die HPV-Grundimpfung an alle Mädchen im Alter von 11 bis 14 Jahren. Während einer Übergangsfrist wird zudem eine Nachholimpfung der 15- bis 26-jährigen Mädchen und Frauen empfohlen. Damit die Impfung von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen wird, muss sie im Rahmen eines kantonalen Impfprogramms erfolgen. Es können sich auch Knaben und junge Männer im Alter von 11 bis 26 Jahren kostenlos im Rahmen des kantonalen HPV-Impfprogramms impfen lassen. Der Kanton Appenzell Ausserrhoden unterzeichnete im Juni 2018 die Beitrittserklärung zu zwei für die Durchführung eines kantonalen HPV-Impfprogramms nötigen Verträge: - Rahmenvertrag betreffend den HPV-Impfstoff zwischen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und dem Impfstoffhersteller MSD Merck Sharp & Dome AG. - Tarifvertrag betreffend Impfung gegen HP-Viren zwischen der GDK und der tarifsuisse, der Einkaufsgemeinschaften HSK sowie der CSS Kranken-Versicherung.		
Hebel	☒ Gesundheitsförderung und Prävention ☐ Qualität der Versorgung erhöhen ☐ Versorgungsstrukturen stärken ☒ (indirekte) Beeinflussung der Kostenentwicklung		
Status und Projektstand	☐ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☒ in Umsetzung		
Kosten	CHF 60'000		
	Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan:	☒ enthalten	

Fachstelle für Familienplanung	
Inhalt Massnahme/Projekt	Die Beratungsstelle für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität in St.Gallen, steht mit dem gesamten Leistungsangebot für Ratsuchende aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden unentgeltlich zur Verfügung (siehe dazu auch Kapitel 3.7, Teil 2 des Berichts).
Hebel	☒ Gesundheitsförderung und Prävention ☐ Qualität der Versorgung erhöhen (Krebsregister) ☐ Versorgungsstrukturen stärken ☒ (indirekte) Beeinflussung der Kostenentwicklung
Status und Projektstand	☐ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☒ in Umsetzung
Kosten	CHF 63'000
	Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplanung: ☒ enthalten

Praxisassistenz und Curriculum

Inhalt Massnahme/Projekt	Mit dem Weiterbildungsprogramm für Hausarztmedizin unterstützt der Kanton Appenzell Ausserrhoden seit 2010 jährlich eine sechs Monate dauernde Ausbildung von Assistenzärztinnen und -ärzten in einer Hausarzt-lehrpraxis. An diesem Programm nehmen 25 Kantone teil. Ab dem Jahr 2021 wird dieses Angebot auf maximal zwei Halbjahresstellen erweitert und mit dem Zentrum für Hausarztmedizin am Kantonspital St.Gallen (KSSG) eine entsprechende Vereinbarung unterzeichnet. Ziel der Unterstützung dieser Weiterbildung ist die Förderung einer langfristig qualifizierten Hausarztmedizin. Damit soll ein Beitrag zur Sicherung und Qualitätsförderung der ambulanten Grundversorgung geleistet werden, da in den nächsten Jahren zahlreiche Hausärztinnen und Hausärzte ihre Praxistätigkeit altersbedingt aufgeben werden. Die Förderung eines qualitativ hochstehenden und attraktiven Weiterbildungsprogramms motiviert Assistenzärztinnen und -ärzte zur Tätigkeit in der Hausarztmedizin.		
Hebel	☐ Gesundheitsförderung und Prävention ☒ Qualität der Versorgung erhöhen ☒ Versorgungsstrukturen stärken ☒ (indirekte) Beeinflussung der Kostenentwicklung		
Status und Projektstand	☐ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☒ in Umsetzung		
Kosten	CHF 110'000		
	Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan:	☒ enthalten	

Triagestelle	
Inhalt Massnahme/Projekt	Die stellte einen Teil der ambulanten ärztlichen Notfallversorgung der Bevölkerung im Kanton Appenzell Ausserrhoden sicher. Der Dienst steht der Ausserrhoder Bevölkerung an 365 Tagen im Jahr und während 24 Stunden am Tag zur Verfügung. Das Ärztefon triagiert die Anrufenden primär an die diensthabenden Notfalldienstärzte und -ärztinnen oder vermittelt sie bei Bedarf bspw. an die hausärztliche Notfallpraxis (ANOS) in der Notfallstation des Spitals Herisau oder an weitere Leistungserbringer. Ende 2018 genehmigte der Regierungsrat die Vereinbarung mit dem Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (SVAR) betreffend Betrieb der Triagestelle im Rahmen der ambulanten ärztlichen Notfallversorgung. Damit wurde eine kantonsinterne Lösung geschaffen, um die Versorgung mit ambulanter Notfallmedizin zu gewährleisten. Die Vereinbarung wurde im Sinne eines Pilotprojekts auf zwei Jahre bis 31. Dezember 2020 befristet. Die vergangenen zwei Jahre haben gezeigt, dass eine kantonseigene Triagestelle sinnvoll ist und die befristete Vereinbarung wurde um zwei Jahre verlängert.
Hebel	☐ Gesundheitsförderung und Prävention ☒ Qualität der Versorgung erhöhen ☒ Versorgungsstrukturen stärken ☒ (indirekte) Beeinflussung der Kostenentwicklung
Status und Projektstand	☐ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☒ in Umsetzung
Kosten	CHF 130'000
	Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan: ☒ enthalten

Projekt „Spitalversorgung Modell Ost“ (Spitalplanung AI, GL, GR, AR, TG, SG)

Inhalt Massnahme/Projekt	Mit der Absichtserklärung zum Projekt „Spitalversorgung Modell Ost“ unterstreichen die sechs Kantone ihren Willen, eine gemeinsame Spitalplanung im stationären Angebot zu erreichen. Im Mittelpunkt der Planung stehen der Versorgungsbedarf und die Versorgungssicherheit der Bevölkerung. Eine qualitativ hochstehende Versorgung muss regional sichergestellt werden, um indes eine Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden. Stationäre Modellplanung: Nach Projektabschluss verfügen die Vereinbarungskantone über eine aktuelle Bedarfsanalyse (gemeinsamer Versorgungsbericht) der stationären Akutsomatik sowie über verschiedene Varianten / Szenarien hinsichtlich möglicher zukünftiger gemeinsamer oder koordinierter Spitalisten sowie deren möglichen Auswirkungen auf die obgenannten Parameter. Definition der Qualitätskriterien: Zu den geplanten gemeinsamen Kriterien zur Aufnahme auf die Spitalliste gehören unter anderem auch Vorgaben und Anforderungen an die Qualität. Nebst den nationalen Bestrebungen zur Förderung der Qualität haben auch die Kantone dahingehend entsprechenden Handlungsspielraum und es ist sinnvoll, diesen im Rahmen des Projekt „Spitalversorgung Modell Ost“ gemeinsam zu diskutieren.	
Hebel	☐ Gesundheitsförderung und Prävention ☒ Qualität der Versorgung erhöhen ☒ Versorgungsstrukturen stärken ☒ Beeinflussung der Kostenentwicklung	
Status und Projektstand	☐ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☒ in Umsetzung	
Kosten	CHF 20'000	
	Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan:	☒ enthalten

Leistungsauftrag Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste St.Gallen	
Inhalt Massnahme/Projekt	Die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste St.Gallen (KJPD) helfen und unterstützen Kinder, Jugendliche und ihren Familien bei psychischen und psychosozialen Schwierigkeiten. Die KJPD St.Gallen bieten diesbezüglich ambulante Dienstleistungen zur Beratung und Abklärung sowie Einzel- und Gruppentherapie an. Dazu gehört auch ein 24h-Notfalldienst und in einer Krisensituation kann den betroffenen Kindern, Jugendlichen und Familien innert kurzer Zeit ein Termin angeboten werden. Weiter verfügt die KJPD St.Gallen über ein tagesklinisches Angebot in St.Gallen, welches ebenfalls Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Appenzell Ausserrhoden zur Verfügung steht. Zwischen dem Kanton Appenzell Ausserrhoden und den KJPD St.Gallen besteht hierfür ein entsprechender Leistungsauftrag.
Hebel	☐ Gesundheitsförderung und Prävention ☒ Qualität der Versorgung erhöhen ☒ Versorgungsstrukturen stärken ☐ Beeinflussung der Kostenentwicklung
Status und Projektstand	☐ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☒ in Umsetzung
Kosten	CHF 650'000
	Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan: ☒ enthalten

Spitalseelsorge (Leistungsauftrag SVAR)

Inhalt	Eine Krankheit, ein Unfall oder eine Untersuchung können einem bewusst machen, wie verletzlich das Leben sein kann. Der Verlust der alltäglichen Umgebung und vertrauter Gewohnheiten lassen oft Gedanken, Gefühle und Fragen aufkommen, die verunsichern.	
Massnahme/Projekt	In dieser Situation kann ein Gespräch mit einer Seelsorgeperson hilfreich sein. Diese kann sich Zeit nehmen für menschliche und zwischenmenschliche Belange, Sinnfragen und Nöte, die im medizinisch/pflegerischen Kontext wenig Platz haben und dennoch in der Krankheitszeit und beim Heilungsprozess von Bedeutung sein können. Zwischen dem Kanton Appenzell Ausserrhoden und dem Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (SVAR) besteht deshalb ein Leistungsauftrag zur Gewährleistung einer Spitalseelsorge. Der Leistungsauftrag beinhaltet: - ein angemessenes Angebot an seelsorgerischer Betreuung der Patientinnen und Patienten, deren Angehörige sowie der Mitarbeitenden des SVAR sicherzustellen; - die Sicherstellung der seelsorgerischen Betreuung für Menschen sämtlicher Religionen und Konfessionen sowie für Menschen ohne religiöse Zugehörigkeit; - die durchgehende Erreichbarkeit der seelsorgerischen Betreuung.	
Hebel	☐ Gesundheitsförderung und Prävention ☒ Qualität der Versorgung erhöhen ☐ Versorgungsstrukturen stärken ☐ Beeinflussung der Kostenentwicklung	
Status und Projektstand	☐ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☒ in Umsetzung	
Kosten	CHF 175'000	
	Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan:	☒ enthalten

Umsetzung Konzept für palliative Versorgung Appenzell Ausserrhodon	
Inhalt Massnahme/Projekt	Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. In verschiedenen Ausserrhodener Gemeinden wird Palliative Care bereits angeboten; es bestehen lokale Netzwerke oder solche, die sich im Aufbau befinden. Um die palliative Versorgung im ganzen Kanton auf gutem Niveau anbieten zu können, hat das Departement Gesundheit und Soziales ein entsprechendes Konzept erarbeitet, welches 2017 genehmigt wurde. Erste, prioritäre Massnahmen wurden bereits 2018/2019 in Angriff genommen und umgesetzt: - Ein palliativer Brückendienst (mobiler Palliative Care Dienst) steht rund um die Uhr für schwerstkranke und sterbende Menschen zur Verfügung (Leistungsvereinbarung mit der Krebsliga Ostschweiz). - Betroffene Personen erhalten bei Bedarf uneingeschränkt Zugang zu einem Pflegeplatz in einem Sterbehospiz (Leistungsvereinbarung mit dem Hospiz St.Gallen). - Personen mit direktem Patientenkontakt (z. B. Betreuungs- und Pflegepersonen) werden stufengerecht ausgebildet (Basiskurs „Palliative Care Niveau A1“). Weitere Massnahmen im Rahmen der zweiten Phase des Konzepts Palliativ Care sollen in Angriff genommen werden: - Versorgungslücken werden durch geeignete Massnahmen geschlossen. - Die Vernetzung der Akteure wird ausgebaut und nachhaltig gesichert. - Das Vorliegen von spezifischen Palliative Care-Konzepten wird geprüft. - Finanzierungslücken werden durch geeignete Massnahmen geschlossen. - Das Verständnis von Palliativ Care in der Betreuung wird überprüft und gegebenenfalls weiter gefördert. - Der Stand der Fort- und Weiterbildungen in den verschiedenen Versorgungsbereichen wird regelmässig erhoben.
Hebel	☐ Gesundheitsförderung und Prävention ☒ Qualität der Versorgung erhöhen ☐ Versorgungsstrukturen stärken ☐ Beeinflussung der Kostenentwicklung
Status und Projektstand	☐ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☒ in Umsetzung
Kosten	in Abklärung Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan: ☒ enthalten

Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung in Spitälern

Inhalt Massnahme/Projekt	Vor dem Hintergrund eines sich abzeichnenden Ärzte- und Ärztinnenmangels und aufgrund der Entscheide des Bundes, der Kantone und der Universitäten, das Ausbildungsengagement in der Schweiz diesbezüglich zu verstärken, ist es unabdingbar, die Stellen für Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung an den Spitälern finanziell angemessen abzusichern und eine gesamtschweizerisch möglichst gerechte Finanzierung sicherzustellen. Leider ist das entsprechende interkantonale Konkordat zur Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung (WFV) nach wie vor nicht zustande gekommen. Dafür nötig wären mind. 18 Kantone. Seit 2012 besteht jedoch die Ostschweizer Spitalvereinbarung und gestützt auf dieser bezahlen die GDK-Ost-Kantone AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG und ZH den Spitälern an die Aus- und Weiterbildungen der Assistenzärztinnen und Assistenzärzte je CHF 15'000 pro Vollzeitstelle. In diesem Zusammenhang besteht eine entsprechende Ausgleichsfinanzierung.	
Hebel	☐ Gesundheitsförderung und Prävention ☐ Qualität der Versorgung erhöhen ☒ Versorgungsstrukturen stärken ☐ Beeinflussung der Kostenentwicklung	
Status und Projektstand	☐ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☒ in Umsetzung	
Kosten	ca. CHF 1 Mio. jährlich (CHF 15'000 pro Vollzeitstelle) Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan: ☒ enthalten	

Leistungsauftrag Rettungsdienst SVAR	
Inhalt	Rettungsdienst:
Massnahme/Projekt	Der Rettungsdienst SVAR stellt während 24 Stunden und 7 Tage in der Woche die medizinische Notfallversorgung im Kanton Appenzell Ausserrhoden sicher. Mit den drei Stützpunkten in Herisau, Heiden und Teufen wird die topographische Besonderheit des Kantons berücksichtigt und die Einhaltung der national vorgegebener Hilfsfristen ist sichergestellt. Zwischen dem Kanton Appenzell Ausserrhoden und dem Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (SVAR) besteht ein Leistungsauftrag betreffend der Organisation des Rettungsdienstes. Der Leistungsauftrag beinhaltet: - die Sicherstellung der Notfalltransporte innerhalb des Kantonsgebietes; - die Erfüllung der Anforderungen gemäss Zertifizierung des Interverbands für Rettungswesen (IVR).
Hebel	☐ Gesundheitsförderung und Prävention ☐ Qualität der Versorgung erhöhen ☒ Versorgungsstrukturen stärken ☐ Beeinflussung der Kostenentwicklung
Status und Projektstand	☐ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☒ in Umsetzung
Kosten	CHF 840'000
	Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan: ☒ enthalten

kantonale Spitalplanung

Inhalt Massnahme/Projekt	Die kantonale Spitalplanung beinhaltet insbesondere die Sicherstellung der stationären Spitalversorgung und die dazu notwendige Spitalplanung und Erstellung der Spitalliste im Bereich Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation. Der Kanton Appenzell Ausserrhoden verfolgt eine bedarfsgerechte und leistungsorientierte Spitalplanung. Dazu nötig ist insbesondere eine umfassende Bedarfsermittlung und Bedarfsprognose. Dabei ist den ausser- und innerkantonalen Patientenströmen Rechnung zu tragen und neben Qualität und Wirtschaftlichkeit ist auch die Versorgungsrelevanz eines Spitals zur Deckung des notwendigen Bedarfs ein Kriterium für die Vergabe eines Leistungsauftrags. Die entsprechenden Leistungszuteilungen erfordern, dass die Kriterien Bedarf, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zugang innert nützlicher Frist erfüllt sind. Über die Spitalplanung hat der Kanton, neben der Sicherstellung eine für die Bevölkerung ausreichende Spitalversorgung (Verhinderung einer Unterversorgung), aber auch die Aufgabe, Über- und Fehlversorgung zu verhindern. Dies geschieht unter anderem über die interkantonale Koordination und Kooperation sowie allfälliger Konzentration der Spitalplanung (bspw. komplexe und hochspezialisierte Medizin und in diesem Zusammenhang die Festsetzung von Mindestfallzahlen). An dieser Stelle kann auch auf das Projekt „Spitalversorgung Modell Ost“ verwiesen werden. Die Steuerung soll auch über die Einschränkung von stationären Leistungen erfolgen, wo die ambulante Leistungserbringung in der Regel medizinisch sinnvoller, patientengerechter und ressourcenschonender ist. Seit 1. Januar 2019 ist die Regelung „ambulant vor stationär“ in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) in Kraft. Diese Regelung gilt für sechs Gruppen von elektiven, also nicht dringlichen, Eingriffen an gesundheitlich stabilen Patienten (sogenannte AVOS-Liste).
Hebel	☐ Gesundheitsförderung und Prävention ☒ Qualität der Versorgung erhöhen ☒ Versorgungsstrukturen stärken ☒ Beeinflussung der Kostenentwicklung
Status und Projektstand	☐ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☒ in Umsetzung
Kosten	Betrifft Personalaufwand. Weitere Kostenfolgen möglich. Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan: ☒ enthalten

Mitgliedschaft Trägerdelegation Stiftung Ostschweizer Kinderspital (SOKS)	
Inhalt Massnahme/Projekt	Die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, St.Gallen, Thurgau und das Fürstentum Liechtenstein sind Träger der Stiftung Ostschweizerisches Säuglings- und Kinderspital (SOKS) in St.Gallen. Appenzell Ausserrhoden wurde bis anhin im Stiftungsrat durch den Vorsteher des Department Gesundheit und Soziales vertreten. Aufgrund der angepassten Stiftungsurkunde sind die Träger neu in der Trägerdelegation vertreten, welche kein Organ der Stiftung, aber Wahlgremium des Stiftungsrates ist und die Trägerstrategie für den Stiftungsrat festlegt. Die Trägerstrategie konkretisiert den Zweck der SOKS und gibt Vorgaben für deren Organisation auf Basis der Stiftungsurkunde. Damit liegt die Kernaufgabe der SOKS und auch der Trägerdelegation weiterhin auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, welches gemäss Gesundheitsgesetz (bGS 811.1) im Grundsatz dem Departement Gesundheit und Soziales zugewiesen ist. Am Ostschweizer Kinderspital arbeiten Fachspezialisten aller pädiatrischen und kinderchirurgischen Subspezialitäten in engem interdisziplinärem Zusammenspiel. Das SOKS gewährleistet so eine qualitativ hochstehende Spitalversorgung für Säuglinge und Kinder aus Appenzell Ausserrhoden. Der Kanton Appenzell Ausserrhoden richtet für das Ostschweizer Kinderspital entsprechende Gemeinwirtschaftliche Leistungen aus, damit die Pädiatrische Versorgung für die Bevölkerung sichergestellt werden kann.
Hebel	☐ Gesundheitsförderung und Prävention ☐ Qualität der Versorgung erhöhen ☒ Versorgungsstrukturen stärken ☐ Beeinflussung der Kostenentwicklung
Status und Projektstand	☐ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☒ in Umsetzung
Kosten	CHF 1,0 Mio. Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan: ☒ enthalten

Förderung der ambulanten Psychiatrieversorgung

Inhalt Massnahme/Projekt	In seinem Bericht aus dem Jahr 2016 zur „Zukunft der Psychiatrie“ zeigt der Bundesrat auf, dass die psychiatrische Versorgung in der Schweiz qualitativ hochstehend ist und gleichwohl Entwicklungsbedarf besteht. Insbesondere im Bereich der ambulanten bzw. aufsuchenden und teilstationären Versorgung bestehen oftmals Lücken. Die Angebotsstrukturen für psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten orientieren sich in der Schweiz immer noch stark an den beiden klassischen Polen von ambulanten und stationären Angeboten. Zwischenstrukturen bzw. intermediäre Angebote wie Tageskliniken, Ambulatorien oder mobile Equipen stellen indessen eine zunehmend wichtige Angebotsform für eine moderne psychiatrische Versorgung dar. Das Problem der eher langsamen Entwicklung im Bereich der intermediären Psychiatrie ist die unvollständige Tarifstruktur und die daraus folgende ungenügende Abdeckung, da im KVG keine teilstationären Tarife vorgesehen sind. Somit müssen entsprechende Angebote nach wie vor durch gemeinwirtschaftliche Leistungen der Kantone mitgetragen werden. Das Grundlagenpapier Psychiatrieversorgung 2013 für den Kanton Appenzell Ausserrhoden fordert in der Soll-Situation der psychiatrischen Versorgung für die Ausserrhoder Bevölkerung den Aufbau eines tagesklinischen Angebots. Ein solches ist mittlerweile Teil des Angebots des Psychiatrie Zentrums AR. Die weiteren im Grundlagenpapier beschriebenen Ziele wie der Ausbau und die Optimierung eines Case Management sind jedoch erst teilweise erfüllt. Zu prüfen wäre auch ein mögliches Angebot von aufsuchenden, mobilen Equipen, welche eine frühe und gegenüber einer stationären Behandlung niederschwelligere Intervention bei den Patientinnen und Patienten zu Hause ermöglicht (vgl. Gesundheitsbericht 2016). Diese Massnahmen sind auch in Ergänzung und im Zusammenspiel zur Förderung der integrierten Versorgung zu betrachten (vgl. entsprechende Massnahme).	
Hebel	☐ Gesundheitsförderung und Prävention ☐ Qualität der Versorgung erhöhen ☒ Versorgungsstrukturen stärken ☒ Beeinflussung der Kostenentwicklung	
Status und Projektstand	☐ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☒ in Umsetzung	
Kosten	Beiträge an ungedeckte Kosten (GWL) an SVAR bzw. Psychiatriezentrum Appenzell (PZA): CHF 740'000 für Ambulatorium CHF 320'000 für Tagesklinik Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan:: ☒ enthalten	

Amtsärztinnen und Amtsärzte sowie ambulanter Notfalldienst	
Inhalt Massnahme/Projekt	Die Aufgaben der heutigen Amtsärztinnen und Amtsärzte wurden früher von Bezirksärztinnen und -ärzten wahrgenommen. Die wichtigste und häufigste Aufgabe der Amtsärzte ist die Legalinspektion bei aussergewöhnlichen Todesfällen. Die Aufgaben der Amtsärztinnen und Amtsärzte lassen sich in zwingende und nicht zwingende Aufgaben einteilen. Zwingend sind Aufgaben dann, wenn das Gesetz sie ausdrücklich einer Amtsärztin oder einem Amtsarzt überträgt. Dazu gehören die folgenden zwei Aufgaben: - Legalinspektion bei aussergewöhnlichen Todesfällen - Transportfreigabe bei Überführungen von Leichen ins Ausland Weitere besondere ärztliche Aufgaben: - Staatsanwaltschaftlich angeordnete Blutentnahme - Überprüfung der Hafterstehungsfähigkeit - Medizinische Überprüfung von polizeilich festgehaltenen Personen - Ärztliche Unterbringung Die Verantwortung für das Funktionieren des Amtsarztwesens (inklusive Qualitätssicherung) und die angemessene Vergütung der dienstleistenden Amtsärztinnen und Amtsärzte liegen bei der Appenzellischen Ärztesgesellschaft. Sie stellt durch Errichtung und Organisation eines geeigneten Amtsarztendienstes die kantonale Versorgung der amtsärztlichen Leistungen sicher. Die entsprechenden Aufgaben sind in einem Leistungsauftrag mit dem Kanton Appenzell Ausserrhoden geregelt. Ambulanter Notfalldienst: Zwischen dem Kanton Appenzell Ausserrhoden und der Appenzellischen Ärztesgesellschaft besteht eine Vereinbarung bezüglich der Mitfinanzierung durch den Kanton. Die Appenzellische Ärztesgesellschaft stellt durch Errichtung und Organisation eines geeigneten ambulanten Notfalldienstes sicher, dass die Bevölkerung des gesamten Kantons (Vorder-, Mittel- und Hinterland) während 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr mit ambulanten Notfalldienstleistungen durch Ärztinnen und Ärzte versorgt wird. Dazu gehören namentlich Hausbesuche und die Abgabe von Medikamenten bei immobilen Patientinnen und Patienten. Der Notfalldienst kann regional unterschiedlich organisiert sein.
Hebel	☐ Gesundheitsförderung und Prävention ☐ Qualität der Versorgung erhöhen ☒ Versorgungsstrukturen stärken ☐ Beeinflussung der Kostenentwicklung
Status und Projektstand	☐ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☒ in Umsetzung
Kosten	Amtsarzt CHF 100'000 Ambulanter Notfalldienst CHF 80'000 Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan: ☒ enthalten

Notrufzentrale 144

Inhalt Massnahme/Projekt	Art. 61 des Gesundheitsgesetzes (bGS 811.1) hält fest, dass der Regierungsrat Spitälern oder anderen geeigneten Institutionen oder Organisationen des Gesundheitswesens zur Sicherstellung des Rettungswesens und des Transportes von Kranken und Verwundeten Leistungsaufträge erteilt. Der Kanton Appenzell Ausserrhoden hat mit dem Kanton St.Gallen einen entsprechenden Leistungsvertrag, in welchem der Betrieb des sanitätsdienstlichen Notrufs 144 für das Versorgungsgebiet des Kantons Appenzell Ausserrhoden durch die kantonale Notrufzentrale (KNZ) St.Gallen geregelt ist und sichergestellt wird.	
Hebel	☐ Gesundheitsförderung und Prävention	
	☐ Qualität der Versorgung erhöhen	
	☒ Versorgungsstrukturen stärken	
	☐ Beeinflussung der Kostenentwicklung	
Status und Projektstand	☐ in Prüfung	
	☐ in Vorbereitung	
	☒ in Umsetzung	
Kosten	CHF 280'000	
	Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan:	☒ enthalten

Konzept One Health (Regierungsprogramm 2020–2023)	
Inhalt Massnahme/Projekt	Mit dem Regierungsprogramm 2020–2023 nimmt sich der Regierungsrat dem Thema One Health an. Dabei möchte er eine ganzheitliche Sicht auf den Lebensraum von allen Lebewesen – von Mensch, Tier und Pflanzen als Basis für eine gute Gesundheit legen. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Humanmedizin, Veterinärmedizin und Umweltwissenschaften ist der Grundstein für eine gesunde Umgebung, die wiederum eine gute physische und psychische Gesundheit beim Menschen fördert. Der Regierungsrat beabsichtigt daher, die Gesundheitsförderung umfassender und interdisziplinär auszurichten. Im Sinne von One Health sollen die verschiedenen für die Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt zuständigen Institutionen und Personen stärker zusammenarbeiten. In der Konzeptphase wird das One Health-Konzept der KVAR entwickelt. Es werden Vision, strategische Ziele sowie Handlungsfelder (insbesondere untergeordnete Strategien, z. B. Gesundheitsstrategie 2030+) abgegrenzt und umschrieben und dem Regierungsrat bis Ende 2022 zur Genehmigung vorgelegt.
Hebel	☒ Gesundheitsförderung und Prävention ☐ Qualität der Versorgung erhöhen ☐ Versorgungsstrukturen stärken ☐ Beeinflussung der Kostenentwicklung
Status und Projektstand	☐ in Prüfung ☒ in Vorbereitung ☐ in Umsetzung
Kosten	Betrifft Personalaufwand. Weitere Kostenfolgen möglich. Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan: ☒ enthalten

Umsetzung Zulassungsbeschränkung von Ärztinnen und Ärzten der ambulanten und spitalambulanten Versorgung

Inhalt Massnahme/Projekt	Im Juni 2020 hat das Parlament den Entwurf der Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR832.10) betreffend Zulassung von Leistungserbringern verabschiedet. Hauptziele der Revision sind die Erhöhung der Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit der zulasten der OKP wirkenden Leistungserbringer (Zulassungsvoraussetzung) sowie ein Instrument zur Kontrolle des Leistungsangebots für die Kantone zu schaffen (Zulassungsbeschränkung). Die Kantone sind in diesem Zusammenhang neu für eine formelle Bearbeitung von Zulassungsgesuchen für die Tätigkeiten von Leistungserbringern zulasten der OKP verantwortlich. Die vom Bund vorgegebenen Zulassungsvoraussetzungen für Ärztinnen und Ärzte sind ein eidgenössisches Diplom und ein anerkannter Weiterbildungstitel oder ein anerkannter gleichwertiger Befähigungsausweis. Zudem müssen sie über genügende Sprachkenntnisse verfügen. Zudem ist eine mindestens dreijährige Tätigkeit an einer Schweizer Ausbildungsstätte im beantragten Fachgebiet Voraussetzung. In Bezug auf die neu unbefristete Zulassungsbeschränkung können die Kantone die ambulante Versorgung künftig in eigener Kompetenz steuern. Sie beschränken die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten oder in bestimmten Regionen auf eine Höchstzahl. Die Kriterien und methodischen Grundsätze zur Festlegung der Höchstzahlen werden vom Bund vorgegeben; es handelt sich dabei um eine komplexe Berechnungsgrundlage. Damit kommt eine beachtliche Vollzugsaufgabe auf den Kanton Appenzell Ausserrhoden zu, welche zu entsprechende Mehrkosten führen und entsprechende personelle und finanzielle Ressourcen binden wird. Erste Massnahmen zur Umsetzung der Zulassungsbeschränkung (Übergangsfrist beträgt vier Jahre -> zwei Jahre KVG und zwei Jahre Verordnung zur Festlegung von Höchstzahlen).
Hebel	☐ Gesundheitsförderung und Prävention ☒ Qualität der Versorgung erhöhen ☐ Versorgungsstrukturen stärken ☒ Beeinflussung der Kostenentwicklung
Status und Projektstand	☐ in Prüfung ☒ in Vorbereitung ☐ in Umsetzung
Kosten	Für die gesetzliche Umsetzung wird ein erhöhter Personalressourcen-Bedarf notwendig sein. Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan: ☒ nicht enthalten

Geriatriekonzept Appenzell Ausserrhoden	
Inhalt Massnahme/Projekt	Der Regierungsrat hat bereits im Rahmen des Gesundheitsberichts 2012 den dringenden Handlungsbedarf im Bereich der Geriatrie erkannt. Mit einem kantonalen Geriatriekonzept soll eine breit abgestützte und praktisch umsetzbare Planung für die (akut-)geriatrische Versorgung in Appenzell Ausserrhoden vorgelegt werden. Insbesondere sollen die versorgungsrelevanten Folgen der demografischen Alterung im Kanton aufgezeigt und massgebende Definitionen und Kriterien einer bedarfsgerechten geriatrischen (Akut-)Versorgung und Rehabilitation entwickelt werden. Die Erarbeitung eines auf die Bedürfnisse und die zu erwartende demographische Entwicklung zugeschnittenen Geriatriekonzeptes für Appenzell Ausserrhoden wurde mehrmals verschoben und ist nun im AFP auf 2022 angedacht.
Hebel	☐ Gesundheitsförderung und Prävention ☒ Qualität der Versorgung erhöhen ☒ Versorgungsstrukturen stärken ☒ (indirekte) Beeinflussung der Kostenentwicklung
Status und Projektstand	☐ in Prüfung ☒ in Vorbereitung ☐ in Umsetzung
Kosten	CHF 90'000
	Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan:: ☒ enthalten

Demenzkonzept Appenzell Ausserrhoden

Inhalt Massnahme/Projekt	Bereits im Gesundheitsbericht 2016 wurde im Bereich der Demenzerkrankungen eine stark steigende Tendenz der Erkrankungen aufgezeigt (Gesundheitsbericht 2016, S. 46), was sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich angepasste Strukturen erfordern würde. In der Pflegeheimplanung 2017 wurde zudem ausgeführt (Pflegeheimplanung 2017, S. 38), dass künftig mehr als die Hälfte der älteren Menschen, die auf Betreuung und Pflege im Pflegeheim angewiesen sind, an einer Demenz erkrankt sein werden. Aufgrund dessen muss jedes Pflegeheim in der Lage sein, Bewohnerinnen und Bewohner mit einer demenziellen Erkrankung fachgerecht zu betreuen und zu pflegen. Aus diesen Gründen wurde vom Regierungsrat ein kantonales Demenzkonzept im Zusammenhang mit dem Geriatriekonzept in Auftrag gegeben (RRB 2017-335). Das Demenzkonzept ist aktuell beim Amt für Soziales in Arbeit und soll im laufenden Jahr (2021) zu Händen des Regierungsrates erstellt sein.	
Hebel	☐ Gesundheitsförderung und Prävention	
	☒ Qualität der Versorgung erhöhen	
	☒ Versorgungsstrukturen stärken	
	☒ (indirekte) Beeinflussung der Kostenentwicklung	
Status und Projektstand	☐ in Prüfung	
	☒ in Vorbereitung	
	☐ in Umsetzung	
Kosten	Prüfung und Vorbereitung betrifft Personalaufwand. Weitere Kostenfolgen ja nach Massnahmen möglich.	
	Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan:	☒ enthalten

Umsetzung Aktionsplan „Frühe Kindheit“, Bereich Gesundheit	
Inhalt Massnahme/Projekt	Der Ausserrhoder Regierungsrat hat das Konzept und den dazugehörigen Aktionsplan „Frühe Kindheit“ verabschiedet. Im Aktionsplan sind die Massnahmen rund um die frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung festgelegt. Angebote in der frühen Kindheit dienen nicht nur den Familien und Kindern, sondern zählen sich auch in gesamtgesellschaftlicher, gesundheitlicher und ökonomischer Hinsicht aus. Es lohnt sich somit, früh zu investieren. Für das Wohlbefinden der Menschen, den gesellschaftlichen Zusammenhalt und nicht zuletzt, um allfällige Folgekosten zu verhindern. Der Aktionsplan ist in vier Handlungsfelder aufgeteilt, welche wiederum entsprechende strategische Ziele beinhalten. Dem Amt für Gesundheit sind aus den beiden Handlungsfeldern A „Sensibilisierung“ und D „Vernetzung und Koordination“ je ein konkretes Ziel zugeordnet: A9: <i>In Kooperation mit dem Amt für Gesundheit sensibilisiert die Abteilung Chancengleichheit Fachleute aus dem Gesundheitsbereich (Kinderärztinnen und -ärzte, Hebammen, Gynäkologinnen und Gynäkologen) hinsichtlich ihrer Bedeutung bei der Vermittlung von Wissen über Gesundheitsförderung und beim Zugang zu Angeboten der Frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung (FBBE).</i> D6: <i>Das Amt für Gesundheit stellt in Zusammenarbeit mit dem Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden, den freischaffenden Hebammen und dem Ostschweizer Kinderspital sicher, dass jede Familie bereits bei Klinikaustritt einen Termin bei einer Hebamme resp. einer Pflegefachkraft für die Betreuung im Wochenbett hat. Diese stellen im Anschluss sicher, dass der Übergang an die zuständige Mütter- und Väterberaterin optimal verläuft.</i>
Hebel	☒ Gesundheitsförderung und Prävention ☐ Qualität der Versorgung erhöhen ☐ Versorgungsstrukturen stärken ☒ (indirekte) Beeinflussung der Kostenentwicklung
Status und Projektstand	☐ in Prüfung ☒ in Vorbereitung ☐ in Umsetzung
Kosten	Betrifft Personalaufwand. Weitere Kostenfolgen möglich. Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan: ☒ nicht enthalten

Evaluieren von Massnahmen im Bereich Sucht

Inhalt Massnahme/Projekt	Der Konsum von Alkohol und bestimmten Medikamenten (insbesondere Schlaf- und Beruhigungsmittel) kann auch bei fortgeschrittenem Alter Suchtprobleme bereiten und die Selbstständigkeit der betroffenen Person stark einschränken (u.a. vermehrte Gefahr von Stürzen und anderen Unfällen). Studien zeigen, dass der chronisch riskante Alkoholkonsum sowie die tägliche Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln bei den über 65-Jährigen am stärksten verbreitet sind. Nicht selten münden diese Konsummuster dann in einer Suchterkrankung. Folgende Massnahmen können dahingehend evaluiert und geprüft werden: - Früherkennung: Erkennen der Suchtgefährdung oder der Abhängigkeit. Dazu könne Fachpersonen im Erkennen und im Umgang mit einer Suchtgefährdung bzw. einer Abhängigkeit geschult werden und je nach dem eine Frühintervention gestartet werden. - Frühintervention: Motivierende Gesprächsführung, altersgerechte Wissensvermittlung, Unterstützung zur Selbsthilfe, Verstärkung ärztlicher oder pflegerischer Begleitung. - Informationen und Grundlagen/Instrumente für Fachpersonen zum Thema Umgang mit Sucht im Pflegealltag zur Verfügung stellen. Die Beratungsstelle für Suchtfragen hat im 2018/2019 zusammen mit der OST – Ostschweizer Fachhochschule zudem ein Praxisprojekt durchgeführt, welche eine kantonale Ausgangsbasis mit möglichen Potentialen für eine aufsuchende Suchtarbeit aufgezeigt hat. Durch die aufsuchende Suchtarbeit kann eine weitere vulnerable Zielgruppe fachlich direkt in ihrem Umfeld betreut werden.
Hebel	☒ Gesundheitsförderung und Prävention ☐ Qualität der Versorgung erhöhen ☐ Versorgungsstrukturen stärken ☒ (indirekte) Beeinflussung der Kostenentwicklung
Status und Projektstand	☒ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☐ in Umsetzung
Kosten	Betrifft Personalaufwand. Weitere Kostenfolgen möglich. Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan: ☒ nicht enthalten

Evaluieren der aktuellen und potentiellen Aktivitäten zur Förderung der Gesundheitskompetenz insbesondere bei Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status und mit Migrationshintergrund

Inhalt Massnahme/Projekt	Die Förderung der Gesundheitskompetenz muss auf verschiedenen Ebenen und Themenbereichen geschehen und wird bei den unterschiedlichen Zielgruppen vielfältig eingesetzt und entsprechend angepasst: Im Gesundheits-, im Sozial- und im Bildungssystem sowie auf individueller oder struktureller Ebene. Auch in der Schweiz spielen sozioökonomische, -kulturelle und -demografische Determinanten eine Rolle bei der Gesundheitskompetenz. Insbesondere verfügen sozioökonomisch schlechter gestellte Gruppen sowie Menschen mit Migrationshintergrund über weniger bzw. eine schlechtere Gesundheitskompetenz. Daher gilt es entsprechende Massnahmen auf diese Zielgruppen zu fokussieren. Folgende Massnahmen könnten in den einzelnen Themenbereich und Elementen evaluiert und geprüft werden (Anlehnung an WHO-Empfehlungen): 1. Gesundheitswesen/Gesundheitsversorgung: - verständliche und vertrauenswürdige Informationen - zielgruppenspezifische Ansätze - Wissensvermittlung und Kompetenzförderung - Einsatz von Entscheidungshilfen - Koordination von Unterstützungs- und Beratungsangeboten 2. Bildungsbereich: - Informationen und Kommunikation in leicht verständlicher Sprache - Sensibilisierung und Weiterbildung von Fachpersonen (im Bildungs- und Gesundheitsbereich) - zielgruppenspezifische Angebote - partizipative Ansätze 3. Familie und Freizeit: - Lebenswelt- und Alltagsbezug - Förderung der Gemeinschaft - Kombination unterschiedlicher Ansätze - Partizipation und Einbezug der Zielgruppe bei Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen
Hebel	☒ Gesundheitsförderung und Prävention ☐ Qualität der Versorgung erhöhen ☐ Versorgungsstrukturen stärken ☒ (indirekte) Beeinflussung der Kostenentwicklung
Status und Projektstand	☒ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☐ in Umsetzung
Kosten	Betrifft Personalaufwand. Weitere Kostenfolgen möglich. Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan: ☒ nicht enthalten

Evaluation Einführung First Responder

Inhalt Massnahme/Projekt	Bei First Responder handelt es sich um besonders auf die Ersthilfe ausgebildete Personen, die durch ihre dezentrale Organisation in einem medizinischen Notfall vor dem Rettungsdienst vor Ort sein können. Es kann sich dabei um freiwillige Personen handeln oder beispielsweise um Angehörige der Blaulichtorganisationen (in einigen Fällen sind die First Responder-Einheiten der Feuerwehr angeschlossen und durch sie organisiert). Z. B. im Kanton St.Gallen sind First Responder in die Notfallversorgung eingebettet und werden durch die kantonale Notrufzentrale aufgeboden. Studien zeigen, dass der „therapiefreie Intervall“ (bis der Rettungsdienst vor Ort ist) durch den Einsatz von First Responder verkürzt und somit Leben gerettet werden können. Insbesondere mit dem Fokus auf die ländliche und voralpine Topographie von Appenzell Ausserrhoden kann die zeitliche Erreichbarkeit in einer Notfallsituation durch First Responder noch weiter verbessert werden. Es soll geprüft werden, wie ein solcher dezentraler Einsatz von entsprechend ausgebildeten Freiwilligen oder allenfalls Angehörigen von Feuerwehr und/oder Polizei im Kanton Appenzell Ausserrhoden sinnvoll sein könnte. Hierbei sollte eine regionale Perspektive eingenommen werden um gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit weiteren Ostschweizer Kantonen ein dezentrales Netz an freiwilligen First Respondern zu entwickeln oder auf einem bereits bestehenden Netz aufzubauen. Dazu gehört allenfalls die gemeinsame Organisation der Ausbildung und der Alarmierung via ein entsprechendes Tool (App/Software).
Hebel	☐ Gesundheitsförderung und Prävention ☒ Qualität der Versorgung erhöhen ☒ Versorgungsstrukturen stärken ☒ (indirekt) Beeinflussung der Kostenentwicklung
Status und Projektstand	☒ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☐ in Umsetzung
Kosten	Betrifft Personalaufwand. Weitere Kostenfolgen möglich. Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan: ☒ nicht enthalten

Einführung von eHealth bzw. elektronisches Patientendossier bei den verschiedenen Leistungserbringern und Bevölkerung unterstützen.

Inhalt Massnahme/Projekt	2018 wurde vom „Dialog Nationale Gesundheitspolitik“ die Strategie eHealth Schweiz 2.0 verabschiedet. Die Hauptziele der Strategie bis 2022 sind die Einführung und das Verbreiten des elektronischen Patientendossiers (EPD) sowie die Koordinierung der Digitalisierung rund um das EPD. Der breite EPD-Start für die Bevölkerung soll laut eHealth suisse schrittweise ab dem 2. Quartal 2021 erfolgen. Die Kantone haben insbesondere bei den Kommunikationsmassnahmen an die Bevölkerung mit dem Ziel der Information über und der Befähigung im Umgang mit dem EPD tätig zu werden.	
Hebel	☐ Gesundheitsförderung und Prävention ☒ Qualität der Versorgung erhöhen ☐ Versorgungsstrukturen stärken ☒ (indirekte) Beeinflussung der Kostenentwicklung	
Status und Projektstand	☒ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☐ in Umsetzung	
Kosten	Betrifft Personalaufwand. Weitere Kostenfolgen möglich. Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan: ☒ nicht enthalten	

Evaluation von Massnahmen zur Integrierten Versorgung

Inhalt Massnahme/Projekt	In Zukunft wird es mehr Menschen mit chronischen sowie Mehrfacherkrankungen geben. In diesem Zusammenhang nimmt die Komplexität der Behandlungen laufend zu. Viele Patientinnen und Patienten benötigen neben medizinisch-pflegerischen Leistungen zusätzlich auch soziale Unterstützung. Um einerseits dahingehend eine hohe Behandlungsqualität sicherzustellen sowie unnötige und unkoordinierte Behandlungen zu vermeiden, ist eine Koordination innerhalb der ganzen Behandlungskette und der gesamten Behandlungszeit zentral. In diesem Zusammenhang spricht man auch von integrierter oder koordinierter Versorgung. Die GDK formuliert im Jahr 2019 für die Kantone drei mögliche Handlungsfelder zur Förderung der Integrierten Versorgung. Diese setzt auf eine Strategie der kleinen Schritte. Ein übergeordneter, erster Schritt bzw. Handlungsfeld wäre das Verankern der Integrierten Versorgung beim Kanton und den Versorgungspartnern. Hierfür sind folgende mögliche Ziele formuliert: - Die Versorgungspartner haben ein gemeinsames Verständnis von Integrierter Versorgung. - Alle Beteiligten wissen, was ihnen die bessere Integration bringen kann. - Die Versorgungspartner werden systematisch in die Entwicklung der Integrierten Versorgung einbezogen (Partizipation). - Es bestehen förderliche Rahmenbedingungen, insbesondere um die Innovationskraft der Versorgungspartner auszuschöpfen. Zur Erreichung dieser Ziele schlägt die GDK den Kantonen diverse Massnahmen vor. Davon sollen die für den Kanton Appenzell Ausserrhoden geeignetsten Massnahmen evaluiert und geprüft werden.
Hebel	☐ Gesundheitsförderung und Prävention ☒ Qualität der Versorgung erhöhen ☒ Versorgungsstrukturen stärken ☒ Beeinflussung der Kostenentwicklung
Status und Projektstand	☒ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☐ in Umsetzung
Kosten	Betrifft Personalaufwand. Weitere Kostenfolgen möglich. Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan: ☒ nicht enthalten

Beratung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen	
Inhalt Massnahme/Projekt	Angehörige sind traditionell eine wichtige Stütze in der Gesellschaft, speziell im Falle einer Krankheit, Behinderung oder im hohen Alter. Vor allem aber aufgrund der demografischen Entwicklung wird die Betreuung und Pflege kranker und alter Familienmitglieder durch Angehörige zukünftig noch wichtiger. Auch in Appenzell Ausserrhoden spielen Angehörige eine äusserst wichtige Rolle in der Betreuung von pflegebedürftigen Menschen. Pflegende Angehörige sind jedoch vielfach grossen Doppel- oder gar Mehrfachbelastungen ausgesetzt: Neben der Pflege der betroffenen Person kommt das Erwerbsleben, evtl. das Betreuen der eigenen Kinder und das eigene Bedürfnis nach Erholung und Freizeit dazu. In diesem Zusammenhang empfiehlt das Familienmonitoring Appenzell Ausserrhoden 2018 die Rahmenbedingungen für pflegende Angehörige in Appenzell Ausserrhoden weiter zu verbessern. Im Massnahmenplan zum Familienmonitoring finden sich insgesamt vier Handlungsfelder. Im Handlungsfeld 4 „Beratung und Unterstützung“ soll unter anderem konkret auf die Bedürfnisse zur Unterstützung der pflegenden Angehörigen eingegangen werden. Folgende Massnahmen sind diesbezüglich angedacht: - eine Anlaufstelle für pflegende und betreuende Angehörige. - Kooperationen und Koordination zwischen den Leistungserbringern in Bezug auf die Unterstützung der pflegenden Angehörigen.
Hebel	☐ Gesundheitsförderung und Prävention ☒ Qualität der Versorgung erhöhen ☒ Versorgungsstrukturen stärken ☒ (indirekte) Beeinflussung der Kostenentwicklung
Status und Projektstand	☒ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☐ in Umsetzung
Kosten	Betrifft Personalaufwand. Weitere Kostenfolgen möglich. Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan: ☒ nicht enthalten

Evaluierung von „Lessons Learned“ aus der Corona-Pandemie sowie Prüfung von möglichen Massnahmen zur Vorbereitung und Bewältigung zukünftiger Pandemien

Inhalt Massnahme/Projekt	Dank den bestehenden, relativ starken Strukturen in der Gesundheitsversorgung und aufgrund des politischen Systems hat die Schweiz die Corona-Krise bislang verhältnismässig gut gelöst. Gleichzeitig deckte die Corona-Pandemie aber auch Schwachpunkte sowohl beim Bund als auch bei den Kantonen in der Krisenbewältigung auf. Mit einer entsprechenden kritischen Analyse und Aufarbeitung im Bereich der Gesundheitsversorgung und des Gesundheitsschutzes bietet sich die Chance auch für den Kanton Appenzell Ausserrhoden, eigene Schwachpunkte zu identifizieren und geeignete Massnahmen zu ergreifen, um für eine nächste Krise noch besser vorbereitet zu sein. Die gewonnenen Erkenntnisse aus der aktuellen Corona-Pandemie sollen in Bezug auf die im Verantwortungsbereich des Amts für Gesundheit liegenden Gesundheitsversorgung und Prävention genutzt werden, um einen Massnahmenkatalog für eine optimierte Vorbereitung auf zukünftige Pandemien und Gesundheitskrisen zu erstellen.
Hebel	☐ Gesundheitsförderung und Prävention ☒ Qualität der Versorgung erhöhen ☐ Versorgungsstrukturen stärken ☐ Beeinflussung der Kostenentwicklung
Status und Projektstand	☒ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☐ in Umsetzung
Kosten	Betrifft Personalaufwand. Weitere Kostenfolgen möglich. Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan: ☒ nicht enthalten

Evaluieren interkantonale Massnahmen zur Förderung von Fachkräften in der Pflege	
Inhalt Massnahme/Projekt	Das Gesundheitswesen hängt in entscheidendem Masse von der Verfügbarkeit einer genügenden Anzahl von Gesundheitspersonal mit der erforderlichen Qualifikation ab. In der Pflege zeichnet sich ein zunehmender Fachkräftemangel ab. Der aktuelle Bedarf kann schon heute nur dank ausländischem Personal gedeckt werden. Berechnungen zeigen, dass der Bedarf an Pflegepersonal in Vollzeitäquivalenten zwischen 2019 und 2030 um 23 % zunehmen wird. Schätzungen nach kann der Bedarf zurzeit aber nur zur Hälfte durch Ausbildungsabschlüsse in der Schweiz gedeckt werden, wobei insbesondere beim Pflegefachpersonal (Tertiärstufe) nicht genügend Nachwuchs ausgebildet wird. Die GDK und der Vorstand von OdASanté haben im Juni 2020 die Aktualisierung des Nationalen Versorgungsberichts für das nicht-universitäre Gesundheitspersonal (mit Schwerpunkt der Pflegeberufe) beim Obsan in Auftrag gegeben. Der Bericht wird die Entwicklung des Personalbestandes aufzeigen und Bedarfs- und Wachstumsprognosen für die nächsten 10 bis 15 Jahre machen. In diesem Zusammenhang hat Obsan Anfang 2020 eine Umfrage an alle Gesundheitsdepartemente versendet, um die jeweiligen kantonalen Massnahmen zur Personalerhaltung, zur Personalgewinnung und zur Förderung der praktischen Ausbildung in nicht-universitären Gesundheitsberufen zu erfassen. Der Kanton Appenzell Ausserrhoden verfügt über gewisse Fördermassnahmen bei der praktischen Ausbildung in den Betrieben und bei der Rekrutierung von Studierenden und Lernenden, jedoch sollten weitere Massnahmen im Hinblick auf den sich abzeichnenden Fachkräftemangel in der Pflege evaluiert und geprüft werden. Hierbei ist es sinnvoll, mögliche Massnahmen mit Nachbarkantonen gemeinsam zu prüfen: - Massnahmen im Rahmen der kantonsübergreifenden Bildungsinstitutionen (OdA GS, Höhere Fachschule); - Massnahmen im Rahmen der Spitalplanung bspw. durch eine Ausbildungsverpflichtung als Kriterium für die Leistungszuteilung (auf Gesetzesstufe); - Ausgleichsmodell im Sinne eines Bonus-Malus-Systems.
Hebel	☐ Gesundheitsförderung und Prävention ☒ Qualität der Versorgung erhöhen ☒ Versorgungsstrukturen stärken ☐ Beeinflussung der Kostenentwicklung
Status und Projektstand	☒ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☐ in Umsetzung
Kosten	Betrifft Personalaufwand. Weitere Kostenfolgen möglich. Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan: ☒ nicht enthalten

Entwicklung der Digitalisierung im Gesundheitswesen beobachten

Inhalt Massnahme/Projekt	Nicht zuletzt die Corona-Krise hat aufgezeigt, dass die Schweiz bis anhin nicht zu den führenden Ländern der Digitalisierung im Gesundheitswesen zählt. Dies könnte sich nun ändern, denn die Corona-Krise kann als Chance für einen Digitalisierungsschub im Schweizer Gesundheitswesen genutzt werden. Ein Beispiel: Beratungen und Therapien via Internet (Telemedizin) waren in dieser Zeit die nötige Alternative zum physischen Besuch des Arztes oder der Ärztin. Hier gilt es beispielweise entsprechende Tools für die Telemedizin qualitativ weiter zu entwickeln und das Vertrauen in diese Technologie sowohl bei den medizinischen Fachpersonen wie auch bei den Patientinnen und Patienten zu fördern. Ein weiterer wichtiger Schritt ist die Einführung des elektronischen Patientendossiers (EPD) (vgl. Massnahme „Einführung von eHealth und elektronisches Patientendossier bei den verschiedenen Leistungserbringern und der Bevölkerung unterstützen“). Auch im Bereich der Förderung der Gesundheitskompetenz spielt das Internet eine immer grössere Rolle). Hierbei gilt es die Fähigkeit in der Bevölkerung zu stärken, Gesundheitsinformationen, die über digitale Quellen konsumiert werden, zu suchen, zu verstehen und zu bewerten (vgl. Massnahme „Evaluieren der aktuellen und potentiellen Aktivitäten zur Förderung der Gesundheitskompetenz“). Die Strategie eHealth Schweiz 2.0 des BAG sieht unter anderem folgende Massnahmen in Mitverantwortung der Kantone vor: - Massnahmen zur Sensibilisierung von Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsfachpersonen (kurzfristig) sowie der Bevölkerung (mittelfristig) werden im Rahmen der Zuständigkeit unterstützt. - Das Potenzial und die Risiken der koordinierten Digitalisierung werden in den bestehenden Gremien diskutiert. - Die Kantone beteiligen sich an regionalen Informationskampagnen für die Bevölkerung zur Einführung des EPD.
Hebel	☐ Gesundheitsförderung und Prävention ☐ Qualität der Versorgung erhöhen ☒ Versorgungsstrukturen stärken ☒ (indirekte) Beeinflussung der Kostenentwicklung
Status und Projektstand	☒ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☐ in Umsetzung
Kosten	Betrifft Personalaufwand. Weitere Kostenfolgen möglich. Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan: ☒ nicht enthalten

Sensibilisierung und Information der Seniorinnen und Senioren, der entsprechenden Anlauf- und Beratungsstellen sowie der Leistungserbringer zu Spitex-Angeboten

Inhalt Massnahme/Projekt	Die Spitex übernimmt eine wichtige Rolle in der ambulanten Gesundheitsversorgung, zentral ist sie insbesondere in der ambulanten Langzeitversorgung. In Zukunft wird auch die Spitex mit einer Zunahme an mehrfach und chronisch kranken Patientinnen und Patienten gefordert sein. Die Spitex in Appenzell Ausserrhoden ist auf ein erweitertes Aufgabenspektrum vorbereitet: An vielen Orten wurde die Spitex einem Reorganisations- und Professionalisierungsprozess unterzogen. Das Angebot wurde beispielsweise immer mehr auf Dienste erweitert, die an sieben Tagen pro Woche rund um die Uhr erreichbar sind. Vielfach wurden die Spitex-Dienste auch zu grösseren Einheiten mit Fachpersonen verschiedener Fachgebiete zusammengeschlossen. Das Personal ist heute noch besser ausgebildet, sodass die Spitex mehr Aufgaben unterschiedlicher Art wahrnehmen kann: Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz, mit komplexen chronischen Erkrankungen und von Menschen mit psychischen Krankheitsbildern. Appenzell Ausserrhoden zeigt im schweizweiten Vergleich jedoch eine tiefe Inanspruchnahme-Rate in der Spitex. Gleichzeitig hat ein grosser Anteil der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner einen geringen Pflegebedarf. Hier besteht Potential, die älter werdende und auf Pflege angewiesene Bevölkerung im Kanton noch vermehrt zu Hause und im angestammten Umfeld zu betreuen und zu pflegen. Diesbezüglich soll die Zielgruppe der Seniorinnen und Senioren noch vermehrt für die Dienstleistungen der Spitex sensibilisiert werden und Informationen über deren Angebote und Möglichkeiten erhalten. Mögliche Ansätze könnten sein: - Information via Veranstaltungen und Treffpunkte zum Thema Alter (vgl. kantonales Aktionsprogramm „Zwäg is Alter“); - Information via Beratungsstellen zum Thema Alter (Pro Senectute); - Sensibilisierung der Fachpersonen in den Spitälern (Sozialdienst, Pflege); - Information und Sensibilisierung der Angehörige; bspw. via Sozialdienste der Leistungserbringer (Spitäler) oder Beratungsstellen; - Info-Flyer der Spitex Appenzellerland.
Hebel	☐ Gesundheitsförderung und Prävention ☐ Qualität der Versorgung erhöhen ☒ Versorgungsstrukturen stärken ☒ Beeinflussung der Kostenentwicklung
Status und Projektstand	☒ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☐ in Umsetzung
Kosten	Betrifft Personalaufwand. Weitere Kostenfolgen möglich. Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan: ☒ nicht enthalten

Themenfelder der interkantonalen Zusammenarbeit in den Bereichen der Gesundheitsversorgung und der Verwaltung sowie Aufsicht evaluieren

Inhalt Massnahme/Projekt	Die interkantonale Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitsversorgung war bereits in den Gesundheitsberichten 2012 und 2016 ein Thema. Gerade in einem kleinen Kanton wie Appenzell Ausserrhoden ist es sowohl aus ökonomischen und versorgungspolitischen als auch aus qualitativen Gründen sinnvoll, mit anderen Kantonen im Bereich der Gesundheitsversorgung und den damit verbundenen Verwaltungsaufgaben zusammenzuarbeiten. Die Analyse der interkantonalen Patientenströme zeigt beispielsweise die zunehmende Bedeutung der interkantonalen Koordination und Kooperation bei den Spitalplanungen in Bezug auf die Bereitstellung der erforderlichen Gesundheitsleistungen zu guter Qualität und tragbaren Kosten am richtigen Ort. Das geplante Projekt Modell Ost für eine gemeinsame Spitalplanung der sechs Ostschweizer Kantone wird dieser Entwicklung gerecht. In Zukunft werden auch weitere versorgungsrelevante Herausforderungen auf die Kantone zukommen, welche eine gezielte Zusammenarbeit des Kantons Appenzell Ausserrhoden mit anderen Kantonen attraktiv macht, z. B.: - Die KVG-Revision bez. Zulassung von Leistungserbringern, insbesondere die Vorbereitung zur entsprechenden (regionalen) Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich. - Massnahmen zur Bekämpfung des Fachkräftemangels bei den Pflegeberufen und/oder einer möglichen Unterversorgung bei der ärztlichen Grundversorgung (Hausärztinnen und Hausärzte). Weitere, zu evaluierende mögliche Themen der interkantonalen Zusammenarbeit könnten sein (nicht abschliessend): - Prävention und Gesundheitsförderung (Angebot Beratungsstelle und gemeinsame Kampagnen); - Rettungsdienst und allfällige Einführung von First Respondern; - psychiatrische Angebote, insbesondere ambulante und tagesklinische Angebote; - Spitalfinanzierung (GWL) und Spitalaufsicht.
Hebel	☐ Gesundheitsförderung und Prävention ☐ Qualität der Versorgung erhöhen ☒ Versorgungsstrukturen stärken ☒ Beeinflussung der Kostenentwicklung
Status und Projektstand	☒ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☐ in Umsetzung
Kosten	Betrifft Personalaufwand. Weitere Kostenfolgen möglich. Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan: ☒ nicht enthalten

Übersicht über die Handlungsmöglichkeiten des Kantons zur Kostendämpfung der Gesundheitskosten (Regierungsprogramm 2020–2023).

Inhalt Massnahme/Projekt	Die Qualität und Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems sollen gewährleistet bleiben, ohne dass die Kosten auf ein untragbares Niveau ansteigen. Die angemessene Gesundheitsversorgung soll sich nicht verschlechtern und Schwächere dürfen durch kostendämpfende Massnahmen nicht benachteiligt werden. Um diese Ziele zu erreichen, braucht es grosse Anstrengungen und den klaren Willen, auch unpopuläre Entschiede umzusetzen. Der Regierungsrat will dort, wo er über Handlungsspielraum verfügt, diesen ausschöpfen. Im Regierungsprogramm 2020–2023 wurden daher folgende zwei Ziele festgelegt: 1. Bis 2023 liegt eine Übersicht über die Handlungsmöglichkeiten des Kantons zur Kostendämpfung der Gesundheitskosten vor. 2. Bis 2030 ist der Kostenanstieg im Gesundheitsbereich dank der vom Kanton ergriffenen Massnahmen gebremst. Entsprechende Massnahmen zur Kostendämpfung sind sodann in einem Konzept bis 2023 darzulegen. Die bereits im Gesundheitsbericht formulierten Massnahmen werden in dieses Konzept miteinbezogen und in Bezug auf die Wirksamkeit (Potential Kostendämpfung), Realisierbarkeit (Verantwortung bzw. Gesetzbarkeit) und zeitliche Umsetzbarkeit priorisiert.
Hebel	☐ Gesundheitsförderung und Prävention ☐ Qualität der Versorgung erhöhen ☐ Versorgungsstrukturen stärken ☒ Beeinflussung der Kostenentwicklung
Status und Projektstand	☒ in Prüfung ☐ in Vorbereitung ☐ in Umsetzung
Kosten	Betrifft Personalaufwand. Weitere Kostenfolgen möglich. Voranschlag/Aufgaben- und Finanzplan: ☒ nicht enthalten

Abkürzungsverzeichnis

AHV	Eidgenössische Alters- und Hinterlassenenversicherung	GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen- und direktoren
AIDS/Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome	GG	Kantonales Gesundheitsgesetz (bGS 811.1)
ANOS	Hausärztliche Notfallpraxis am Spital Herisau	GWL	Gemeinwirtschaftliche Leistungen
ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken	HF	Höhere Fachschule
AVOS	Ambulant vor Stationär	HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
BAG	Bundesamt für Gesundheit	HPV	Humanes Papilloma-Virus
BEVNAT	Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung	HSM	Hochspezialisierte Medizin
BFS	Bundesamt für Statistik	ICD – 10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement	IV	Eidgenössische Invalidenversicherung
BGÖ	Bundesgesetz über das Öffentlichkeitsprinzip der Verwaltung (SR 152.3)	IVR	Interverband für Rettungswesen
BIP	Bruttoinlandsprodukt	KAP	Kantonales Aktionsprogramm
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Deutschland)	KFS	Kantonaler Führungsstab
BMI	Body Mass Index	KJPD	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst
BSc	Bachelor of science	KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung (SR 832.112.31)
CAGR	Compound Annual Growth Rate (jährliche Wachstumsrate)	KNZ	Kantonale Notrufzentrale
DRG	Diagnosis Related Groups (Diagnosebezogene Fallgruppen)	KOF	Konjunkturforschungsstelle (ETH)
EBPI	Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich	KRG	Bundesgesetz über die Registrierung von Krebserkrankungen (SR 818.33)
EFAS	Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen	KSSG	Kantonsspital St.Gallen
EFZ	Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis	KV	Kantonsverfassung
EKG	Elektrokardiogramm	KVAR	Kantonale Verwaltung Appenzell Ausserrhoden
EKIF	Eidgenössische Kommission für Impffragen	KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10)
EPD	Elektronisches Patientendossier	LSBTI	Lesben, Schwule, Bisexuelle, trans- und intergeschlechtliche Menschen
ESPOP	Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes	LUKS	Luzerner Kantonsspital
FAGE	Fachmann/-frau Gesundheit (EFZ-Ausbildung)	MAHD	Mittlere Aufenthaltsdauer
FBBE	Frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung	MAS	Medical Ambulatory Structure (Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren)
FH	Fachhochschule	MS	Medizinische Statistik der Krankenhäuser
FSME	Frühsommer-Meningoenzephalitis	NCD	Noncommunicable Diseases (nichtübertragbare Krankheiten)
		Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

OdA	Organisation der Arbeitswelt
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OPFG	Ostschweizer Forum für Psychische Gesundheit
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PGV	Prävention in der Gesundheitsversorgung
PROM	Patient-reported outcome measures
RE	Staatsrechnung
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
SIWF	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SNVCS	Swiss National Vaccination Coverage Survey (Nationale Umfrage zur Durchimpfungsrate in der Schweiz)
SOKS	Stiftung Ostschweizer Kinderspital
SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
SPLB	Spitalplanungs-Leistungsgruppen
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
STATPOP	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte
SVAR	Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden
USZ	Universitätsspital Zürich
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung (SR 832.20)
VA	Voranschlag/Budget
VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (SR 221.229.1)
VZ	Volkszählung
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation der UNO)
ZHAW	Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften
ZSR	Zahlstellenregisternummer

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

G 1	Gesundheit2030: Herausforderungen, Ziele und Massnahmen	16	G 29	Konsum illegaler Substanzen (ohne Cannabis), AR und CH, 2017	53
G 2	Einflussfaktoren auf die Gesundheit	21	G 30	Anzahl Hausärztinnen und Hausärzte, Appenzell Ausserrhoden, 2020 (gemäss Einträgen im kantonalen Register; entspricht nicht Vollzeitäquivalenten)	59
G 3	Soziale Ungleichheit und Gesundheit	22	G 31	Anzahl Konsultationen in Arztpraxen und im ambulanten Spitalbereich, Wohnkanton der Patientinnen und Patienten AR, 2019	60
G 4	Inanspruchnahme nach Alter, pro 1000 Einwohner/innen, Schweiz, 2018/2019	24	G 32	Grundversorgung: Anzahl Leistungserbringer und Rate der Konsultationen, AR und CH, 2012–2019	61
G 5	Krankheiten und ihre Einflussfaktoren	24	G 33	Pädiatrie: Anzahl Leistungserbringer und Rate der Konsultationen, AR und CH, 2012–2019	61
G 6	Pflegepersonal: Entwicklung des Bedarfs 2019–2030 (Vollzeitäquivalente)	25	G 34	Gynäkologie: Anzahl Leistungserbringer und Rate der Konsultationen, AR und CH, 2012–2019	62
G 7	Hausärztinnen/-ärzte nach Alter, Schweiz, 2018	25	G 35	Psychiatrie: Anzahl Leistungserbringer und Rate der Konsultationen, AR und CH, 2012–2019	62
G 8	Gesundheitsausgaben in OECD-Ländern, Verhältnis der Gesundheitsausgaben zum Bruttoinlandprodukt, 2018	27	G 36	Ophthalmologie: Anzahl Leistungserbringer und Rate der Konsultationen, AR und CH, 2012–2019	63
G 9	Anteil der ambulant durchgeführten Eingriffe, Schweiz, 2015–2019	28	G 37	Spitalambulanter Bereich: Anzahl Konsultationen pro versicherte Person, AR und CH, 2012–2019	63
G 10	Merkmale koordinierter Versorgungsmodelle	31	G 38	Hebammen: Anzahl Leistungserbringer AR und mittlere Kosten (in CHF) pro versicherter Person für alle abgerechneten Leistungen, AR und CH, 2012–2019	64
G 11	Der One Health-Ansatz	32	G 39	Physiotherapie: Anzahl Leistungserbringen AR und Anzahl Konsultationen pro versicherte Person, AR und CH, 2012–2019	64
G 12	Beobachtete und prognostizierte Wohnbevölkerung, Appenzell Ausserrhoden, 2000–2035	43	G 40	Outflow: Anteil ausserkantonaler Konsultationen (in Prozent) von in Appenzell Ausserrhoden versicherten Personen, 2012–2019	65
G 13	Altersstruktur, Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2019 und 2035	44	G 41	Outflow: Anzahl ausserkantonaler Konsultationen von in Appenzell Ausserrhoden versicherten Personen, 2012–2019	66
G 14	Bevölkerung nach Migrationshintergrund und Bildungsstand, AR und CH, 2018	45	G 42	Inflow: Anteil der Konsultationen (in Prozent) von ausserkantonal versicherten Personen bei Leistungserbringern im Kanton AR, 2012–2019	66
G 15	Lebenserwartung bei der Geburt, Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 1982–2017	46	G 43	Anzahl Einsätze des Rettungsdienstes des Spitalverbundes Appenzell Ausserrhoden, 2017–2019	66
G 16	Todesursachen, Appenzell Ausserrhoden, 2017	46	G 44	Anzahl Triagestelle-Anrufe nach Wochentag, AR, 2019	67
G 17	(Sehr) gute selbst wahrgenommene Gesundheit, AR und CH, 2017	47	G 45	Anzahl Triagestelle-Anrufe nach Tageszeit, AR, 2019	67
G 18	Starke körperliche Beschwerden, AR und CH, 2017	47	G 46	Anzahl Notfälle im Spital, AR, 2015–2019	67
G 19	Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten, AR und CH, 2017	48	G 47	Spitaldestinationen der Bevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden bei Notfällen (ambulant	
G 20	Akuter Myokardinfarkt und Hirnschlag, Inzidenz, Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2002–2017	48			
G 21	Altersstandardisierte Inzidenz aller Krebsarten, Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 1991–2015 (Fünfjahresraten)	49			
G 22	Mittlere/starke psychische Belastung, AR und CH, 2007–2017	50			
G 23	Einsamkeitsgefühle, AR und CH, 2007–2017	50			
G 24	Emotionale Erschöpfung bei der Arbeit, AR und CH, 2017 (15- bis 64-jährige Erwerbstätige)	50			
G 25	Körpergewicht, Kanton Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2007–2017 (18-Jährige und Ältere)	51			
G 26	Körperliche Aktivität, AR und CH, 2007–2017	52			
G 27	Anteil Raucherinnen und Raucher, AR und CH, 2017	52			
G 28	Risiko bezüglich chronischen Alkoholkonsums, AR und CH, 2017	53			

	und stationär), Anteile der Fälle nach Spital und pro Region, 2019	68	G 70	Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen und Platzangebot, AR, 2012–2019	86
G 48	Spitalstandorte in der Ostschweiz, 2019	70	G 71	In- und Outflow von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen, AR, 2019	86
G 49	Index der belegten Spitalbetten der Ostschweizer Kantone im Vergleich mit der Schweiz (Schweiz = 1; linke Skala) und Anzahl Betten pro 100'000 Einwohner/innen (rechte Skala), Kantone und Schweiz, 2019	71	G 72	Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen, nach Alter und Geschlecht, AR, 2019	87
G 50	Ärztliches Personal: Anzahl Vollzeitäquivalente in Spitälern, Appenzell Ausserrhoden, 2015–2019	71	G 73	Pflegeheim-Inanspruchnahmerate, Personen 65+, AR, SG und CH, 2012–2019	87
G 51	Pflegepersonal: Anzahl Vollzeitäquivalente in Spitälern, nach Bildungsniveau, AR, 2015–2019	72	G 74	Pflegeheim-Inanspruchnahmerate, Personen 65+, Kantone und Schweiz, 2019	87
G 52	Case Mix Index (netto) nach Spital, 2015–2019	72	G 75	Pflegeheimbewohner/innen nach KVG-Pflegestufe, Personen 65+, Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2019 (in %)	88
G 53	Stationäre Akutsomatik – Globale Indikatoren zur Versorgungssituation, AR, 2015–2019	73	G 76	Spitex-Inanspruchnahmerate (Pflege KLV), Personen 65+, AR, SG und CH, 2012–2019	89
G 54	Hospitalisierungsrate, pro 1'000 Einwohner/innen (standardisiert), AR und CH, 2015–2019	73	G 77	Spitex-Inanspruchnahmerate (Pflege KLV), Personen 65+, 2019, Schweiz und Kantone	89
G 55	Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) Akutsomatik, AR und CH, 2015–2019	74	G 78	Pflegepersonal: Anzahl Vollzeitäquivalente in Pflegeheimen, nach Bildungsniveau, AR, 2015–2019	90
G 56	Standardisierte Hospitalisierungsrate pro 1'000 Einwohner/innen, AR im Vergleich zur CH, nach SPLB, 2019	75	G 79	Pflegepersonal: Anzahl Vollzeitäquivalente in der Spitex, nach Bildungsniveau, 2015–2019	90
G 57	Patientenströme für den Kanton AR, 2015–2019	76	G 80	Gesundheitskompetenz in der Schweiz, Erhebung 2015	95
G 58	Exportindex nach Kanton, 2017–2019	76	G 81	Gesundheitskompetenz: Diverse Faktoren haben einen Einfluss	95
G 59	Spitaldestinationen der Bevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden, Anteile der Fälle nach Spital und pro Region, 2019	77	G 82	Gesundheitsausgaben pro Einwohner/in, CH, 2018	96
G 60	Spitaldestinationen der Bevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden für Leistungen, welche durch den Leistungsauftrag des Spitalverbundes Appenzell Ausserrhoden (SVAR) abgedeckt sind, Anteile der Fälle nach Spital und pro Region, 2019	78	G 83	Folgekosten von Sucht nach Kostenart, in Mrd. CHF, 2017	99
G 61	Spitaldestinationen der Bevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden bei einem Notfall (für Leistungen, welche durch den Leistungsauftrag des Spitalverbundes Appenzell Ausserrhoden (SVAR) abgedeckt sind), Anteile der Fälle nach Spital und pro Region, 2019	79	G 84	Volkswirtschaftliche Kosten von Sucht nach Art der Sucht, in Mrd CHF, 2017	99
G 62	Spitaldestinationen der Bevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden bei Behandlungen im Leistungsbereich Bewegungsapparat, Anteile der Fälle nach Spital und pro Region, 2019	80	G 85	Beratungen der Beratungsstelle für Suchtfragen, AR, 2017–2020	101
G 63	Spitaldestinationen der Bevölkerung des Kantons Appenzell Ausserrhoden bei Behandlungen in den Leistungsbereichen Geburten und Gynäkologie, Anteile der Fälle nach Spital und pro Region, 2019	81	G 86	Total ausgezahlte Beratungen zum Thema Sucht, AR, 2017–2020	101
G 64	Hospitalisierungsrate in psychiatrischen Kliniken, pro 1'000 Einwohner/innen (standardisiert), AR und CH, 2015–2019	82	G 87	Aufteilung der Beratungen nach Substanzen und Verhaltenssuchte, AR, 2017–2020	101
G 65	Mittlere Aufenthaltsdauer Psychiatrie, AR und CH, 2015–2019	82	G 88	Fälle sexuell übertragbarer Krankheiten im Kanton AR, 2010–2019	103
G 66	Patientenströme in der Psychiatrie im Kanton AR, 2015–2019	82	G 89	Fälle sexuell übertragbarer Krankheiten in der Schweiz, 2010–2019	103
G 67	Hospitalisierungsrate in Rehabilitationskliniken pro 1'000 Einwohner/innen (standardisiert), AR und CH, 2015–2019	83	G 90	Bezüge Safeboxen aus den beiden Hygieneautomaten im Kanton AR, 2019/2020	103
G 68	Patientenströme in der Rehabilitation, AR, 2015–2019	83	G 91	Durchimpfungsraten bei 2-Jährigen, Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2003–2019	105
G 69	Mittlere Aufenthaltsdauer Rehabilitation, AR und CH, 2015–2019	84	G 92	Durchimpfungsraten gegen Masern, AR und CH, 2007–2019	106
			G 93	Durchimpfungsraten HPV bei 16-Jährigen, AR und CH, 2010–2019	106
			G 94	Kosten des Gesundheitswesens und Anteil am BIP, Schweiz, 1960–2018	111
			G 95	Kosten des Gesundheitswesens nach Finanzierungsregime, Schweiz, 2010 und 2018	112
			G 96	Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungsarten und Finanzierungsregime, Schweiz, 2018	113
			G 97	Ausgaben des Kantons Appenzell Ausserrhoden für die Spitalfinanzierung, 2013–2019	114
			G 98	Ausgaben des Kantons Appenzell Ausserrhoden für die Spitalfinanzierung, Anteil nach Kostengruppe, 2019	114

G 99	Ausgaben der Gemeinden des Kantons Appenzell Ausserrhoden für die Langzeitpflege, 2016–2019	114
G 100	Bruttokosten OKP nach Leistungskategorie, Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2019 und Veränderung seit 2012	116
G 101	Anteil der Kostenbeteiligung an den Bruttokosten OKP, AR und CH, 2012–2019	117
G 102	Bruttokosten OKP pro versicherte Person, nach Leistungskategorie, Kantone und Schweiz, 2019	117
G 103	Medikamentenkosten OKP pro versicherte Person, nach Abgabekanal, AR und CH, 2019	118
G 104	Bruttokosten OKP pro versicherte Person, nach Bereich, Geschlecht und Alter, AR und CH, 2019	118
G 105	Bruttoprämien OKP, nach Alterskategorie, AR und CH, 2012–2019	119
G 106	Bruttoprämien OKP für Erwachsene pro versicherte Person, Kantone und CH, 2019	119
G 107	Prämienvorbereitung KVG, Appenzell Ausserrhoden und Schweiz, 2012 und 2019	120

Tabellenverzeichnis

T 1	Anzahl Hospitalisierungen der kantonalen Wohnbevölkerung nach Spitalplanungs-Leistungsbereich (SPLB), AR, 2015–2019	75
T 2	Anzahl Fälle in der Psychiatrie der kantonalen Wohnbevölkerung des Kantons AR nach Hauptdiagnosen, 2015–2019	83
T 3	Anzahl Fälle in der Rehabilitation der kantonalen Wohnbevölkerung des Kantons AR nach Hauptdiagnosen, 2015–2019	84
T 4	Tabelle der Institutionen sowie Beratungs- und Fachstellen mit Leistungsauftrag mit dem Kanton Appenzell Ausserrhoden	107

Literaturverzeichnis

aerzteblatt.de (2015). Ärztliche Versorgung zwischen Spezialisierung und Ganzheitlichkeit:
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/61756/Aerztliche-Versorgung-zwischen-Spezialisierung-und-Ganzheitlichkeit>
 (Zugriff am 13.01.2021).

aerzteblatt.de (2017). Patienten nehmen für Qualität längere Wege in Kauf:
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/74019/Patienten-nehmen-fuer-Qualitaet-laengere-Wege-in-Kauf> (Zugriff am 30.12.2020).

Alliance, O.H. (2020). Planetare Gesundheit: Der One Health-Ansatz: <http://onehealthalliance.ch/one-health/> (Zugriff am 13.01.2021).

Allianz Gesundheitskompetenz (2020). Was ist Gesundheitskompetenz?: <https://www.allianz-gesundheitskompetenz.ch/de/ueber-die-allianz/was-ist-gesundheitskompetenz>
 (Zugriff am 21.12.2020).

Amt für Gesundheit des Kanton Appenzell Ausserrhoden (2021): Rechenschaftsbericht Departement Gesundheit und Soziales 2020.

Anderes, M., Abrahamsen, Y. & Sturm, J. (2020). Prognose der Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) für die Jahre 2020 und 2021 – Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) Zürich: KOF Konjunkturforschungsstelle ETH Zürich.

ANQ (2020). FAQ ANQ: <https://www.anq.ch/de/anq/faq-anq/>
 (Zugriff am 13.01.2021).

Appenzell Ausserrhoden (2019). Regierungsprogramm 2020–2023. Herisau: Kanton Appenzell Ausserrhoden.

Association PREOS (2012). Vers l'égalité des chances en matière de santé pour les personnes LGBT: Le rôle du système de santé. Lausanne: PREOS.

Babitsch, B., Ducki, A. & Maschewsky-Schneider, U. (2016). Geschlecht und Gesundheit. In: K. Hurrelmann & O. Razum (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften (6. Auflage ed., S. 639–657). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

BAG & GDK (2016). Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).

BAG & Gesundheitsförderung Schweiz (2019). Publikation Grundlagen der Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV). Bern: Bundesamt für Gesundheit und Gesundheitsförderung Schweiz.

BAG & SIWF (2018). Bericht der Themengruppe „Koordination der ärztlichen Weiterbildung“ Bern: Bundesamt für Gesundheit.

BAG (2008). Fokusbericht Gender und Gesundheit. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

BAG (2013a). Nationales Programm Migration und Gesundheit. Bilanz 2008–13 und Schwerpunkte 2014–17.

BAG (2013b). Gesundheit2020. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

BAG (2015). Nationale Strategie Sucht 2017–2024. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).

BAG (2016). Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

BAG (2017a). Förderprogramm Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017–2020. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

BAG (2017b). Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Bericht der Expertengruppe. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

BAG (2018). Zunehmende Spezialisierung in der Humanmedizin aus Sicht der Spitalorganisation:
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/berufe-im-gesundheitswesen/medizinalberufe/plattform-zukunft-aerztliche-bildung/zunehmende-spez-humanmed-spitalorganisation.html>
 (Zugriff am 13.01.2021).

BAG (2019a). Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

BAG (2019b). Personalisierte Medizin:
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/medizin-und-forschung/biomedizinische-forschung-und-technologie/masterplan-zur-staerkung-der-biomedizinischen-forschung-und-technologie/personalisierte-medin.html> (Zugriff am 13.01.2021).

BAG (2020a). Ambulant vor Stationär:
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankensversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche->

[Leistungen-in-der-Krankenversicherung/ambulant-vorstationaer.html](#) (Zugriff am 13.01.2021).

BAG (2020b). Qualitätsentwicklung: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenvversicherung/krankenversicherung-qualitaetssicherung.html> (Zugriff am 13.01.2021).

BAG (2020c). Gesundheitskompetenz. Bisherige Studien in der Schweiz: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/gesundheitskompetenz.html> (Zugriff 17.12.2020).

BAG (2020d). Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/praevention-nichtuebertragbare-krankheiten.html> (Zugriff 17.12.2020).

BAG (2020e). Sucht verursacht jährlich gesellschaftliche Kosten in der Höhe von 7.7 Milliarden Franken (Medienmitteilung 29.09.2020): <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-80553.html> (Zugriff 18.12.2020).

BAG (2020f). Faktenblatt zu Volkswirtschaftliche Kosten von Sucht. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

BAG (2020g). Gesundheitsförderung & Prävention: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention.html> (Zugriff 23.12.2020).

BAG (2020h). HIV, Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydiose in der Schweiz im Jahr 2019. BAG - Bulletin 48/2020.

BAG (2020i). Schweizerischer Impfplan 2020. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

BAG (2020j). Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung: 2. Massnahmenpaket für die Vernehmlassung. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

BAG (2021). Zahlen zu Infektionskrankheiten: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-zu-infektionskrankheiten.html> (Zugriff 20.01.2020).

Berger & Strauss, B. (2019). Prävention – Vierte Säule des Gesundheitswesens. Psychotherapeut 64: 2–3.

BAG & EKIF (2019). Factsheet zu HPV-bedingte Krebserkrankungen und Genitalwarzen. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Bertelsmann Stiftung (2018). Wer suchet, der findet – Patienten mit Dr. Google zufrieden. SPOTLIGHT GESUNDHEIT. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

BFS (2016). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone 2015–2045. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

BFS (2018). Leistungserbringer Gesundheitswesen. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitswesen/andere-leistungserbringer.html> Abgerufen am 29.1.2021.

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitswesen/andere-leistungserbringer.html> Abgerufen am 29.1.2021.

BFS (2020). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone 2020–2050. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

BFS (2020a). Gesundheitsausgaben in OECD-Ländern: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitsfinanzierung.assetdetail.14840942.html> (Zugriff am 13.01.2021).

BFS (2020b). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone 2020–2050. BFS Aktuell.

BFS (2020c). Kosten und Finanzierung Gesundheit: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitskosten-finanzierung/kosten.html> (Zugriff am 17.12.2020).

BFS (2021). Arbeitslose nach Kanton: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeitslose-erwerb/erwerbslosigkeit-unterbeschaeftigung-offene-stellen/registrierte-arbeitslose-seco.assetdetail.15504894.html> (Zugriff am 17.12.2020).

BGM Ostschweiz (2020). Website: <https://bgm-ostschweiz.ch> (Zugriff 09.12.2020).

BMFSFJ (2012). Altern im Wandel. Zentrale Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Borgonovi, F. & Pokropek, A. (2016). Education and Self-Reported Health: Evidence from 23 Countries on the Role of Years of Schooling, Cognitive Skills and Social Capital. PLoS One, 11(2): e0149716-e0149716.

Bundesrat (2014). Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige - Situationsanalyse und Handlungsbedarf für die Schweiz. Schweizerische Eidgenossenschaft, Bern.

Crimmins, E.M., Kim, J.K. & Solé-Auró, A. (2010). Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. European journal of public health, 21(1): 81–91.

CURAVIVA Schweiz (Hg.) (2020). Faktenblatt "Sucht im Alter". Online: www.curaviva.ch (Zugriff am 18.12.2020).

CURAVIVA Schweiz (Hg.) (2018). Qualitätsindikatoren für die stationäre Langzeitpflege – Überblick (Zugriff am 14.1.2021)

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe. Stockholm: Institute for Futures Studies.

Department of Health and Human Service (1996). Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.

Djalali, S. & Rosemann, T. (2015). Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke. Hintergründe und Schlüsselemente

(Obsan Dossier 45). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

GDK & OdASanté (2016). Nationale Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2016. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté).

GDK (2017). Gesundheitskosten eindämmen statt Geld verschieben. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.

GDK (2018). Spitalfinanzierung: Kantonale Finanzierungsanteile ab 2012. Stand vom 18.07.2018. Bern: GDK.

GDK (2020). Qualität im Gesundheitswesen: Sicht der Kantone. Positionspapier der GDK. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.

Gerber, M., Kraft, E. & Bosshard, C. (2014). Shared Decision Making – Arzt und Patiententscheiden gemeinsam. Schweizerische Ärztezeitung, 95(50): 1883–1889.

Gesundheitsförderung Schweiz (2017). Geschlechtliche und sexuelle Minderheiten in Gesundheitsförderung und Prävention. Zielgruppe Kinder und Jugendliche (Faktenblatt 19). Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.

Gesundheitsförderung Schweiz (2017a). Gesundheitsförderung Schweiz Faktenblatt 26. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.

Gesundheitsförderung Schweiz (2017b). Wirkungen der Gesundheitsförderung nachweisen und optimieren, Arbeitspapier 42. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.

Gesundheitskompetenz Zürich. Factsheet – Was ist Gesundheitskompetenz?:

<https://www.careum.ch/documents/20181/343023/Factsheet+Gesundheitskompetenz.pdf/57999c24-7fe9-4ab5-8777-5fe3d5f6b742?version=1.3&t=1548358419000> (Zugriff 23.03.2021)

gfs.bern (2019). Credit Suisse Sorgenbarometer 2019. Bern: gfs.bern.

Horton, R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. The Lancet, 396, S. 874.

Hostettler, S., Kraft, E. & Bosshard, C. (2018). Patient-reported outcome measures: Die Patientensicht zählt. Schweizerische Ärztezeitung, 99(40): 1348–1352.

Idler, E. & Cartwright, K. (2018). What Do We Rate When We Rate Our Health? Decomposing Age-related Contributions to Self-rated Health. [Article]. Journal of health and social behavior, 59(1): 74–93.

Infodrog (2018a). Präventionslexikon: <https://www.infodrog.ch/de/wissen/praeventionslexikon/gesundheitsfoerderung.html> (Zugriff 04.12.2020).

Infodrog (2018b). Präventionslexikon: <https://www.infodrog.ch/de/wissen/praeventionslexikon/gesundheitskompetenz.html> (Zugriff 04.12.2020).

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

Kanton St.Gallen (2020a). Weiterentwicklung der Strategie der St.Galler Spitalverbunde: <https://www.sg.ch/politik-verwaltung/regierung/spitalzukunft.html> (Zugriff am 13.01.2021).

Kanton St.Gallen (2020b). Weiterentwicklung der Strategie der St.Galler Spitalverbunde. Botschaft und Entwürfe der Regierung vom 24. Februar 2020. St.Gallen: Kanton St.Gallen.

Köge, K., Dennert, G., Koppe, U., Güldenring, A., Matthigack, E. & Rommel, A. (2020). Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. Journal of Health Monitoring, 5(S1).

Künzi, K., Jäggi, J. & Dubach, P. (2016). Zunehmende Spezialisierung in der Humanmedizin aus Sicht der Spitalorganisation. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Lader, M. (2011). Benzodiazepines revisited – will we ever learn? Addiction, 106(12): 2086–2109.

Lampert, T., Schmidtke, C., Borgmann, L.-S., Poethko-Müller, C. & Kuntz, B. (2018). Subjektive Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring, 3(2): 64–71.

Lampert, T., Hoebel, J. & Kroll, L.E. (2019). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Situation und Trends. Journal of Health Monitoring, 4(1).

Lang, P. (2020). Durchimpfungsstudie. Schlussbericht: Kanton Appenzell Ausserrhoden.

LUKS (2020). Erste Ergebnisse positiv – Pilotprojekt „Rettungsdienst Zentralschweiz“, wird verlängert: <https://www.luks.ch/newsroom/erste-ergebnisse-positiv-pilotprojekt-rettungsdienst-zentralschweiz-wird-verlaengert> (Zugriff am 13.01.2021).

Lüthi F, Balthasar A, Laubereau B (2019). Organisation der schulärztlichen Untersuchungen in der Schweiz - Versuch einer Systematisierung kantonaler Modelle. Schweizerische Ärztezeitung 2019/20: 686–89.

Malatesta, D. (2013). Validité et pertinence de l'index de masse corporelle (IMC) comme indice de surpoids et de santé au niveau individuel ou épidémiologique. Berne: Promotion santé suisse.

Mattli, R., Farcher, R., Dettling, M., Syleouni, M. & Wieser, S. (2019). Die Krankheitslast des Tabakkonsums in der Schweiz:

- Schätzung für 2015 und Prognose bis 2050. Winterthur: Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG), Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).
- Merçay, C. & Grünig, A. (2016). Pflegepersonal in der Schweiz. Künftiger Bedarf bis 2030 und die Folgen für den Nachwuchsbedarf (Obsan Bulletin 12/2016). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Mielck, A. (2005). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Hans Huber.
- Obsan (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- OECD (2017a). Health at a Glance 2017. OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2017b). Health at a Glance 2017: OECD Indicators. OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing.
- ofpg (2020). Website <https://ofpg.ch> (Zugriff 09.12.2020).
- Pahud, O. (2020). Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 18 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2020 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 12/2020). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Peiera, N. & Eberli, D. (2018). Gesund gegoogelt: Das Wissen vorinformierter Patienten richtig nutzen. Schweizerische Ärztezzeitung, 99(39): 1328–1331.
- pharmaSuisse (2020). Fakten und Zahlen Schweizer Apotheken 2020. Bern-Liebfeld: Schweizerischer Apothekenverband.
- PwC (2012): Schweizer Spitäler: Den Finanzen auf den Puls gefühlt.
- PwC (2016). Spitalbauten und ihre Zukunft. Bern: PwC.
- Pro Mente Sana (2020). Ursachen Psychischer Erkrankungen: <https://www.promentesana.ch/de/wissen/psychische-krankheiten/woher-kommen-sie.html> (Zugriff an 21.01.2020).
- Robert Koch-Institut (2012). Subjektive Gesundheit. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2012". Berlin: RKI.
- Robert Koch-Institut (2015). Gesundheit in Deutschland. Berlin: RKI.
- Roth, S. & Pellegrini, S. (2019). Die Entwicklung der ambulanten Versorgung in den Kantonen. Analyse von sechs Gruppen chirurgischer Leistungen. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Schuler, D., Tuch, A. & Peter, C. (2020). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2020. (Obsan Bericht 15/2020). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B. & Mendenhall, E. (2017). Syndemics and the biosocial conception of health. The Lancet, 389, 941–950.
- Spectra (2020). <https://www.spectra-online.ch>, Ausgabe vom 12.08.2020, (Zugriff am 23.12.2020).
- Stocker, D., Jäggi, J., Liechti, L., Schläpfer, D., Németh, P. & Künzi, K. (2020). Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz (Kurzfassung erster Teilbericht). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Subramanian, S., Huijts, T. & Avendano, M. (2010). Self-reported health assessments in the 2002 World Health Survey: how do they correlate with education? Bulletin of the World Health Organization, 88(2): 131–138.
- Sucht Schweiz (2021). Aktionswoche für Kinder von suchtkranken Eltern: Home - Aktionswoche für Kinder von suchtkranken Eltern (enfants-parents-dependants.ch) (Zugriff am 05.03.2021).
- Vincent, C. & Staines, A. (2019). Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit im Schweizer Gesundheitswesen. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- von Dach A., Stern S. (2018). Familienmonitoring Appenzell Ausserrhoden – Schlussbericht. INFRAS Forschung und Beratung, Zürich.
- Widmer W. & Schaffhuser K. (2018). Gesundheitswesen gestalten – Gesellschaft und Interprofessionalität als treibende Kräfte. Zürich: Careum Verlag.
- Wieser, S., Kauer, L., Schmidhauser, S., Pletscher, M., Brügger, U. (2010). Synthesebericht – Ökonomische Evaluation von Präventionsmassnahmen in der Schweiz. Bericht im Auftrag des Schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit. Winterthur: Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG), Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften Winterthur (ZHAW).
- Willisegger J. & Blatter H. (2016). Preis- und Qualitätswettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen – Rahmenbedingungen und Anreize. Luzern: Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia.
- White RL, Babic MJ, Parker PD, DR, L., T, A.-B. & C, L. (2017). Domain-Specific Physical Activity and Mental Health: A Meta-analysis. American Journal of Preventive Medicine, 52(5): 653–666.
- WHO (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: WHO.

WHO (2011). Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization (WHO).

WHO (2016). Growing antibiotic resistance forces updates to recommended treatment for sexually transmitted infections: <https://www.who.int/news/item/30-08-2016-growing-antibiotic-resistance-forces-updates-to-recommended-treatment-for-sexually-transmitted-infections> (Zugriff am 17.12.20).

Zinsstag, Jacob (2020): Swiss TPH Basel, One Health: auf dem Weg zu einer integrierten Wissenschaft, Bulletin SAGW 2 2020.

Zinsstag, Jakob et al. (2015): One Health: The theory and practice of integrated health approaches, Wallingford.

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

