

Bericht und Antrag des Regierungsrats an den Landrat

9. Juni 2015

Nr. 2015-338 R-630-11 Bericht und Antrag des Regierungsrats an den Landrat zur Änderung des Gesundheitsgesetzes (Förderung der medizinischen Grundversorgung)

Zusammenfassung

Am 18. Mai 2014 nahm das Schweizer Stimmvolk den Bundesbeschluss über die medizinische Grundversorgung (direkter Gegenentwurf zur Volksinitiative "Ja zur Hausarztmedizin") mit einem überwältigen Ja-Stimmenanteil von 88 Prozent an. Der neue Verfassungsartikel (Art. 117a Bundesverfassung [BV]; SR 101) erteilt Bund und Kantonen den Auftrag, die medizinische Grundversorgung zu erhalten und zu fördern. Konkret verpflichtet er Bund und Kantone, im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität zu sorgen. Zudem haben sie die Hausarztmedizin als einen wesentlichen Bestandteil dieser Grundversorgung zu anerkennen und zu fördern. Die Verfassung des Kantons Uri (RB 1.1101) definiert das Gesundheitswesen als Verbundaufgabe von Kanton und Gemeinden. Nach Artikel 45 Kantonsverfassung fördern Kanton und Gemeinden die Volksgesundheit, die Gesundheitsvorsorge und die Krankenpflege und schaffen die Voraussetzungen für die medizinische Versorgung der Bevölkerung.

Die Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung ist auch im Kanton Uri ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen. Am 8. April 2009 reichte Landrat Dr. Toni Moser, Bürglen, eine Motion ein, worin er eine Strategie zur Sicherung und Förderung der Hausarztmedizin forderte. Auf Antrag des Regierungsrats erklärte der Landrat die Motion am 21. Oktober 2009 einstimmig erheblich. Anfang Januar 2015 wurden zwei Kleine Anfragen aus dem Landrat zur medizinischen Grundversorgung eingereicht. Insbesondere der Vorstoss von Landrat Toni Gamma, Gurtellen, befasst sich mit Fragen zur Unterstützung und Förderung der medizinischen Grundversorgung im Kanton Uri.

Angesichts der demografischen Alterung und der unterschiedlichen Versorgungssituation von Ballungsräumen und ländlichen Regionen gibt es gesetzgeberischen Handlungsbedarf. Dieser Handlungsbedarf wird für den Kanton Uri durch die jüngsten Zahlen des Bundesamts für Statistik verdeutlicht. So wies Uri im Jahr 2013 die geringste Ärztedichte aller Kantone auf. Sorge bereitet auch die Tatsache, dass die Ärztedichte in Uri seit Jahren abnimmt, und zwar massiv. Während die Abnahme in den fünf ebenfalls von einem Rückgang betroffenen Kantonen weniger als zehn Indexpunkte betrug, nahm die Ärztedichte in Uri gar um 25 Indexpunkte ab. Verschärfend kommt hinzu, dass die Hälfte aller heute in Uri praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzte in den nächsten zehn Jahren das Pensionsalter erreichen wird.

Die genannten Entwicklungen verlangen nach Antworten und Massnahmen für die künftige Sicherstellung der flächendeckenden und bevölkerungsnahen medizinischen Versorgung in Ergänzung zu den Leistungen des Kantonsspitals Uri. Gerade auch für zentrumsferne Gebiete im Kanton Uri müssen Versorgungslösungen gefunden werden. Vor diesem Hintergrund hat der Kanton eine Gesetzesvorlage erarbeitet, die neue Instrumente im kantonalen Recht schafft. Künftig soll es dem Kanton und den Gemeinden möglich sein, via Förder- und Anreizsysteme einer Unterversorgung entgegenzuwirken bzw. die Grundversorgung zu erhalten und zu verbessern. Mit der Revision des Gesundheitsgesetzes (GG; RB 30.2111) werden Artikel 117a der Bundesverfassung und die Motion Dr. Toni Moser, Bürglen, umgesetzt.

Die Förderung und Unterstützung der ambulanten medizinischen Grundversorgung durch die öffentliche Hand bedeutet einen eigentlichen Paradigmawechsel. Denn für die stationäre und ambulante Spitalversorgung sowie für die Langzeitpflege ist eine finanzielle Unterstützung durch die öffentliche Hand aufgrund der Bundesgesetzgebung bereits etabliert. Bei der ambulanten medizinischen Grundversorgung erfolgten bisher Förder- und Unterstützungsmassnahmen durch den Kanton oder die Gemeinden mit Blick auf den freien Wettbewerb mit grösster Zurückhaltung.

I. Ausführlicher Bericht

1. Ausgangslage

1.1 Begriff der medizinischen Grundversorgung

Unter medizinischer Grundversorgung wird die ambulante Versorgung der Bevölkerung durch ärztliche Grundversorgerinnen und Grundversorger sowie weitere Gesundheitsfachpersonen und Institutionen (z. B. Spitex) verstanden. Als Grundversorgung ist dabei massgebend, dass deren Leistungen regelmässig von der breiten Bevölkerung oder den einzelnen Bevölkerungsgruppen potenziell oder effektiv beansprucht werden und dies auch zukünftig der Fall sein wird. Zu den ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorgern gehören Ärztinnen und Ärzte mit Praxistätigkeit und Weiterbildungstitel Allgemeinmedizin, Innere Medizin und neu Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Frauenheilkunde, Psychiatrie sowie praktische Ärztin/praktischer Arzt als einziger Weiterbildungstitel. Unter die weiteren Gesundheitsfachpersonen fallen die Angehörigen der nach den Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes bewilligungspflichtigen Berufe sowie Assistenzberufe wie medizinische Praxisassistentinnen und -assistenten.

Die Vorlage verzichtet darauf, den Begriff der ambulanten medizinischen Grundversorgung im Gesetz zu definieren. Die medizinische Grundversorgung orientiert sich nämlich am üblichen Bedarf der Bevölkerung an grundlegenden präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen medizinischen Gütern und Dienstleistungen¹. Der Begriff ist folglich wandelbar. Nicht zur ambulanten medizinischen Grundversorgung im Sinne dieser Vorlage gehören die ambulanten Leistungen des Kantonsspitals Uri. Diese für Uri wichtigen und unverzichtbaren Leistungen werden bereits durch die besondere Gesetzgebung (Gesetz über das Kantonsspital Uri [KSG]; RB 20.3221) geregelt.

1.2 Bedeutung der medizinischen Grundversorgung

Hausärztinnen und Hausärzte, Kinderärztinnen und Kinderärzte, Pflegende, Apothekerinnen und Apotheker sowie Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten usw. kümmern sich heute in der Schweiz um nicht weniger als 90 Prozent aller Gesundheitsprobleme. Die medizinische Grundversorgung ist also das Herzstück unseres Gesundheitssystems - und damit schlicht unverzichtbar.

Eine wichtige Rolle in der Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung sowie in der

¹ Vgl. Botschaft zur Volksinitiative "Ja zur Hausarztmedizin"; BBl 2011 7577.

Aus- und Weiterbildung übernimmt im Kanton Uri das Kantonsspital. Neben den ärztlichen Fachbereichen und der Pflege leistet das Kantonsspital Uri auch mit der Notfallversorgung, dem Rettungsdienst und mit der medizinisch-technischen Radiologie einen unverzichtbaren Beitrag zur medizinischen Grundversorgung der Urner Bevölkerung. Das Leistungsangebot des Kantonsspitals wird von der vorliegenden Gesetzesänderung jedoch nicht tangiert.

1.3 Versorgungssituation

Für die nächsten Jahre wird aufgrund der ungünstigen Altersverteilung der ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger sowie aufgrund der Alterung der Gesellschaft ein Nachfrageüberhang nach medizinischen Leistungen prognostiziert. Dies betrifft nicht nur die Hausärztinnen und Hausärzte, sondern wirkt sich auch auf andere Bereiche der medizinischen Grundversorgung aus. Namentlich im Bereich der Pflege (spitalintern wie -extern) ist die Personalsituation bereits heute angespannt. Für die nächsten zehn Jahre wird ein erheblicher Fachkräftemangel erwartet.

Eine Stärkung der medizinischen Grundversorgung ist auch deshalb notwendig, weil sich die Alterung der Gesellschaft auf den zukünftigen Behandlungsbedarf auswirkt. Insbesondere die Versorgung chronisch kranker Menschen ist von grosser Bedeutung. Laut aktueller Hochrechnung wird die Anzahl der über 80-Jährigen im Kanton Uri von heute 2'091 Personen auf 3'363 Personen im Jahr 2035 steigen². Deshalb wird auch der Bedarf an Leistungen der medizinischen Grundversorgung sowie der Betreuungs- und Koordinationsbedarf überproportional ansteigen. Es droht generell ein Mangel an qualifizierten Gesundheitsfachpersonen³.

1.3.1 Ärztliche Versorgungssituation in der Schweiz

Die Schweiz weist im OECD-Ländervergleich eine der höchsten Ärztedichten auf. Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte hat vor allem aufgrund der Zuwanderung aus den umliegenden Ländern in den vergangenen Jahren stetig zugenommen. Diese Aussage trifft auch auf die ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger zu, deren Zahl schweizweit von Jahr zu Jahr gestiegen ist. Problematisch ist hingegen die unterschiedliche Verteilung, die in zahlreichen Regionen zu angespannteren Situationen führt. So namentlich auch im Kanton Uri.

Gesamtschweizerisch ungünstig ist die Altersverteilung der ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger. So beträgt das Durchschnittsalter der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte

² Mitteilung Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel (Obsan) vom 11. Februar 2015.

³ Obsan Publikation Nr. 35: Gesundheitspersonal in der Schweiz - Bestandsaufnahme und Perspektiven bis 2020, Februar 2009.

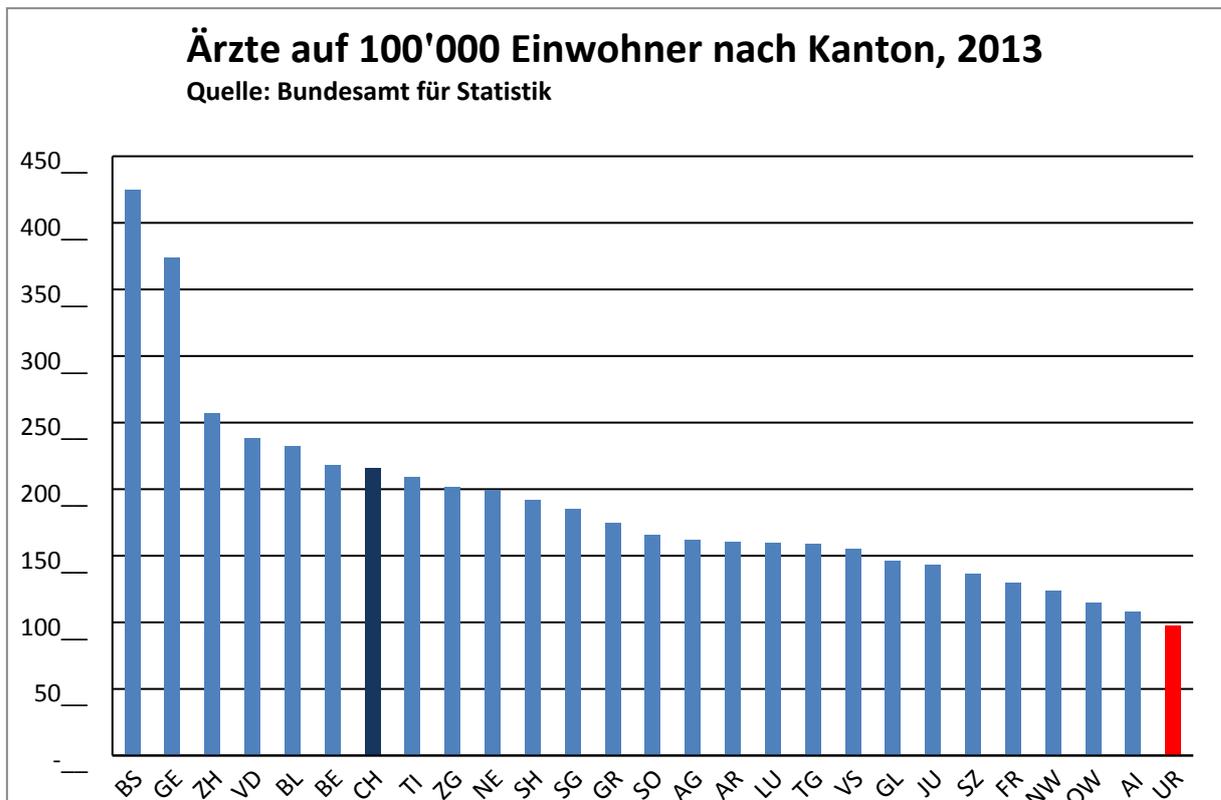
54 Jahre. Dies wird in den kommenden fünf bis zehn Jahren zu einem Mehrbedarf an Hausärztinnen und Hausärzten führen. Der Frauenanteil ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen und lag im Jahr 2013 bei 39 Prozent. Dieser Anteil wird in den kommenden Jahren weiter ansteigen, da der Frauenanteil bei Erhalt des Staatsexamens bereits bei 62 Prozent liegt. Diese oft auch als "Feminisierung der Medizin" bezeichnete Tatsache wird die medizinische Grundversorgungssituation erheblich verändern. Hinzu kommt die zunehmende Nachfrage nach Teilzeitarbeit. Im ambulanten Bereich arbeiten aktuell 31 Prozent der Männer Teilzeit, während der Anteil bei den Frauen 73 Prozent beträgt. Ärztinnen bevorzugen hauptsächlich ein Arbeitspensum, welches einem Beschäftigungsgrad von rund 60 bis 80 Prozent entspricht. Mit der zunehmenden Teilzeittätigkeit wird eine verbesserte Vereinbarkeit von Beruf und Familie bzw. eine ausgewogene Work-Life-Balance angestrebt. Das bedeutet auch, dass die für die Bevölkerung wichtigen Notfalldienste mit Abend- und Nachteinsätzen sowie Wochenendarbeit mehr und mehr unattraktiv werden. Grosse Auswirkungen hat dies auch auf die Nachfolgeregelung bei einer bisherigen Einzelpraxis. Eine heute 100 Prozent arbeitende Hausarztperson muss in der Regel durch mindestens zwei Teilzeit arbeitende Ärztinnen oder Ärzte ersetzt werden. Hinzu kommt, dass die heutigen Grundversorgerinnen und Grundversorger zunehmend in einem Team arbeiten wollen, um den fachlichen Austausch stärker pflegen zu können.

1.3.2 Ärztliche Versorgungssituation in Uri

Uri hat schweizweit die tiefste Ärztedichte pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner⁴.

⁴ Bundesamt für Statistik: Ärzte und Zahnärzte 2013 www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/03/key/01.html.

Abbildung 1: Ärztedichte in Schweizer Kantonen



Zudem besteht bei den in Uri praktizierenden Ärztinnen und Ärzten - verglichen mit anderen Regionen in der Schweiz - eine hohe Altersstruktur. Von insgesamt 34 in Uri praktizierenden Ärztinnen und Ärzten sind 26 Grundversorger (Hausärztinnen/Hausärzte, Gynäkologinnen/Gynäkologen, Pädiaterinnen/Pädiater).⁵ Davon erreicht in den nächsten zehn Jahren rund die Hälfte das Pensionsalter:

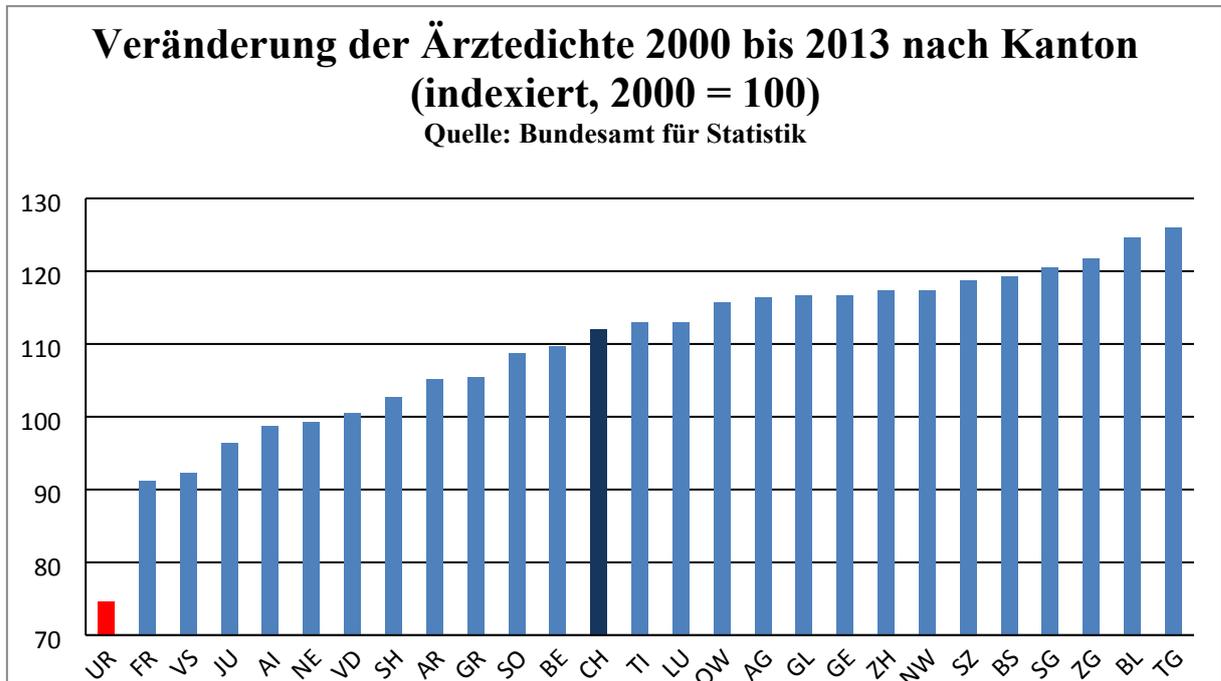
Abbildung 2: Erreichen des Pensionsalters der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte im Kanton Uri

2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
0 ⁶	1	1	2	3	1	1	1	2	0

⁵ Stand 1. Januar 2015.

⁶ Während der Erarbeitung dieser Vorlage, das heisst in der Zeit zwischen Januar und März 2015, schlossen gleich zwei Hausärzte ihre Praxen, ohne für sich eine Nachfolge gefunden zu haben.

Abbildung 3: Veränderung der Ärztedichte (praktizierende Ärztinnen und Ärzte) in den Kantonen



Hinzu kommt, dass in Uri die Hausärztinnen und Hausärzte einen überdurchschnittlich grossen Anteil an der ambulanten medizinischen Versorgung der Bevölkerung leisten, da in den meisten Fachgebieten keine freipraktizierenden Spezialärztinnen oder Spezialärzte in Uri tätig sind. Im Bereich der ambulanten medizinischen Spezialversorgung erbringt das Kantonsspital Uri mit seinen Fachärztinnen und -ärzten eine unverzichtbare Leistung, so etwa in der Inneren Medizin, in der Kardiologie oder in der Gynäkologie. Zudem übernimmt das Kantonsspital eine wichtige Aufgabe auf dem Gebiet der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung, insbesondere auch für die ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger.

1.3.3 Versorgungssituation der übrigen Grundversorger in Uri

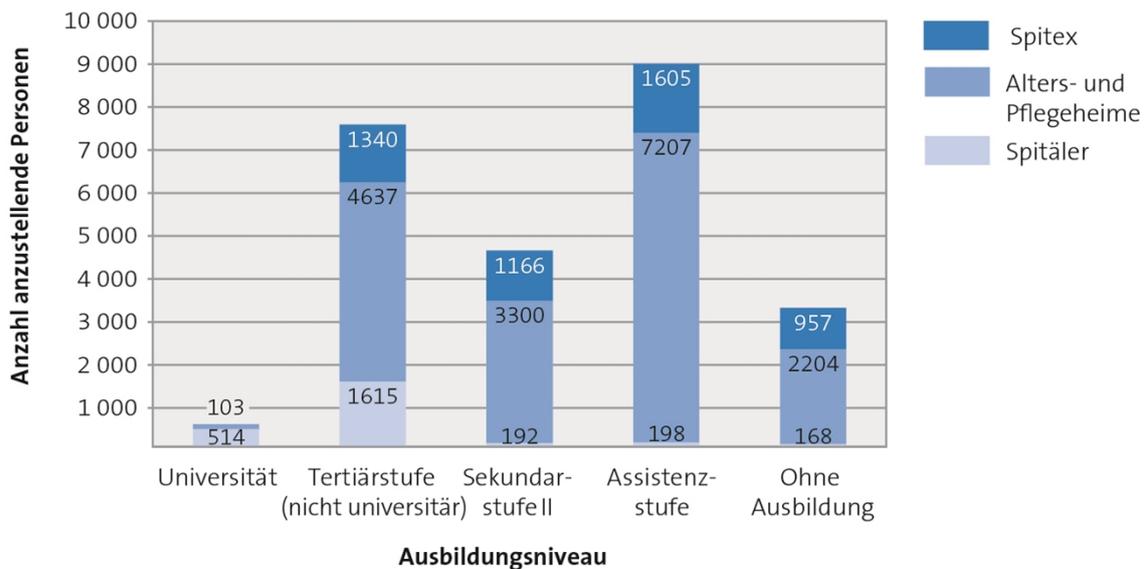
Aufgrund der demografischen Alterung der Bevölkerung und der Zunahme der chronischen Krankheiten wird in der Schweiz insbesondere der Bedarf nach Pflege- und Betreuungspersonal zunehmen. Geht man von einer Verkürzung der Hospitalisationsdauer, einer Verbesserung des Gesundheitszustands der älteren Bevölkerung sowie einer unveränderten Produktivität und Erwerbsquote aus, müssten aufgrund dieses erhöhten Pflegeleistungsbedarfs schweizweit 17'000 Stellen (Vollzeitäquivalente) neu geschaffen und 25'000 Personen zusätzlich eingestellt werden (+13 Prozent). Hinzu kommen rund 60'000 Gesundheitsfachleute

(30 Prozent), die wegen Pensionierung ersetzt werden müssen⁷.

Abbildung 4: Geschätzte zusätzliche Arbeitskräfte im Pflegebereich

**Geschätzte zusätzlich benötigte Arbeitskräfte 2020 (im Vergleich zu 2006),
nach Bildungsniveau und Institutionstyp, gemäss dem Referenzszenario
für die Schweiz**

Abb. 3



© Bundesamt für Statistik (BFS)

In den Urner Institutionen (Kantonsspital Uri, Pflegeheime, Spitex) ist der Mangel an Pflege- und anderen Fachkräften bereits heute spürbar und wird noch weiter zunehmen. Es gilt daher, zielgerichtete Massnahmen zur Bekämpfung des drohenden Pflegenotstands zu ergreifen. Aufgrund der unterschiedlichen Versorgungszuständigkeiten (Kantonsspital Uri und ambulante Langzeitpflege = Kanton/stationäre Langzeitpflege = Gemeinden) ist eine enge Zusammenarbeit und Koordination notwendig. Beispielhaft für die geforderten Massnahmen ist der Beschluss des Regierungsrats vom 20. Mai 2015 genannt. Demnach soll noch die Doppelführung der FAGE-Klassen⁸ ab dem Schuljahr 2016/2017 erfolgen, sofern die Zahl von 24 Lernenden erneut überschritten und nicht nachträglich unterschritten wird.

Bei den übrigen ambulanten medizinischen Grundversorgern (z. B. in den Bereichen Zahnmedizin, Physiotherapie oder Pharmazie usw.) darf die Versorgungssituation im Kanton

⁷ Obsan fact sheet: Gesundheitspersonal in der Schweiz - Bestandsaufnahme und Perspektiven bis 2020 (7. April 2009).

⁸ Fachfrau/Fachmann Gesundheit (FAGE); das Berufs- und Weiterbildungszentrum Uri führt heute eine FAGE-Klasse.

Uri im Grossen und Ganzen als genügend bezeichnet werden. Es ist aufgrund der heutigen Datenlage auch nicht davon auszugehen, dass in diesen Bereichen in absehbarer Zeit eine gravierende Unterversorgung entstehen könnte.

2. Politisches Umfeld

2.1 Regierungsprogramm 2012 bis 2016

Der Regierungsrat hat den sich abzeichnenden Mangel an Gesundheitsfachpersonen erkannt und im Regierungsprogramm 2012 bis 2016 folgende Massnahmen aufgenommen:

Legislaturziele

e) Uri bleibt in organisatorischer, gesellschaftlicher, sozialer und kultureller Hinsicht attraktiv.

...

Zugehörige Massnahmen

26. Wir unterstützen und fördern die medizinische Grundversorgung und stellen den Sanitäts-Rettungsdienst im ganzen Kanton sicher.

27. Wir setzen uns aktiv dafür ein, den für die Versorgung notwendigen Nachwuchs in den Gesundheitsberufen nachhaltig zu sichern

2.2 Bundesbeschluss über die medizinische Grundversorgung (Art. 117a BV)

Mit der Annahme des Bundesbeschlusses über die medizinische Grundversorgung (direkter Gegenentwurf zur Volksinitiative "Ja zur Hausarztmedizin") vom 18. Mai 2014 (88 Prozent Ja-Stimmenanteil) ergibt sich ein expliziter Auftrag für die Kantone, die Hausarztmedizin als wesentlichen Bestandteil der Grundversorgung zu erhalten und zu fördern. Der neue Verfassungsartikel verpflichtet Bund und Kantone, für eine medizinische Grundversorgung zu sorgen, die in hoher Qualität erbracht wird und zu der jede und jeder überall in der Schweiz rasch Zugang hat.⁹ Er will die medizinische Grundversorgung als Ganzes stärken und dafür auch die Hausarztmedizin gezielt fördern. Mit dem neuen Verfassungsartikel bleiben die Zuständigkeiten von Bund und Kantonen im Wesentlichen unverändert. Es ist primär Aufgabe von Kantonen und Gemeinden, die medizinische Versorgung auf ihrem

⁹ Das Verfassungsrecht des Bundes (BV; SR 101) befasst sich grundsätzlich nicht mit der Ebene der Gemeinden. Die BV belässt den Kantonen einen grossen Freiraum in Fragen der inneren Organisation (vgl. Art. 3 BV; BBl 1997 I 217). Nach Artikel 43 BV ist es Sache der Kantone, die Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden zu bestimmen. Dabei ist bei der Zuweisung und Erfüllung staatlicher Aufgaben der Grundsatz der Subsidiarität zu beachten (Art. 5a BV).

Gebiet sicherzustellen.

2.3 Handlungsbedarf in Uri

Die unter Ziffer 1.3 genannten Entwicklungen und Trends verlangen nach Lösungen für die Sicherstellung der flächendeckenden und bevölkerungsnahen medizinischen Versorgung in hoher Qualität. Gerade auch für zentrumsferne Gebiete müssen Lösungen gefunden werden.

Da in Uri bereits heute ein Mangel an medizinischen Grundversorgerinnen und Grundversorgern und insbesondere an Hausärztinnen und Hausärzten besteht, sind der Kanton und die Gemeinden stärker gefordert als in anderen Kantonen. Dabei steht der Kanton Uri auch im Wettbewerb um qualifiziertes Gesundheitspersonal mit umliegenden Kantonen wie z. B. Nidwalden, Luzern oder Schwyz, in denen sich ebenfalls ein Mangel abzeichnet. Uri muss daher geografische Wettbewerbsnachteile durch attraktivere und bessere Rahmenbedingungen beseitigen. Deshalb wird eine flexible gesetzliche Grundlage geschaffen, damit die öffentliche Hand künftig versorgungspolitisch sinnvolle Massnahmen gezielt fördern und finanziell unterstützen kann, sofern gewisse Rahmenbedingungen erfüllt sind. Es soll der Zugang zu innovativen bzw. wohnortnahen (jedoch immer) ambulanten Angeboten oder Versorgungsmodellen ermöglicht und sichergestellt werden. Dabei ist auch auf die Aufgaben und den Leistungsauftrag des Kantonsspitals Uri Rücksicht zu nehmen, damit Parallel- oder Konkurrenzangebote vermieden werden.

Wie bereits erwähnt, wurde die ambulante medizinische Grundversorgung bzw. die Hausarztmedizin bisher nur subsidiär und sehr zurückhaltend mit Beiträgen der öffentlichen Hand unterstützt. Das ist so lange richtig und zweckmässig, als ein funktionierender Wettbewerb für eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit den notwendigen Gesundheitsleistungen sorgt. Bereits heute ist es jedoch eine Tatsache, dass der Gesundheitsmarkt aus dem Gleichgewicht geraten ist. Aufgrund der Unverzichtbarkeit der medizinischen Grundversorgung, insbesondere für Familien und für die ältere (und nicht mehr mobile) Bevölkerung, ist die öffentliche Hand zum Handeln gezwungen, um eine möglichst wohnortnahe medizinische Grundversorgung sicherzustellen. Daher ist eine zielgerichtete und zeitlich beschränkte Förderung und Unterstützung durch den Kanton und die Gemeinden gerechtfertigt.

3. Konzeption der Vorlage

3.1 Geltende Rechtsgrundlagen im Kanton Uri

Nachfolgend werden ausgewählte kantonrechtliche Bestimmungen aufgeführt und kurz erläutert.

Nach Artikel 45 der Kantonsverfassung fördern der Kanton und die Gemeinden die Volksgesundheit, die Gesundheitsvorsorge und die Krankenpflege. Sie schaffen die Voraussetzungen für die medizinische Versorgung der Bevölkerung.

Obwohl Kanton und Gemeinden den verfassungsmässigen Auftrag haben, die Voraussetzungen für die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu schaffen, ist die ambulante Versorgung grundsätzlich privatwirtschaftlich organisiert. Im Gegensatz zum stationären Bereich (Spitäler und Pflegeheime) unterliegt sie keiner staatlichen Versorgungsplanung. Die schweizerische Versorgungspolitik in der ambulanten Grundversorgung geht grundsätzlich von einem weitgehend funktionierenden Zusammenspiel zwischen der Nachfrage medizinischer Dienstleistungen in der Bevölkerung und dem Angebot privater Leistungserbringer aus.

Im Bereich der ambulanten Versorgung folgt der Kanton Uri (und auch die Gemeinden) dem Subsidiaritätsprinzip: Er wird jeweils nur dann aktiv, wenn Marktmechanismen nicht oder ungenügend spielen und geeignete Massnahmen fehlen oder von entsprechenden Akteuren nicht oder nur ungenügend umgesetzt werden können. Bereits heute besteht die Möglichkeit, dass der Regierungsrat, gestützt auf Artikel 9 des Gesundheitsgesetzes, mit anderen Gemeinwesen, Organisationen oder Privaten im Gesundheitsbereich Verträge abschliesst und die damit verbundenen Ausgaben beschliesst. Diese Kompetenz zum Abschluss von Leistungsvereinbarungen im Gesundheitswesen, einschliesslich der Ausgabenkompetenz, erfasst allerdings nur den Einkauf bzw. die Bestellung von konkreten medizinischen Leistungen (z. B. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sozialpsychiatrie usw.) und Gesundheitsangeboten (z. B. Weiterbildungsangebote, Krebsregister, Impfmonitoring usw.). Vorliegend geht es aber zusätzlich um die Sicherstellung und Förderung der ambulanten medizinischen Grundversorgung.

Die zukünftige Entwicklung der medizinischen Grundversorgung hängt wesentlich vom Funktionieren des Zusammenspiels zwischen der Nachfrage medizinischer Dienstleistungen und dem Angebot privater Leistungserbringer ab. Der Handlungsspielraum der ambulanten Leistungserbringer wird massgeblich durch die rechtlichen Rahmenbedingungen aufgrund der nationalen Gesetzgebung beeinflusst. Mit der vorliegenden Teilrevision des Gesundheitsgesetzes werden die kantonalen Einflussmöglichkeiten zur Unterstützung und Förderung der medizinischen Grundversorgung erweitert. Dabei wird der

Handlungsspielraum des Kantons und der Gemeinden bewusst weit gefasst.

Angesichts der gegenwärtigen Situation, bei der bereits eine angespannte Versorgungslage herrscht und eine weitere Verschärfung absehbar ist, wäre es verfehlt, den Handlungsspielraum eng zu fassen. Denn so wäre eine neuerliche Anpassung der kantonalen und gemeindlichen Finanzierungs- und Steuerungsregelungen sehr bald wieder nötig, sofern sich die Instrumente für die Sicherstellung einer flächendeckenden medizinischen Grundversorgung für die gesamte Bevölkerung des Kantons Uri zukünftig als ungenügend erweisen sollten. Es wurde bewusst eine reiche Palette an möglichen Massnahmen gewählt, damit vorausschauend agiert und auf künftige Entwicklungen rechtzeitig reagiert werden kann.

Mit dem vorliegenden Erlass werden die erforderlichen Rechtsgrundlagen geschaffen, um den im neuen Verfassungsartikel des Bunds enthaltenen Auftrag erfüllen zu können, und um das notwendige Fachpersonal finden und behalten zu können. Ausgangspunkt bildet dabei Artikel 45 Kantonsverfassung. Vorgesehen ist deshalb, dass der Kanton und die Gemeinden gemeinsam attraktive Rahmenbedingungen bieten und ein besonderes Engagement leisten. Dafür sind auch zusätzliche finanzielle Mittel notwendig.

3.2 Vorgesehene Fördermassnahmen

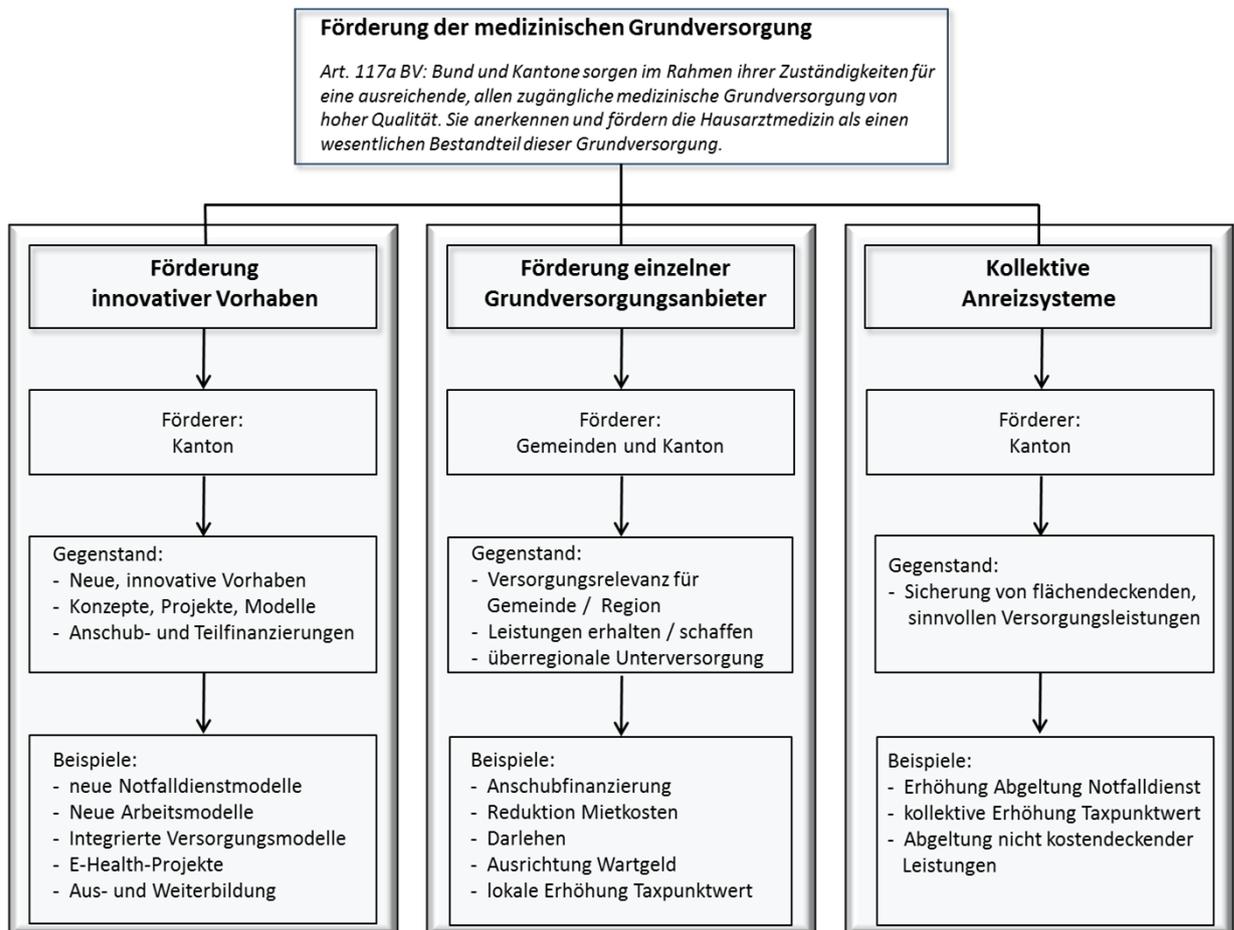
Um das Niveau der medizinischen Grundversorgung zu halten und zu verbessern, müssen verschiedene Massnahmen getroffen werden. Ziel ist, dass sich die Situation von Patientinnen und Patienten nicht weiter verschlechtert oder wieder verbessert. Dies geschieht etwa, indem der Zugang zu erforderlichen medizinischen und pflegerischen Leistungen sowie zu Arznei- und Hilfsmitteln sichergestellt wird, oder indem Behandlungsabläufe optimiert werden. Die Lösungsansätze und Handlungsfelder erstrecken sich dabei in verschiedene Richtungen. Durch eine gezielte Förderung sowie durch attraktive Arbeits- und Rahmenbedingungen sollen Leistungsanbieter motiviert werden, in Uri zu arbeiten. Je nachdem muss auch die Leistungsabgeltung den fachlichen und zeitlichen Anforderungen sowie dem Marktumfeld angepasst werden. Neue Organisations-, Arbeits- und Betriebsmodelle sollen gefördert und die Belastungen durch die Leistung von Pikett- und Notfalldiensten vermindert werden. Die Aus- und Weiterbildung ist auszubauen und den spezifischen Anforderungen anzupassen. Auch soll eine bessere Vereinbarkeit von Familie und beruflicher Tätigkeit angestrebt werden. Zudem soll der Wiedereinstieg in die Grundversorgertätigkeit und in die Pflegeberufe gezielt gefördert werden. Hier besteht ein grösseres Potenzial, wobei insbesondere Wiedereinsteigerinnen in den wenigsten Fällen Vollzeit arbeiten wollen. Letztlich müssen medizinische Grundversorgende durch attraktive

Arbeits- und Rahmenbedingungen sowie durch geeignete Anreize dazu motiviert werden, sich in Regionen mit einer gefährdeten oder bereits ungenügenden Versorgungssituation niederzulassen. All diese Unterstützungs- und Fördermassnahmen müssen unter Berücksichtigung des Leistungsangebots des Kantonsspitals Uri ergriffen werden.

Die ausgearbeitete Gesetzesvorlage will insbesondere ermöglichen, dass:

- der Kanton von sich aus Förderbeiträge an neue und innovative Organisations-, Arbeits- und Betriebsmodelle auf kantonaler Ebene leisten kann (Art. 18b). Bis zum Betrag von 250'000 Franken (Anschub- und Teilfinanzierung) oder 2'000'000 Franken (Darlehen) pro Vorhaben soll die Finanzkompetenz beim Regierungsrat liegen. Für darüber hinausgehende Beiträge ist der Landrat abschliessend zuständig. Beispiele für kantonale Förderbeiträge sind e-health-Projekte, neue und innovative Versorgungsmodelle oder neue Notfalldienst-Modelle. Dabei ist eine enge Zusammenarbeit und Koordination mit dem Kantonsspital Uri notwendig.
- die Gemeinden unter gewissen Voraussetzungen an einzelne Leistungserbringer der ambulanten Grundversorgung Beiträge auf kommunaler Ebene gewähren können, und in der Folge der Kanton den gleichen Beitrag wie die betreffenden Gemeinden leisten kann (Art. 18c). Solche Äquivalenzbeiträge sollen abschliessend in der Kompetenz des Regierungsrats liegen. Mögliche Beispiele sind die lokale Erhöhung des Taxpunktwerts, die Anschubfinanzierung für eine Praxis oder Inkonvenienzentschädigungen.
- der Landrat durch Verordnung kollektive Anreizsysteme für medizinische Grundversorger schaffen kann, um den Zugang der Bevölkerung zu versorgungspolitisch sinnvollen medizinischen Leistungen sicherzustellen (Art. 18d). Denkbar wäre etwa die generelle Erhöhung des Taxpunktwerts für eine Gruppe von Leistungserbringern, und zwar auf dem ganzen Kantonsgebiet.

Abbildung 5: Konzeption der Massnahmen gemäss entworfener Gesetzesvorlage



Daneben ist es wie bis anhin möglich, dass der Regierungsrat, gestützt auf Artikel 9 des Gesundheitsgesetzes, individuelle Leistungsaufträge im Bereich der medizinischen Versorgung erteilen und finanzieren kann. Beispiele für derartige individuelle Leistungsaufträge sind Förderprogramme der Ärztesgesellschaft Uri, spezifische Aus- und Weiterbildungsleistungen oder ungenügend angebotene medizinische Leistungen (z. B. ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sozialpsychiatrie, Ergo- und Physiotherapie für Kinder, schulmedizinische Leistungen, ärztliche Betreuung von Asylsuchenden, Suchtmittelsubstitution usw.).

4. Vernehmlassung

Am 3. März 2015 eröffnete der Regierungsrat das Vernehmlassungsverfahren zur Vorlage. Die interessierten Kreise konnten bis zum 20. Mai 2015 ihre Stellungnahmen einreichen.

Angeschrieben wurden insgesamt 47 Adressaten. Sie wurden gebeten, ihre Meinung zu zentralen Themen anhand eines Fragebogens abzugeben. Auf Anfrage einzelner Gemeinden wurde die Vernehmlassungsfrist bis zum 27. Mai 2015 verlängert.

Folgende Interessengruppen gaben eine Stellungnahme ab:

Interessengruppe	Anzahl	Wer
Einwohnergemeinden	19	Altdorf, Andermatt, Attinghausen, Bauen, Bürglen, Erstfeld, Flüelen, Göschenen, Gurtellen, Hospental, Isenthal, Realp, Schattdorf, Seedorf, Seelisberg, Silenen, Spiringen, Unterschächen, Wassen
Politische Parteien	4	CVP Uri, FDP Uri, SP Uri, SVP Uri
Kantonale Organisationen und Verbände	12	Apothekerschaft Uri, Ärztesgesellschaft Uri, Curaviva Uri, Kantonsarzt, Kantonsspital Uri, Kantonszahnarzt, Korporation Uri, Korporation Ursern, Schweizerisches Rotes Kreuz (Kantonalverband Uri), Spitex Uri, Wirtschaft Uri, Zahnärztesgesellschaft Uri
Interkantonale Organisationen und Verbände	1	Schweizerischer Apothekerverband
Total	36	

4.1 Ergebnis des Vernehmlassungsverfahrens

Alle Vernehmlassungsteilnehmerinnen und -teilnehmer teilen die Meinung des Regierungsrats, dass im Bereich der medizinischen Grundversorgung Handlungsbedarf besteht und dass die öffentliche Hand fördernd und unterstützend handeln muss. Alle unterstützen daher die Grundzüge der Vorlage. Durchwegs begrüsst wurden die Zielsetzungen und die Form der Vorlage. Praktisch alle bezeichneten die vorgeschlagenen Massnahmen als zweckmässig und zielgerichtet. Auf einhellige Zustimmung stiess die Vorlage bei den Verbänden der betroffenen Berufsgruppen, so etwa bei der Ärztesgesellschaft Uri und beim Schweizerischen Apothekerverband. Die Vernehmlassungsantworten waren geprägt von unterschiedlichen Meinungen zur Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden sowie von finanziellen Aspekten.

Die Kernpunkte der Stellungnahmen und Antworten im Fragenkatalog werden nachstehend

summarisch aufgelistet:

a) Zuständigkeit bei der Förderung einzelner Grundversorger (Art. 18c Abs. 1)

Die Gemeinden und Parteien sind grossmehrheitlich der Meinung, dass nicht nur kollektive und flächendeckende Massnahmen Aufgaben des Kantons sind, sondern auch die Förderung einzelner Grundversorger (Planung, Steuerung und Koordination). Dabei wird insbesondere auf die regionale Bedeutung bzw. regionale Versorgung von Arztpraxen sowie auf das bei den Gemeinden fehlende Fachwissen und die nicht vorhandenen Ressourcen verwiesen.

Vereinzelt schlagen die Gemeinden eine gemeinsame Zuständigkeit und allenfalls eine gemeinsame Finanzierung durch Kanton und Gemeinden vor, bei der aber der Kanton den "Lead" übernehmen soll. Die meisten Gemeinden sind der Meinung, dass der Kanton einen höheren finanziellen Beitragsanteil (statt "paritätisch" 50 Prozent) leisten muss. Zahlreiche Gemeinden können sich auch vorstellen, den Kanton mit einem finanziellen Gemeindebeitrag zu unterstützen (anstatt der Kanton die Gemeinden gemäss Art. 18c Abs. 3).

b) Beitrag des Kantons an die Gemeinden (Art. 18c Abs. 3)

Die Gemeinden sind einhellig der Meinung, dass der Kantonsbeitrag zwingend zu leisten ist, wenn die Gemeinden einen medizinischen Grundversorger unterstützen. Die vorgeschlagene "kann"-Formulierung wird daher abgelehnt. Auch soll die Höhe des Kantonsbeitrags paritätisch oder "mindestens" paritätisch sein (anstatt "maximal" paritätisch).

c) Ausgabenbefugnis (Art. 18g)

Viele Vernehmlassungsteilnehmende erachten die vorgeschlagenen Ausgabenbefugnisse des Regierungsrats pro Vorhaben (250'000 Franken für Anschub- und Teilfinanzierung sowie 2'000'000 Franken für Darlehen) als zu hoch.

d) Fokus auch auf andere medizinische Grundversorger (insbesondere Pflegepersonal)

In einigen Stellungnahmen wird erwähnt, dass die Vorlage (zu) stark auf die ärztliche Grundversorgung fokussiert ist. Mittelfristig zeichne sich insbesondere auch beim Pflegepersonal ein eigentlicher "Pflegetotstand" ab. Damit würden auch in diesem

Gesundheitsbereich zunehmend Massnahmen der öffentlichen Hand notwendig.

e) Nicht-rückzahlbare Anschub- und Teilfinanzierungen (Art. 18e Abs. 1)

In vielen Stellungnahmen wird darauf hingewiesen, dass bei nicht-rückzahlbaren Beiträgen (Anschub-, Teil- oder Mitfinanzierungen) Zurückhaltung geboten werden soll. Insbesondere bei nicht-rückzahlbaren Beiträgen an ärztliche Grundversorgerinnen und Grundversorger mit vergleichsweise hohen Einkommen seien Beiträge der öffentlichen Hand kritisch zu prüfen.

f) Notfalldienst und Bedeutung des Kantonsspitals Uri

Vielfach wird angeregt, den hausärztlichen Notfalldienst und die Notfallversorgung durch das Kantonsspital Uri mittelfristig zusammenzuführen. Es gehe darum, Kooperationen und integrierte Lösungen zu finden. Mit der vorliegenden Teilrevision des Gesundheitsgesetzes ergebe sich die Möglichkeit, die bestehende Problematik der Notfallversorgung im Kanton Uri zu klären und neu zu regeln. Zudem wird verlangt, dass die Rolle des Kantonsspitals generell deutlicher abgebildet wird. Es bestehe Koordinationsbedarf. Die Berücksichtigung der Spitalleistungen solle deshalb auch in den Gesetzestext Eingang finden.

4.2 Berücksichtigte Anliegen

Aus den Vernehmlassungsantworten haben sich mehrere Punkte ergeben, die eine Anpassung der Vorlage als sachlich begründet und gerechtfertigt erscheinen lassen. Nebst den nachfolgenden Änderungen wurden aber auch zahlreiche Ergänzungen und Hinweise in den Bericht aufgenommen, ohne dass jedoch eine Anpassung der Gesetzesvorlage erfolgt.

a) Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden gemäss Artikel 5 des kantonalen Gesundheitsgesetzes

Zu Recht wurde in einigen Vernehmlassungsantworten darauf hingewiesen, dass die gemeinsame Zuständigkeit von Kanton und Gemeinden für die Förderung einzelner Grundversorgungsangebote als Widerspruch zum geltenden Artikel 5 des kantonalen Gesundheitsgesetzes verstanden werden kann. Denn effektiv weist Artikel 5 Buchstabe a GG die Sicherstellung der medizinischen Versorgung im Gegensatz zu Artikel 45 Absatz 1 der Kantonsverfassung einseitig dem Kanton zu. In Einklang mit Artikel 45 Kantonsverfassung sowie der vorliegenden Gesetzeskonzeption im Bereich der

Förderaufgabe werden die Artikel 5 und 7 GG angepasst.

b) Bedeutung des Kantonsspitals Uri und Koordination mit dessen Aufgaben (Art. 18a Abs. 4)

Das Kantonsspital Uri nimmt seit Jahrzehnten eine wichtige Aufgabe auf dem Gebiet der Grundversorgung wahr. Auch es kämpft teilweise mit denselben oder ähnlichen Problemen wie die Zielgruppe dieser Vorlage. Der Regierungsrat geht mit den Vernehmlassungsteilnehmenden darin einig, dass die Förderung von Leistungsangeboten in der Grundversorgung nicht zu parallelen oder konkurrierenden (Über-)Angeboten führen darf. Zudem sollten innovative Projekte aus ökonomischen Gründen praxisübergreifend und je nach Projekt gemeinsam mit dem Spital angegangen werden. Denkbar wäre eine Reorganisation des ärztlichen Notfalldiensts unter Einbezug des Spitals. Denn immerhin betreibt das Spital bereits heute eine 24-Stunden-Notfallstation mit entsprechenden Infrastruktur- und Personalressourcen.

Die vorliegende Teilrevision des Gesundheitsgesetzes soll die Prüfung sinnvoller Zusammenarbeitsvarianten mit dem Spital ermöglichen und zugleich verhindern, dass die Förderung zu gesundheitsökonomisch unerwünschten Doppelspurigkeiten in der Versorgung führt. Artikel 18a wird deshalb entsprechend um eine Grundsatzbestimmung ergänzt. Danach ist bei der Förderung der medizinischen Grundversorgung auf die Aufgabe und den Leistungsauftrag des Kantonsspitals Uri Rücksicht zu nehmen.

c) Bedingungen, Auflagen und Kriterien (Art. 18f)

Vielfach wiesen die Vernehmlassungsteilnehmenden darauf hin, dass Beiträge der öffentlichen Hand zur Förderung der medizinischen Grundversorgerinnen und Grundversorger stets zu befristen seien. Dies ist aus staatspolitischen Gründen und zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen gerechtfertigt. Deshalb wurde in Artikel 18f Absatz 2 der Vorlage der Begriff "in der Regel" gestrichen.

Im Übrigen berücksichtigt die Vorlage auch Hinweise und Vorschläge, soweit diese der Präzisierung dienlich sind und zweckmässig erscheinen.

4.3 Nicht berücksichtigte Anliegen

a) Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden für die Förderung einzelner Grundversorger (Art. 18c)

Dem Anliegen der Gemeinden, dass der Kanton alleine oder allenfalls mit finanzieller Unterstützung der Gemeinden für die Förderung einzelner Grundversorgerinnen und Grundversorger zuständig sein soll, kann nicht nachgekommen werden. Zusammen mit der Förderung innovativer Vorhaben und der Schaffung kollektiver Anreizsysteme würde die Förderung der medizinischen Grundversorgung damit zu einer reinen Kantonsaufgabe. Das wiederum würde gegen Artikel 45 der Kantonsverfassung verstossen. Denn diese Verfassungsbestimmung erklärt die Förderung der Volksgesundheit und Krankenpflege wie auch die Schaffung von Voraussetzungen für die medizinische Versorgung der Bevölkerung zur gemeinsamen Aufgabe von Kanton und Gemeinden.

Zwar könnte sich der Regierungsrat grundsätzlich eine andere neue Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden im Gesundheitswesen vorstellen. Diese müsste aber - wie in den andern Kantonen - entlang der Qualifikation als Pflege- oder Akutmedizin-Leistungen verlaufen. Danach hätte der Kanton die Versorgung der Bevölkerung in den Bereichen Akutmedizin und Rehabilitation sicherzustellen, wogegen die Gemeinden für ihre Wohnbevölkerung die Versorgung in der stationären Langzeitpflege und in der spitalexternen Gesundheits- und Krankenpflege sicherzustellen hätten. Die Kosten bzw. Kostenanteile wären entsprechend zu übernehmen. Eine solche Neuordnung der Aufgaben wäre aus finanzieller Sicht sicher zum Nachteil für die meisten Gemeinden, da der Kanton in den Bereichen Spitex und stationäre Langzeitpflege enorme Kosten trägt. Eine allfällige grundsätzliche Neuordnung der Aufgaben steht vorliegend nicht im Vordergrund und ist denn auch nur als Randbemerkung gedacht, um die Forderungen der Gemeinden besser in einen gesundheitspolitischen Gesamtrahmen einordnen zu können.

Unbesehen davon ist dem Begehren der Gemeinden entgegenzuhalten, dass Artikel 18c die Förderung einzelner Grundversorgungsanbieter gerade nicht zur alleinigen Gemeindeaufgabe erklärt, sondern in diesen Fällen nur die Entscheidkompetenz den Gemeinden überlässt. Die Aufgabe selbst bleibt in finanzieller Hinsicht nach wie vor eine Verbundsaufgabe von Kanton und Gemeinden, indem der Kanton ebenfalls einen (paritätischen) Beitrag leisten kann. Die Konzeption mit Entscheidkompetenz der Gemeinden hat ordnungspolitische und rechtliche Vorteile. Jede Gemeinde kann derart auf ihre konkreten Verhältnisse und Bedürfnisse abstellen. Sie kann im Rahmen von Artikel 18c selbstständig und autonom darüber befinden, ob sie einem Grundversorgungsanbieter einen Beitrag gewährt, ohne einen Anspruch auf materielle Gleichbehandlung einzelner Grundversorgungsanbieter über die Gemeindegrenzen

hinaus zu befürchten.

b) Beitrag des Kantons an die Gemeinden (Art. 18c Abs. 3)

Nicht aufgenommen in die Vorlage wird das Anliegen der Gemeinden, die "kann"-Formulierung beim paritätischen Kantonsbeitrag an die Gemeinden gemäss Artikel 18c Absatz 3 zu streichen. Auch wenn es sich bei der Förderung einzelner Grundversorgungsangebote um eine Verbundsaufgabe handelt, so liegt die Entscheidungshoheit doch klar bei den Gemeinden. Die "kann"-Formulierung gibt dem Kanton die nötige Flexibilität. Zudem ist das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz zu beachten. Es würde gegen das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz verstossen, wenn der Kanton aufgrund des Entscheids einer Gemeinde zwingend einen paritätischen Beitrag von 50 Prozent leisten müsste. Wenn Kosten-, Nutzen- und Entscheidungsträger nicht übereinstimmen, stellen sich erfahrungsgemäss unerwünschte externe Effekte (wie zu grosszügige Förderleistungen) ein. Entsprechend kann auch das Anliegen der Gemeinden nicht berücksichtigt werden, auf den einschränkenden Begriff "maximal" beim paritätischen Beitrag des Kantons zu verzichten. Wollte man effektiv eine verpflichtende Formulierung für den Kantonsbeitrag vorsehen, so müsste der Beitragssatz des Kantons im Lichte des Prinzips der fiskalischen Äquivalenz deutlich tiefer angesetzt werden (z. B. bei 30 oder 40 Prozent).

c) Ausgabenbefugnis (Art. 18g)

Der Regierungsrat hat in der Vernehmlassungsvorlage Ausgabenbefugnisse für den Landrat und Regierungsrat vorgeschlagen, die sachlich begründet und praktikabel sind. Denn die Ziele der Gesetzesvorlage können nur erreicht werden, wenn die Förder- und Unterstützungsbeiträge der öffentlichen Hand rasch und flexibel ausgerichtet werden. Wenn also die Prüfung eines Vorhabens ergibt, dass einerseits ein finanzieller Beitrag sinnvoll ist und andererseits die Rahmenbedingungen hierfür (Bedingungen, Auflagen usw.) festgelegt sind, so muss die rechtsgültige Zusicherung und Auszahlung der Beiträge so rasch wie möglich erfolgen können. Dies bedingt aber, dass der Landrat und Regierungsrat über die entsprechenden Ausgabenbefugnisse verfügen. Andernfalls muss in Kauf genommen werden, dass ein Vorhaben nicht oder nicht im Kanton Uri realisiert wird. Deshalb, und weil der Regierungsrat die vorgeschlagenen Ausgabenbefugnisse als sachlich und politisch gerechtfertigt erachtet, erfährt die Vorlage in diesem Punkt keine Änderung.

II. Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen

Für die Förderung der medizinischen Grundversorgung werden einerseits Artikel 5 und 7 im Sinne der konsequenten Umsetzung von Artikel 45 Kantonsverfassung angepasst sowie unter der Ziffer 3a ein neues Kapitel in das Gesundheitsgesetz eingefügt.

Artikel 5 Buchstabe a

Nach Artikel 5 Buchstabe a GG hat der Kanton dafür zu sorgen, dass die medizinische Versorgung der Bevölkerung des Kantons Uri sichergestellt wird. Zu Recht wurde im Rahmen der Vernehmlassung darauf hingewiesen, dass diese Aufgabenzuweisung in Widerspruch zu Artikel 45 Absatz 1 der Kantonsverfassung steht. Die Verfassung bezeichnet nämlich die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung als Verbundsaufgabe von Kanton und Gemeinden. Die Förderung der medizinischen Grundversorgung baut auf dieser gemeinsamen Aufgabe von Kanton und Gemeinden auf. Artikel 5 ist entsprechend anzupassen. Gewisse Aufgaben in der Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung sollen schwerpunktmässig weiterhin alleine dem Kanton zufallen. Zur Abgrenzung dient der Wirkungskreis einer Versorgungsleistung. Für die Sicherstellung von medizinischen Versorgungsleistungen von kantonaler Bedeutung hat der Kanton zu sorgen (Art. 5 Bst. a). Dies entspricht auch der heutigen Praxis. Bereits heute bestehen einige Leistungsvereinbarungen im Gesundheitswesen, die der Kanton, gestützt auf Artikel 5 Buchstabe a, in Verbindung mit Artikel 9 GG abgeschlossen hat. Diese Kompetenz zum Abschluss einschliesslich der Ausgabenkompetenz nach Artikel 9 GG erfasst allerdings den Einkauf bzw. die Bestellung von konkreten medizinischen Leistungen mit kantonalem Wirkungskreis wie z. B. den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sozialpsychiatrie usw. Nicht erfasst von der kantonalen Ausgabenkompetenz werden somit Leistungsbereiche, die einzig kommunale oder regionale Bedeutung haben.

Artikel 7 Absatz 1

Nach geltendem Artikel 7 Absatz 1 GG erhalten und fördern der Kanton und die Gemeinden gemeinsam die Gesundheit der Bevölkerung. Sie ergreifen Massnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen. In Einklang mit der Kantonsverfassung (Art. 45 Kantonsverfassung) und der Konzeption der Förderung der medizinischen Grundversorgung (Art. 18a ff. GG) wird die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung für die Bevölkerung in Artikel 7 neu ausdrücklich zur gemeinsamen Aufgabe von Kanton und Gemeinden im Gesundheitswesen erklärt. Kanton und Gemeinden haben (im Rahmen ihrer Zuständigkeiten) für eine ausreichende medizinische Grundversorgung zu sorgen.

Artikel 18a Ziele und Grundsätze

Die Bestimmung hält die Ziele und Grundsätze fest. Nach Absatz 1 sollen der Kanton und die Gemeinden sich im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine flächendeckende, bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Grundversorgung einsetzen. Unter medizinischer Grundversorgung wird die ambulante Versorgung der Bevölkerung durch ärztliche Grundversorgerinnen und Grundversorger sowie weitere Gesundheitsfachpersonen bzw. Institutionen verstanden. Zu den ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorgern gehören Ärztinnen und Ärzte mit Praxistätigkeit und Weiterbildungstitel Allgemeinmedizin, Innere Medizin und neu Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Frauenheilkunde sowie praktische Ärztin/praktischer Arzt als einzige Weiterbildungstitel. Unter die weiteren Gesundheitsberufe fallen die Angehörigen der nach den Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes bewilligungspflichtigen Berufe sowie Assistenzberufe wie medizinische Praxisassistentinnen und -assistenten.

Nach Absatz 2 ergreifen der Kanton und die Gemeinden Massnahmen, um die medizinische Grundversorgung zu stärken, um strukturellen Versorgungsproblemen zu begegnen und um attraktive Rahmenbedingungen zu schaffen. Die Rahmenbedingungen sind insbesondere für die zukünftige Grundversorgungsgeneration möglichst so zu gestalten, dass der Nachwuchs Uri als attraktives Betätigungsfeld wahrnimmt. Das gilt insbesondere mit Blick auf die von der Nachfolgeneration bevorzugte Teilzeittätigkeit und den von ihr vielfach als unattraktiv erachteten Notfalldienst mit Abend- und Nachteinsätzen respektive Wochenendarbeit. Will Uri die künftigen Strukturen für den Nachwuchs möglichst attraktiv gestalten, ist er gut beraten, Massnahmen zur Reduktion der zeitlichen Belastung der ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger in die Wege zu leiten.

Die Förderung von Kanton und Gemeinden zielt auf diejenigen medizinischen Grundversorgungsangebote, die ohne Unterstützung nicht oder nicht ausreichend bereitgestellt werden können. Zudem ist bei der Förderung der medizinischen Grundversorgung auf die Aufgabe und den Leistungsauftrag des Kantonsspitals Uri Rücksicht zu nehmen. Die Absätze 3 und 4 verankern damit das Subsidiaritätsprinzip. Damit ist auch klar, dass bestehende Anbieter bzw. Betriebe nicht konkurrenziert werden sollen. Wettbewerbsverzerrungen sind möglichst zu vermeiden. Dem Verweis auf die Aufgabe und den Leistungsauftrag des Kantonsspitals in Absatz 4 kommt auch koordinierende Funktion zu. Wo möglich und sinnvoll sollen (innovative) Projekte gemeinsam bzw. in enger Abstimmung mit dem Spital angegangen werden.

Zudem besteht kein Rechtsanspruch auf Förderungsmassnahmen, wie Absatz 5 ausdrücklich klarstellt.

Artikel 18b Massnahmen a) Förderung innovativer Vorhaben

Wie die Erfahrung der letzten Jahre zeigt, reicht eine rein auf Marktmechanismen ausgerichtete Gesundheitspolitik nicht aus, um die notwendige medizinische Grundversorgung flächendeckend gewährleisten zu können oder um den Rückgang an Versorgungsangeboten in gewissen Regionen aufzufangen.

Unternehmerisches Denken und Handeln, Innovationsfähigkeit, die Ausschöpfung bestehender Potenziale und der Aufbau sowie die Optimierung und Verbesserung von Versorgungssystemen sind elementare Bestimmungsfaktoren für die künftige Sicherstellung der flächendeckenden medizinischen Grundversorgung und damit für Uri als attraktiven Wirtschafts- und Wohnkanton. Aus diesen Gründen legt Artikel 18b das Förderschwergewicht auf Initiativen, Programme oder Projekte, die Versorgungsvoraussetzungen verbessern. Die Bestimmung stellt klar, dass es sich bei dieser Förderaufgabe um eine kantonale Aufgabe handelt.

Als innovative Vorhaben werden ganz allgemein neue oder zukunftsgerichtete Formen der Organisations-, Arbeits- und Betriebsmodelle in der medizinischen Grundversorgung verstanden. Je nachdem werden dabei neue Formen der Leistungserbringung oder Betriebsstrukturen in den Fokus gerückt. Für derartige Projekte, Modellversuche oder Modelle kann der Kanton Beiträge gewähren. Angesichts der bestehenden Problematik handelt es sich bei der Förderung auch um "weiche" Versorgungsfaktoren, wie z. B. "Arbeitsmodelle" oder "Kooperationen" und "Netzwerke" (z. B. integrierte und interdisziplinäre Versorgungsmodelle). Damit können insbesondere auch betriebsübergreifende Innovationsvorhaben unterstützt werden. Gerade auch im Bereich e-health bietet der Kanton Uri ideale Voraussetzungen (Überschaubarkeit der Versorgungsregion), um innovative und zukunftsgerichtete IT-Lösungen zu realisieren (z. B. für die elektronische Vernetzung unter den Urner Leistungsanbietern). Mit solchen Projekten könnte Uri eine Vorreiterrolle in der Schweiz übernehmen und damit auch attraktiv für die Ansiedlung neuer medizinischer Grundversorgerinnen und Grundversorger werden.

Die Unterstützung schliesst ebenfalls Vorhaben überbetrieblicher Zusammenarbeit in der Notfallversorgung mit ein. Dabei soll prioritär die Zusammenarbeit und Kooperation zwischen der Urner Ärzteschaft und dem Kantonsspital Uri verfolgt werden. Im Vordergrund steht in der Regel eine zeitlich beschränkte Anschub- und Teilfinanzierung (vgl. Art. 18e).

Der Klarheit halber sei hier vermerkt, dass familienkompatible Arbeits- und Rahmenbedingungen sowohl in der Weiterbildung als auch in der Praxistätigkeit ebenfalls unter den Begriff von förderungswürdigen innovativen Vorhaben fallen. Sie könnten dazu beitragen, dass sich beispielsweise junge Ärztinnen und Ärzte trotz der familiären Verpflichtungen zunehmend für eine hausärztliche Tätigkeit entscheiden. Bei entsprechenden Arbeitsbedingungen könnten Ärztinnen oder Ärzte mit Kindern nach einer Familienpause vermehrt wieder in den Beruf zurückkehren. Möglicherweise gibt es einige Ärztinnen oder Ärzte, die eine attraktive und geeignete Gelegenheit zu einem Wiedereinstieg nutzen würden. Dieses Potenzial, das selbstverständlich auch für Pflegefachpersonen gilt, könnte allenfalls genutzt werden, um Lücken in der medizinischen Grundversorgung zu vermeiden oder zu schliessen. Auch in Anbetracht der hohen Ausbildungskosten für ein Studium der Humanmedizin ist ein beruflicher Wiedereinstieg von Ärztinnen und Ärzten unbedingt anzustreben. Die durch die Familienarbeit erworbenen Kompetenzen würden sich zudem positiv auf die hausärztliche Tätigkeit auswirken.

Absatz 3 gibt vor, welche Vorhaben in erster Linie gefördert werden sollen. Allen Vorhaben ist gemeinsam, dass sie Wirkung auf Angebote der medizinischen Grundversorgung haben müssen, an denen ein Mangel besteht. Das ergibt sich aus der Zielsetzung gemäss Artikel 18a. Das Gesetz nennt ausdrücklich überbetriebliche und interdisziplinäre Kooperations- und Gemeinschaftsprojekte; Konzepte und Lösungsansätze mit Wirkung für medizinische Grundversorgungsleistungen, die im Kantonsgebiet nicht ausreichend angeboten werden; Modelle der integrierten Versorgung sowie von Netzwerken, aber auch Konzepte zur Verbesserung der Notfallversorgung. Die Bestimmung stellt sicher, dass Vorhaben gefördert werden, deren Nutzen zum grössten Teil Angeboten und Regionen anfällt, die mehrheitlich spezifische Versorgungsprobleme aufweisen. Dank dem wirkungsorientierten Ansatz kommen für eine Förderung nicht nur Initiativen, Programme und Projekte von Trägerschaften der betroffenen Gebiete in Frage, sondern auch solche von Trägerschaften ausserhalb des Gebiets (z. B. von Akteuren aus "Zentren", zusammen mit ihren Partnern).

Artikel 18c b) Förderung einzelner Grundversorgungsanbieter

Die Förderung einzelner Grundversorgungsanbieter ist zwar eine Verbundaufgabe von Kanton und Gemeinden. Der Entscheid, einen Grundversorgungsanbieter zu fördern und in welcher Weise, soll aber in erster Linie Sache der Standortgemeinde sein. Die Gemeinden sind in diesem Sinne auch die direkten Ansprechpartner für die Grundversorger. Sie fördern ansässige oder sich auf ihrem Gebiet neu niederlassende medizinische Grundversorgungsanbieter (Abs. 1). Die Gemeinden können unter den in Artikel 18c

umschriebenen Voraussetzungen den Grundversorgungsanbietern Beiträge gewähren. Die Bestimmung dient ihnen somit als Rechtsgrundlage, wenn auch für den Ausgabebeschluss die gemeindlichen Finanzkompetenzen zu beachten sind. Mit dieser Konstruktion belässt das Gesetz den einzelnen Gemeinden Raum für Unterscheidungen, die sich aufgrund der konkreten Verhältnisse und Bedürfnisse aufdrängen. Zudem verletzt eine unterschiedliche Behandlung von Versorgungsanbietern in den verschiedenen Gemeinden das Rechtsgleichheitsgebot in der Regel nicht. Denn ein Anspruch auf materielle Gleichbehandlung einzelner Grundversorgungsanbieter über die Gemeindegrenzen hinaus besteht grundsätzlich nicht. Dies ist eine Konsequenz der Eigenständigkeit und Autonomie der Gemeinden in diesem Bereich, auch wenn der Kanton sich bei der Förderung durch die Gemeinden finanziell gleichwertig beteiligt (vgl. dazu unten).

Wie erwähnt ist es den Gemeinden (einzeln oder gemeinsam) freigestellt, ob und mit welchem Beitrag sie einen einzelnen oder mehrere Grundversorgungsanbieter unterstützen wollen. Damit können die Gemeinden ihren Handlungsspielraum optimal nutzen. Es wird ermöglicht, dass die Gemeinden auf ihre spezifischen Bedürfnisse zugeschnittene Lösungen erarbeiten und sicherstellen können. Ein Anspruch besteht jedenfalls nicht. Absatz 2 sieht vor, dass sich der Kanton unter gewissen Voraussetzungen ebenfalls finanziell beteiligen kann. Konkret soll der Kanton die Standortgemeinden unterstützen können, indem er maximal einen paritätischen Beitrag leistet, wenn mit dem Angebot die Versorgung einer Region verbessert wird oder dem Versorgungsangebot aus kantonaler Sicht strategische Bedeutung zukommt. Die Unterstützungstätigkeit des Kantons ist als "kann"-Vorschrift formuliert. Eine Mehrheit von Vernehmlassungsteilnehmenden sprach sich dafür aus, dass der Kanton den paritätischen Beitrag leisten müsse, sofern die Voraussetzungen dazu erfüllt sind. Dem ist entgegenzuhalten, dass es im Sinn der fiskalischen Äquivalenz die Notwendigkeit von Intervention und Kosten zu beachten gilt. Angesichts der Steuermöglichkeiten der Gemeinden wäre es verfehlt, wenn der Kanton sich an den Leistungen der Gemeinden zwingend mit demselben Beitrag finanziell zu beteiligen hätte. Unerwünschte externe Effekte wären die Folge. Sollte der Kanton einen fixen Beitrag leisten müssen, so müsste der Kantonsbeitrag deutlich unter 50 Prozent ausfallen.

Ob die gesetzlichen Leistungsvoraussetzungen im Einzelnen erfüllt sind, darüber hat der Kanton selbstständig zu befinden. Mit den an den paritätischen Beitrag des Kantons geknüpften Bedingungen wird verhindert, dass der Kanton Finanzhilfen an gemeindliche Förderungen leisten muss, die einzig dazu dienen, überholte Strukturen zu erhalten. Kantonsseitig sollen nur Projekte unterstützt werden, die direkt zu einer Angebotssteigerung und dadurch zu einer nachhaltigen Verbesserung der Nachfragedeckung selbst führen oder einen echten Beitrag zur nachhaltigen Sicherung oder Verbesserung der regionalen Versorgung leisten. Während Kantonsbeiträge zur Finanzierung von Immobilien nicht

vorgesehen sind, soll der Kanton hingegen einen paritätischen Beitrag leisten, wenn die Standortgemeinde beispielsweise eine Vergünstigung für Praxisräumlichkeiten (Mietzinsreduktion) gewährt. Dazu wird auch auf die nachfolgenden Erläuterungen zu den Artikeln 18e und 18f verwiesen.

Artikel 18d c) Kollektive Anreizsysteme

Der Landrat kann durch Verordnung kollektive Anreizsysteme für Grundversorgende schaffen, um den Zugang der Bevölkerung zu versorgungspolitisch sinnvollen medizinischen Leistungen sicherzustellen. Die finanzielle Situation der ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger ist in erster Linie mit einer wirkungsvollen Gestaltung der Tarife bzw. des TARMED zu verbessern. Dies liegt im Zuständigkeitsbereich der Tarifpartner bzw. des Bunds. Es ist denkbar, dass in ländlichen Regionen allenfalls höhere Behandlungspreise als in den städtischen Agglomerationen gerechtfertigt sind. Die im Vergleich zu gewissen Spezialärzten relativ tiefe Leistungsabgeltung von Hausärztinnen und Hausärzten ist nebst anderem für zahlreiche junge Ärztinnen und Ärzte ein Grund für die geringere Attraktivität der Grundversorgertätigkeit. Dem Einkommen der Grundversorgerinnen und Grundversorger stehen nach Angaben der FMH ein wöchentliches Arbeitspensum von 70 bis 80 Stunden sowie regelmässige Notfalldienste gegenüber. Einen konkreten Beitrag zur Sicherstellung der Grund- und Notfallversorgung könnte entsprechend allenfalls auch ein leicht höherer Taxpunktwert sein, der aber nicht zulasten der sozialen Krankenversicherung gehen dürfte.¹⁰ Auch im Kantonsspital Uri arbeiten die Spitalärztinnen und Spitalärzte mit einem sehr hohen Pensum und leisten überdurchschnittlich häufig Notfalldienst. Bei der künftigen Ausgestaltung der ärztlichen Notfallversorgung sind primär Kooperationsmodelle zwischen der Urner Ärzteschaft und dem Kantonsspital Uri zu prüfen, bevor der hausärztliche Notfalldienst durch den Kanton finanziell unterstützt wird (Nutzung von Synergien und Vermeidung einer "Doppelversorgung").

Artikel 18e Beitragsart und Beitragshöhe

Die Bestimmung nennt eine grosse Palette von möglichen Beitragsarten, das heisst Förderinstrumenten. Konkret können die finanziellen Beiträge als Anschub- und Teilfinanzierung (nicht rückzahlbar), Darlehen, Zinsvergünstigungen, Bürgschaften, Vermittlung und Überlassung von Betriebsstätten zu Vorzugsbedingungen oder andere geldwerte Leistungen geleistet werden. Ziel ist es, dass die Rahmenbedingungen bzw. die Voraussetzungen, und insbesondere auch die sogenannten weichen Faktoren, für die Grundversorger verbessert werden. Anschub- und Teilfinanzierungsbeiträge sind ein ideales

¹⁰ Eine Erhöhung des Taxpunktwertes aus regionalpolitischen Gründen zu Lasten der Versicherer widerspräche dem im Krankenversicherungsgesetz (KVG) verankerten Wirtschaftlichkeitsgebot.

Mittel für Projekte, damit neue und zeitgemässe Versorgungsstrukturen aufgebaut werden können. Nicht rückzahlbare An-schub-, Teil- oder Mitfinanzierungen sollen zurückhaltend angewendet werden bzw. nur, wenn alle anderen (rückzahlbaren) Möglichkeiten ausgeschöpft sind oder aufgrund der projektspezifischen Rahmenbedingungen nicht angewendet werden können. Eine Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden teilt die Auffassung, dass bei der Ausrichtung von à fonds perdu-Beiträgen Zurückhaltung geboten ist. Darlehen, Zinsvergünstigungen und Bürgschaften sind ein geeignetes Instrument zur Förderung von Infrastruktureinrichtungen. Neben der Finanzierung von Projekten besteht auch die Möglichkeit, dass die Basisinfrastruktur durch Vermittlung oder Überlassung von Betriebsstätten zu Vorzugsbedingungen gefördert wird (z. B. Gesundheitszentrum), wobei die Finanzierung von Privateigentum, das heisst von Infrastrukturen und Immobilien, nicht darunter fällt. Die Höhe der finanziellen Beiträge und deren Art richtet sich nach der Bedeutung des Vorhabens für die Versorgung, wie Absatz 2 klarstellt. Als weitere Anhaltspunkte für die Höhe des Beitrags können und sollen Kanton und Gemeinden freilich bei der Festsetzung der Beitragshöhe auch ihre eigene finanzielle Lage und ihre Entwicklungsmöglichkeiten und -ziele als sachliche Kriterien beachten.

Artikel 18f Bedingungen, Auflagen und Kriterien

Unterstützt werden nur Vorhaben, die erfolgversprechend und den Zielen dieses Kapitels förderlich sind (Abs. 1).

Die Vernehmlassungsvorlage sah vor, die finanziellen Beiträge "in der Regel" zu befristen. Die Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden will die zeitliche Befristung nicht bloss als Grundregel, sondern als zwingende Vorgabe verbrieft wissen. Diesem Begehren wird Folge geleistet. Bei den durch die öffentliche Hand (mit)finanzierten Massnahmen und Projekten soll es sich zwingend um zeitlich befristete Unterstützungen und Interventionen handeln. Die Interventionen des Staats sollen nur so lange wie notwendig dauern. Um Wettbewerbsverzerrungen Einhalt zu gebieten, wird zusätzlich ein Höchststrahmen für die Dauer der Beitragsleistung in Absatz 2 festgelegt. Beiträge sind auf höchstens fünf Jahre zu befristen. Nach Ablauf dieser Frist kann (einmalig) eine Verlängerung der Beiträge um maximal weitere fünf Jahre vorgesehen werden, sofern sachliche Gründe bestehen.

Zudem müssen die Beiträge mit Bedingungen und Auflagen verbunden oder mit einer Vereinbarung gekoppelt werden (Abs. 3). Je nachdem wird der Beitrag durch einen hoheitlichen Akt verfügt bzw. verordnet (z. B. bei kollektiven Anreizen, die der Landrat zugunsten einer Versorgergruppe beschliesst) oder eben vertraglich mit einem Anbieter vereinbart. Hier wie dort können die Beiträge namentlich von Eigenleistungen oder von

Beiträgen Dritter abhängig gemacht werden.

Artikel 18g Ausgabenbefugnis

Die Bestimmung sieht verschiedene Abweichungen von den ordentlichen Finanzkompetenzen zugunsten des Regierungsrats bzw. des Landrats vor. Anders liesse sich nicht oder kaum sicherstellen, dass der Kanton zielkonform und zeitgerecht auf die konkreten Herausforderungen im Einzelnen eingehen kann. Beiträge bis zu einer Höhe von 250'000 Franken (Anschub- und Teilfinanzierung) oder 2'000'000 Franken (Darlehen) pro Vorhaben, die der Kanton zur Förderung innovativer Vorhaben leistet (Abs. 1), sollen entsprechend der Regierungsrat beschliessen. Höhere Beiträge fallen in den Kompetenzbereich des Landrats. Finanzielle Leistungen, die der Kanton als paritätische Beiträge zur Förderung einzelner Anbieter durch die Standortgemeinden ausrichtet (Abs. 2), gelten zudem als gebundene Ausgaben, die der Regierungsrat beschliesst. Zusätzliche Entscheidungsinstanzen würden die Abläufe enorm verkomplizieren und sie unübersichtlicher machen. Zudem würden Finanzierungssicherheit und Planungssicherheit erheblich eingeschränkt, was die Realisierung von einzelnen Projekten letztlich gefährden oder in Einzelfällen gar verunmöglichen könnte. Die vorgesehene Kompetenzaufteilung stellt sicher, dass sich die Förderung der medizinischen Grundversorgung als vordringliche und zentrale Zielsetzung dieser Gesetzesrevision überhaupt erfolgreich und zeitgerecht umgesetzt werden kann. Denn bereits unter der bestehenden Rechtsordnung wäre es rein theoretisch denkbar gewesen, dass Kanton und Gemeinden die medizinische Grundversorgung im Rahmen der ordentlichen Finanzkompetenzen fördern, was aber angesichts der komplizierten Meinungsbildungsprozesse bislang nie geschah. Der Regierungsrat erachtet eine Ausgabenregelung, die an den ordentlichen Finanzkompetenzen festhält, als nicht tauglich, um die Ziele der Gesetzesrevision zu erreichen.

Eine Ausnahme sieht Absatz 3 vor. Falls der Landrat kollektive Anreizsysteme für medizinische Grundversorger schafft, so richten sich die finanziellen Förderungsmassnahmen nach den ordentlichen Finanzkompetenzen der Kantonsverfassung. Hier gilt allerdings die Einschränkung, dass der Landrat Ausgaben für Beiträge an ungedeckte Kosten für medizinische Grundversorgungsleistungen abschliessend bewilligen kann, sofern die Tarife die Kosten einer wirtschaftlichen Leistungserbringung nicht decken und die ungedeckten Kosten nicht durch Gewinne aus Zusatzleistungen gedeckt werden. Denkbar sind etwa Beiträge an das hausärztliche Praxislabor, sofern dessen Kosten durch die geltenden Tarife nicht gedeckt werden.

III. Finanzielle, organisatorische und personelle Auswirkungen der Vorlage

1. Finanzielle Auswirkungen

Mit dem vorliegenden Erlass werden die erforderlichen Rechtsgrundlagen geschaffen, um den im neuen Bundesverfassungsartikel enthaltenen Auftrag erfüllen zu können und um das notwendige Personal finden und behalten zu können. Uri muss einen höheren Aufwand als andere Kantone und Regionen leisten, um die medizinische Grundversorgung auch weiterhin gewährleisten zu können. Kanton und Gemeinden müssen attraktive Rahmenbedingungen bieten und ein besonderes Engagement leisten. Dafür sind auch zusätzliche finanzielle Mittel notwendig.

Mit den Änderungen des Gesundheitsgesetzes sind allerdings keine unmittelbaren finanziellen Auswirkungen für Kanton und Gemeinden verbunden. Mittelbar wird hingegen die Förderung der medizinischen Grundversorgung finanzielle Auswirkungen für den Kanton und auch für die Gemeinden haben. Mit Artikel 18g erhält der Regierungsrat die Kompetenz, zum Teil in Abweichung von den verfassungsmässigen Ausgabenkompetenzen Beiträge für wohnortnahe oder innovative ambulante Angebote oder Versorgungsmodelle zu gewähren. So kann der Regierungsrat paritätische finanzielle Leistungen an Förderungen der Gemeinden beschliessen. Zudem kann er Beiträge zur Förderung innovativer Vorhaben bis zu einer Höhe von 250'000 Franken (Anschub- und Teilfinanzierung) oder 2'000'000 Franken (Darlehen) pro Vorhaben leisten und beschliessen. Höhere Beiträge fallen dagegen in den Kompetenzbereich des Landrats, und zwar ebenfalls abschliessend.

Die Ausgaben lassen sich heute noch nicht abschätzen, hängen sie doch im Wesentlichen davon ab, wie stark Kanton und Gemeinden gezwungen sind, aktiv in den Markt einzugreifen. Im Sinne des Subsidiaritätsprinzips werden Kanton und Gemeinden nur dann aktiv, wenn Marktmechanismen nicht oder ungenügend spielen und geeignete Massnahmen fehlen oder von entsprechenden Akteuren nicht oder nur ungenügend umgesetzt werden können.

Schliesslich ist bei all den Beiträgen auch zu bedenken, dass immer Versorgungsoptimierungen erreicht werden sollen und im Gegenzug gegebenenfalls auch Ausgabenoptimierungen an anderen Stellen zu erwarten sind. Zu berücksichtigen im Sinne einer Kosten-Nutzen-Betrachtung ist, dass mit einer funktionierenden ambulanten Versorgung auch Verlagerungen in den stationären Bereich verhindert werden können. Dank besseren ambulanten Betreuungen vor Ort können auch Rückfälle minimiert werden. Zudem kann auch verhindert werden, dass medizinische Leistungen vermehrt in Nachbarkantonen

nachgesucht werden, womit auch Wertschöpfung innerhalb des Kantons verloren geht und die innerkantonale Spitalversorgung geschwächt wird. Denn ausserkantonale Grundversorger überweisen ihre Patientinnen und Patienten erfahrungsgemäss eher in ausserkantonale Spitäler. Damit würden auch am Kantonsspital Uri weniger Fälle behandelt, und es würden weniger Erträge generiert, womit auch der Kantonsbeitrag steigt. Im Übrigen sind ambulante Behandlungen in der Regel nicht nur absolut günstiger, sondern sehen - anders als die stationäre Behandlung - auch keine zwingende Mitfinanzierung des Kantons vor.

2. Organisatorische und personelle Auswirkungen der Vorlage

In organisatorischer und personeller Hinsicht zeigt die Vorlage keine wesentlichen Auswirkungen, und zwar weder beim Kanton noch bei den Gemeinden.

IV. Antrag

Gestützt auf diesen Bericht beantragt der Regierungsrat dem Landrat, folgenden Beschluss zu fassen:

1. Die Änderung des Gesundheitsgesetzes, wie sie im Anhang enthalten ist, wird zuhanden der Volksabstimmung verabschiedet.
2. Die Motion Dr. Toni Moser, Bürglen, über eine Strategie zur Sicherung und Förderung der Hausarztmedizin, wird als materiell erledigt vom Geschäftsprotokoll abgeschrieben.

Anhang

- Änderung des Gesundheitsgesetzes

GESUNDHEITSGESETZ (GG)

(Änderung vom)

Das Volk des Kantons Uri beschliesst:

I.

Das Gesundheitsgesetz vom 1. Juni 2008¹ (GG) wird wie folgt geändert:

Artikel 5 Buchstabe a

Der Kanton hat:

- a) dafür zu sorgen, dass medizinische Versorgungsleistungen von kantonaler Bedeutung sichergestellt werden;

Artikel 7 Absatz 1

¹ Der Kanton und die Gemeinden erhalten und fördern gemeinsam die Gesundheit der Bevölkerung. Sie sorgen für eine ausreichende medizinische Grundversorgung und ergreifen Massnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen.

Neues Kapitel nach Artikel 18

3a. Kapitel: **FÖRDERUNG DER MEDIZINISCHEN GRUNDVERSORGUNG**

Artikel 18a Ziele und Grundsätze

¹ Der Kanton und die Gemeinden setzen sich im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine flächendeckende, bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Grundversorgung ein.

² Sie ergreifen Massnahmen, um die medizinische Grundversorgung zu stärken, um strukturellen Versorgungsproblemen zu begegnen und um attraktive Rahmenbedingungen für Anbieterinnen und Anbieter der medizinischen Grundversorgung zu schaffen.

³ Sie fördern diejenigen medizinischen Grundversorgungsangebote, die ohne

¹ RB 30.2111

Unterstützung nicht oder nicht ausreichend bereitgestellt werden können.

⁴ Bei der Förderung der medizinischen Grundversorgung ist auf die Aufgabe und den Leistungsauftrag des Kantonsspitals Uri Rücksicht zu nehmen.

⁵ Ein Rechtsanspruch auf Förderungsmassnahmen besteht nicht.

Artikel 18b Massnahmen

a) Förderung innovativer Vorhaben

¹ Der Kanton fördert die Entwicklung und Verbreitung von neuen und innovativen Versorgungs-, Organisations-, Arbeits- und Betriebsmodellen, die zur Verbesserung der medizinischen Grundversorgung beitragen.

² Für derartige Projekte, Modellversuche oder Modelle kann der Kanton Beiträge gewähren.

³ Gefördert werden in erster Linie:

- a) überbetriebliche und interdisziplinäre Kooperations- und Gemeinschaftsvorhaben;
- b) Vorhaben mit Wirkung für medizinische Grundversorgungsleistungen, die im Kantonsgebiet nicht ausreichend angeboten werden;
- c) Vorhaben von innovativen Arbeits-, Organisations- und Betriebsmodellen namentlich der integrierten Versorgung sowie von Netzwerken;
- d) Vorhaben zur Verbesserung der Notfallversorgung.

Artikel 18c b) Förderung einzelner Grundversorgungsangebote

¹ Die Gemeinden fördern ansässige oder sich neu niederlassende Anbieterinnen und Anbieter der medizinischen Grundversorgung.

² Sie können Anbieterinnen und Anbietern der Grundversorgung Beiträge gewähren, wenn:

- a) sie von gesundheitspolitischer und versorgungstechnischer Bedeutung sind für die Gemeinde;
- b) dadurch bestehende medizinische Grundversorgungsangebote erhalten oder neue geschaffen werden können;
- c) dem medizinischen Grundversorgungsangebot eine klare Nachfrage gegenüber steht;
- d) das medizinische Grundversorgungsangebot auf dem überregionalen Markt

- unterversorgt ist; und
- e) die gesundheitspolizeilichen Bestimmungen eingehalten werden.

³ Der Kanton kann die Standortgemeinden unterstützen, indem er maximal einen paritätischen Beitrag leistet, sofern:

- a) mit dem Angebot die medizinische Grundversorgung einer Region erhöht wird; oder
- b) dem Versorgungsangebot aus kantonaler Sicht strategische Bedeutung zukommt.

Artikel 18d c) Kollektive Anreizsysteme

Der Landrat kann durch Verordnung kollektive Anreizsysteme für medizinische Grundversorgerinnen und Grundversorger schaffen, um den Zugang der Bevölkerung zu gesundheitspolitisch und versorgungstechnisch sinnvollen medizinischen Leistungen sicherzustellen.

Artikel 18e Beitragsart und Beitragshöhe

¹ Beiträge können als Anschub- und Teilfinanzierung, Darlehen, Zinsvergünstigungen, Bürgschaften, Vermittlung oder Überlassung von Betriebsstätten zu Vorzugsbedingungen oder andere geldwerte Leistungen ausgerichtet werden.

² Die Höhe der Beiträge und deren Art richten sich nach der Bedeutung des Vorhabens für die Versorgung.

Artikel 18f Bedingungen, Auflagen und Kriterien

¹ Unterstützt werden nur Vorhaben, die erfolgversprechend und den Zielen dieses Kapitels förderlich sind.

² Beiträge sind auf höchstens fünf Jahre zu befristen. Die Frist kann um höchstens weitere fünf Jahre verlängert werden, wenn die Verlängerung sachlich begründet ist.

³ Beiträge müssen mit Bedingungen und Auflagen verbunden oder mit einer Vereinbarung gekoppelt werden. Namentlich können sie von Eigenleistungen oder von Beiträgen Dritter abhängig gemacht werden.

Artikel 18g Ausgabenbefugnis

¹ Beiträge, die der Kanton zur Förderung innovativer Vorhaben leistet, beschliesst der Regierungsrat bis zu einer Höhe von 250 000 Franken (Anschub- und Teilfinanzierung) oder 2 000 000 Franken (Darlehen) pro Vorhaben. Höhere Beiträge fallen abschliessend in den Kompetenzbereich des Landrats.

² Finanzielle Leistungen, die der Kanton als paritätische Beiträge zur Förderung einzelner Grundversorgungsangebote durch die Standortgemeinden ausrichtet, gelten als gebundene Ausgaben, die der Regierungsrat beschliesst.

³ Schafft der Landrat kollektive Anreizsysteme für Grundversorgerinnen und Grundversorger, so richten sich die finanziellen Fördermassnahmen nach den ordentlichen Finanzkompetenzen der Kantonsverfassung². Ausgaben für Beiträge an ungedeckte Kosten für Grundversorgungsleistungen kann er abschliessend bewilligen, sofern die Tarife die Kosten einer wirtschaftlichen Leistungserbringung nicht decken und die ungedeckten Kosten nicht durch Gewinne aus Zusatzleistungen gedeckt werden.

II.

Diese Änderung unterliegt der Volksabstimmung. Sie tritt am Tag nach ihrer Annahme in der Volksabstimmung in Kraft.

Im Namen des Volkes

Frau Landammann: Dr. Heidi Z'graggen

Der Kanzleidirektor: Roman Balli

² RB 1.1101