



Gesundheitsleitbild

für den

Kanton Uri

Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion Uri

Dezember 2003

Gesundheitsleitbild

für den

Kanton Uri

Durch den Regierungsrat des Kantons Uri
am 9. Dezember 2003 zur Kenntnis genommen.

Impressum:

Herausgegeben von der
Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion
des Kantons Uri
Klausenstrasse 4, 6460 Altdorf
Telefon 041 875 21 51
Telefax 041 875 21 54
E-Mail ds.gsud@ur.ch
www.ur.ch

Altdorf, Dezember 2003

Vorwort

Gesundheit geht uns alle an. Nicht nur das individuelle, auch das öffentliche Interesse daran ist sehr gross. Zu den Besonderheiten der Beurteilung des Gesundheitswesens gehört, dass Überlegungen zur Leistungs- und Kostenseite meistens nicht Hand in Hand gehen, sondern je nach Betroffenheit die eine oder andere Seite weitgehend ausblenden.

Viele von uns leisten täglich einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsförderung. Zahlreiche Fachleute und Institutionen erbringen immer wieder ihren Einsatz zur Gesundheitsversorgung im Kanton Uri, die im Allgemeinen - soweit wir wissen - gut funktioniert. Trotzdem ist es wichtig, dass von Zeit zu Zeit eine grundsätzliche Diskussion über allfällige Lücken und Verbesserungspotenziale geführt wird, nicht zuletzt angesichts der Kostensteigerung im Gesundheitswesen im Allgemeinen und der finanziellen Knappheit im Staatshaushalt des Kantons Uri im Besonderen. Wenn also der vorliegende Entwurf in erster Linie den künftigen Handlungsbedarf aufzeigen will, sollen damit in keiner Weise die vielfältigen, engagierten und kompetenten Bemühungen und Leistungen im heutigen Gesundheitswesen des Kantons geschmälert werden.

Ein Leitbild soll keine unerfüllbaren Erwartungen wecken. Erwartet werden darf das effektive Bemühen, auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten einzugehen und der Wille, die Gesundheitsversorgung im Kanton Uri nachhaltig sicherzustellen. Dabei sind auch einige wesentliche Unsicherheiten zu berücksichtigen: nicht zuletzt die kantonale Entwicklung von Bevölkerung und wirtschaftlicher Aktivität und in diesem Zusammenhang jene der öffentlichen Finanzen. Über den Kanton hinaus sind damit unter anderem die künftige Regelung der Spitalfinanzierung und die Zulassung von Leistungserbringern (KVG), die Konsequenzen des neuen Arzttarifes Tarmed, die Entwicklung der umliegenden Spitäler und der neue Finanzausgleich Bund-Kantone angesprochen. Alle diese und weitere Faktoren vermögen die Gesundheitslage und -versorgung des Kantons Uri zu beeinflussen, ohne dass wir uns ihrem Einfluss ohne weiteres entziehen können.

Angesichts des verstärkt wahrnehmbaren gesellschaftlichen Wandels stellt sich die Frage, in wie fern längerfristig angelegte Konzepte überhaupt noch hilfreich sein können. Es wird auch in der Gesundheitspolitik einen Mix von Planung und Flexibilität brauchen, um den künftigen Anforderungen zu begegnen. Das vorliegende Leitbild betont neben der Krankheitsversorgung die Gesundheit, es betrachtet Gesundheit nicht nur als Produkt des Gesundheitswesens, es strebt eine Zusammenarbeit unter den Fachleuten an und hebt neben der körperlichen die psychische Gesundheit hervor.

Der Staat trägt das Gesundheitswesen nicht allein. Die Beziehungen unter den weiteren Akteuren - Leistungserbringer, Patientinnen und Patienten sowie Krankenversicherer - sind von zweipoliger Art. Einerseits besteht oft gerade zwischen Patientinnen und Patienten und Leistungserbringern ein ausgesprochenes Vertrauensverhältnis, andererseits sind im obgenannten Dreiecksverhältnis auch Interessengegensätze selbstverständlich. Die Krankenversicherer suchen nach der für sie kostengünstigsten Versorgung und die Leistungserbringer vermögen die Nachfrage im Gesundheitswesen namhaft zu beeinflussen. Die Spiesse dieser Beziehungen sind nicht immer gleich lang, was es zu berücksichtigen gilt.

Das vorliegende Leitbild soll mithelfen, damit das Gesundheitswesen einen wesentlichen Beitrag zum Standortvorteil des Kantons Uri - zu unserer aller Lebensqualität - beiträgt.

Markus Stadler

Das Gesundheitsleitbild der Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion Uri (GSUD) entstand unter Mitwirkung der kantonalen Gesundheitskommission, der folgende Personen angehören:

- Regierungsrat Dr. Markus Stadler, Präsident, Vorsteher GSUD
- Dr. pharm. Peter Brunner, Altdorf
- Dr. med. Clemens Della Pietra, Altdorf
- Dr. med. Philipp Gamma, Kantonsarzt, Flüelen
- Ernst Imholz, Zentralschweizer Krankenversicherer-Verband, Unterschächen
- Prof. Dr. med. Urs Marbet, Altdorf
- med. vet. Peter Odermatt, Kantonstierarzt, Erstfeld
- Regula Stocker, Drogistin, Schattdorf
- Dr. med. dent. Walter Ulrich, Altdorf
- Roland Hartmann, Direktionssekretär GSUD

Die Arbeiten wurden unterstützt von Dr. Willy Oggier, Gesundheitsökonom, Zürich.

Abkürzungen

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
BVG	Bundesgesetz über die berufliche Vorsorge
BUWAL	Bundesamt für Umwelt, Wald und Landschaft
GSUD	Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion Uri
HMO	Health Maintenance Organization (Gesundheitsvorsorgeorganisation)
J+S	Jugend und Sport
KSD	Koordinierter Sanitätsdienst
KSK	Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer
KSU	Kantonsspital Uri
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
Spitex	(Spitalexterne) Hilfe und Pflege zuhause
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
TARMED	Tarifstruktur für die ärztliche Leistungsabrechnung im ambulanten Bereich
UNO	Zusammenarbeit der Kantonsspitäler von Uri, Nidwalden und Obwalden
VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag

Inhaltsverzeichnis

I. Bedeutung des Leitbilds	4
1. Allgemeines	4
2. Das Urner Gesundheitsleitbild	4
II. Die Gesundheitsversorgung des Kantons Uri heute	7
1. Aufgabenteilung	7
2. Bereiche	8
2.1 Stationäre Versorgung	8
2.2 Ambulante Versorgung	11
2.3 Gesundheitsförderung und Prävention	15
2.3.1 Allgemeines	15
2.3.2 Gesundheitsförderung und -erziehung an den Schulen	16
2.3.3 Gesundheitsförderliche Lebensweise	17
3. Volkswirtschaftliche Bedeutung	18
4. Wertung	19
4.1 Vorteile	19
4.2 Nachteile	19
III. Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung von morgen	21
1. Nationale Trends	21
1.1 Multisektorale Verantwortung	21
1.2 Demographische Entwicklung und Pflegebedürftigkeit	22
1.3 Das eidgenössische Krankenversicherungsgesetz	23
1.4 Zusatzversicherungen	23
1.5 Berufszulassungen	24
2. Interkantonale Trends	26
2.1 Interkantonale Zusammenarbeit	26
2.2 Pauschalierung	27
2.3 Verselbständigung	27
2.4 Bettenabbau	28
3. Zielsystem für die Gesundheitspolitik	29
IV. Zielsetzungen	31
1. Stationäre Versorgung	31
2. Ambulante Versorgung	32
3. Gesundheitsförderung und Prävention	33
4. Aus- und Weiterbildung des Personals im Gesundheitswesen	34
5. Organisation, Planung und Koordination	34
V. Hauptsächlicher Handlungsbedarf	37
Anhang I - Kosten pro versicherte Person in der obligatorischen Krankenpflege-Grundversicherung	39
- Kantonale Durchschnittsprämien KVG: Entwicklung 1996 - 2003	40
Anhang II Die Prämienverbilligungsbeiträge in Uri von 1998 bis 2003	41
Anhang III Schnittstellen zur Gesundheitsvorsorge und -versorgung	42

I. Bedeutung des Leitbilds

*"Nimmer begreift der Gesunde die Krankheit,
nimmer die Jugend, dass ihr reiches Gemüt je zu verarmen vermag."*

1. Allgemeines

Gesundheit ist ein wichtiger Wert unserer Gesellschaft. Einige gehen gar soweit zu sagen: "Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts". Dies äussert sich unter anderem darin, dass in den modernen Industriestaaten Europas ein namhafter Anteil der privaten und öffentlichen Haushaltskosten für das Gesundheitswesen aufgewendet wird. Auch auf kantonaler Ebene beansprucht das Gesundheitswesen einen wichtigen Teil der gesamten Kantonsausgaben. Das Gesundheitswesen machte in der Kantonsrechnung 2002 des Kantons Uri 20.7 Prozent der Netto-Ausgaben aus¹.

Angesichts der Bedeutung und der damit verbundenen Kosten des Gutes Gesundheit ist es unerlässlich, dass regelmässig eine Gesamtbeurteilung der Situation vorgenommen wird. Mindestens so wichtig ist auch, dass periodisch Ziele und Prioritäten für künftiges staatliches Handeln im Gesundheitswesen festgelegt werden. Um Ziele und Prioritäten aufzuzeigen, empfiehlt sich die Form eines Leitbilds.

Ein Leitbild enthält grundsätzliche und damit auch allgemeingültige Vorstellungen über anzustrebende Zielsetzungen und Verhaltensweisen. Es beschreibt ein realisierbares Idealbild, auf das sich alle Tätigkeiten ausrichten sollen. Ein Leitbild wird damit zum ersten Glied in einer Kette von Vorstellungen und Normen, welche die nachfolgenden detaillierten Massnahmen und Handlungsvollzüge vorbestimmen.

2. Das Urner Gesundheitsleitbild

Der vorliegende Entwurf soll den spezifischen Gegebenheiten des Kantons Uri Rechnung tragen. Dazu gehört auch, dass dieses Leitbild sich anhand der zur Verfügung stehenden knappen Ressourcen auf das Wesentliche konzentriert.

Der Geltungsbereich des Gesundheitsleitbildes konzentriert sich auf die menschliche Gesundheit. Sie meint damit den Zustand von vollkommenem körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen². Körperliches Wohlbefinden meint, sich gesund und fit zu fühlen, während geistiges Wohlbefinden bedeutet, sich ausgeglichen und kompetent zu fühlen. Schliesslich heisst soziales Wohlbefinden, sich geliebt und wertgeschätzt zu fühlen. Gesundheit zielt somit nicht nur darauf ab, nicht krank zu sein, sondern sich gesund zu fühlen. Damit wird Gesundheit auch als ein Prozess verstanden, als eine Suche nach dem stets optimalen Gleichgewicht von Körper, Geist und Seele. Andere Aspekte – wie etwa die tierische Gesundheit – werden nicht vertieft behandelt. Sie können aber indirekt eine Rolle für die menschliche Gesundheit spielen und werden daher soweit erörtert, als sie für diese von Bedeutung sind.

Dieses Beispiel zeigt, dass sich die Entwicklung eines Gesundheitsleitbildes nicht im luftleeren Raum abspielen kann. Denn von Gesundheit und Gesundheitspolitik im speziellen sind verschiedene Bereiche betroffen. Und umgekehrt ist auch die Gesundheitspolitik von anderen Bereichen betroffen. Umwelt-, Sozial-, Bildungs-, Landwirtschafts-, Sport-, Wohnungs-

¹ Kantonsrechnung 2002, Funktionale Gliederung, Nettoausgaben, Seite 8

² World Health Organisation, WHO, 1948

Verkehrspolitik oder Lebensmittel und Veterinärmedizin sind nur einige Stichworte dazu. Es ergeben sich daher verschiedene Schnittstellen, die mögliche Konflikt- aber auch mögliche Synergiepotenziale darstellen.

Als Beispiel gelte der Hinweis auf den Zusammenhang zwischen steigenden Kosten in der investitionsstarken Gesundheitsversorgung und der Bevölkerungszahl des Kantons; d.h. mit der Frage, in wie fern es mittels Steuer-, Verkehrs-, Bildungs-, Kulturpolitik usw. gelingt, den Wohnort Uri attraktiv(er) zu machen.

Im Rahmen des Leitbilds Gesundheit sollen in erster Linie jene Bereiche erörtert werden, welche im Kanton Uri organisatorisch in der GSUD zusammengefasst sind. Denn dieses Leitbild ist primär ein Arbeitsinstrument dieser Direktion. Doch auch so bleibt das Leitbild noch schwierig abzugrenzen. Die Schnittstellen zu besonders gesundheitsnahen Bereichen werden daher im Anhang III dargestellt.

Nachdem im Kanton Uri nach wie vor wenig allgemein verfügbares Datenmaterial über das Gesundheitswesen besteht, ist es unerlässlich, diesem Leitbild mehr statistische Daten und Erklärungen als üblich beizufügen.

Auch wenn einzelne Akteure des kantonalen Gesundheitswesens immer wieder strategische Überlegungen anstellen, wurde im Kanton Uri noch nie ein Gesundheitsleitbild entwickelt. Die vielfältigen Veränderungen auf internationaler, nationaler und regionaler Ebene legen heute eine Leitbild-Entwicklung am Beginn eines neuen Jahrtausends nahe. Zudem ist es wichtig, dass das Leitbild der öffentlichen Diskussion zugänglich ist.

Das Gesundheitsleitbild soll im Hinblick auf die spezifische Situation und Entwicklung des Kantons Uri und unter Berücksichtigung der zu erwartenden nationalen Tendenzen in der schweizerischen Gesundheitspolitik für die nächsten zehn Jahre, also bis ungefähr zum Jahr 2013:

- gesundheitspolitische Grundvorstellungen definieren;
- eine vermehrte Ausrichtung auf die Gesundheits- statt die Krankheitsversorgung anstreben;
- Richtschnur sein für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung im somatischen und psychischen Bereich;
- Massnahmen zur Förderung der Gesundheit im Kanton Uri aufzeigen;
- Massnahmen zur Förderung der Zusammenarbeit und Koordination der Leistungserbringer aufzeigen;
- Ansätze zur Optimierung der Aufgabenteilung zwischen Kanton, Gemeinden und Privaten aufzeigen;
- Ansätze zur Optimierung der interkantonalen Zusammenarbeit aufzeigen;
- allfällige Verbindungen zu anderen Politikbereichen ansprechen;
- Grundlage bilden für die Änderung des kantonalen Gesundheitsgesetzes.

Das Leitbild hat seinen Zweck dann erreicht, wenn es

- der Bevölkerung des Kantons Uri mehr Klarheit verschafft, was sie vom kantonalen Gesundheitsversorgungssystem erwarten darf, was aber auch nicht;
- ins Bewusstsein der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im ernerischen Gesundheitswesen eindringt, ihre grossen und kleinen täglichen Entscheidungen zu beeinflussen vermag und dabei mehr Sicherheit gibt;
- den Urner Leistungserbringern eine gemeinsame Grundlage gibt und so die vernetzte optimale Leistungserbringung fördert.

Im Folgenden wird die Gesundheitsversorgung des Kantons Uri in die folgenden Bereiche unterteilt:

- stationäre Versorgung
- ambulante Versorgung
- Gesundheitsförderung und Prävention
- Aus- und Weiterbildung des Personals im Gesundheitswesen

Diese Felder weisen einen unterschiedlichen Entwicklungsstand auf, tragen aber alle zum Gesamtbild der ernerischen Gesundheitsversorgung bei. In einem ersten Schritt sollen daher die einzelnen Bereiche kurz beschrieben und anschliessend einer Wertung unterzogen werden. In einem zweiten Schritt werden zu diesen Bereichen Zielsetzungen für die künftige Entwicklung der Gesundheitsversorgung des Kantons Uri formuliert. Die Reihenfolge dieser Bereiche im Gesundheitsleitbild stellt keine Wertung hinsichtlich der Bedeutung und Dringlichkeit dar. Sie wird vielmehr gleich bleibend für das gesamte Gesundheitsleitbild verwendet, um eine gute Lesbarkeit und Verständlichkeit zu gewährleisten.

II. Die Gesundheitsversorgung des Kantons Uri heute

Wenn es darum geht, die Struktur der Gesundheitsversorgung eines Kantons zu beschreiben, so kann dies sowohl aus Sicht der Aufgabenverteilung zwischen den einzelnen staatlichen und privaten Ebenen als auch aus Sicht der einzelnen Bereiche geschehen.

1. Aufgabenteilung

Die heutige Aufgabenverteilung zwischen Kanton, Gemeinden und Privaten im Kanton Uri lässt sich auf folgende Weise darstellen:

Die Verfassung des Kantons Uri vom 28. Oktober 1984 (RB 1.1101) statuiert den Grundsatz zum Gesundheitswesen wie folgt:

"Der Kanton und die Gemeinden fördern die Volksgesundheit, die Gesundheitsvorsorge und die Krankenpflege. Sie schaffen die Voraussetzungen für die medizinische Versorgung der Bevölkerung. Der Kanton und die Gemeinden fördern die Bekämpfung von Suchtgefahren."

Zu den besonderen Aufgaben des Kantons besagt die Verfassung:

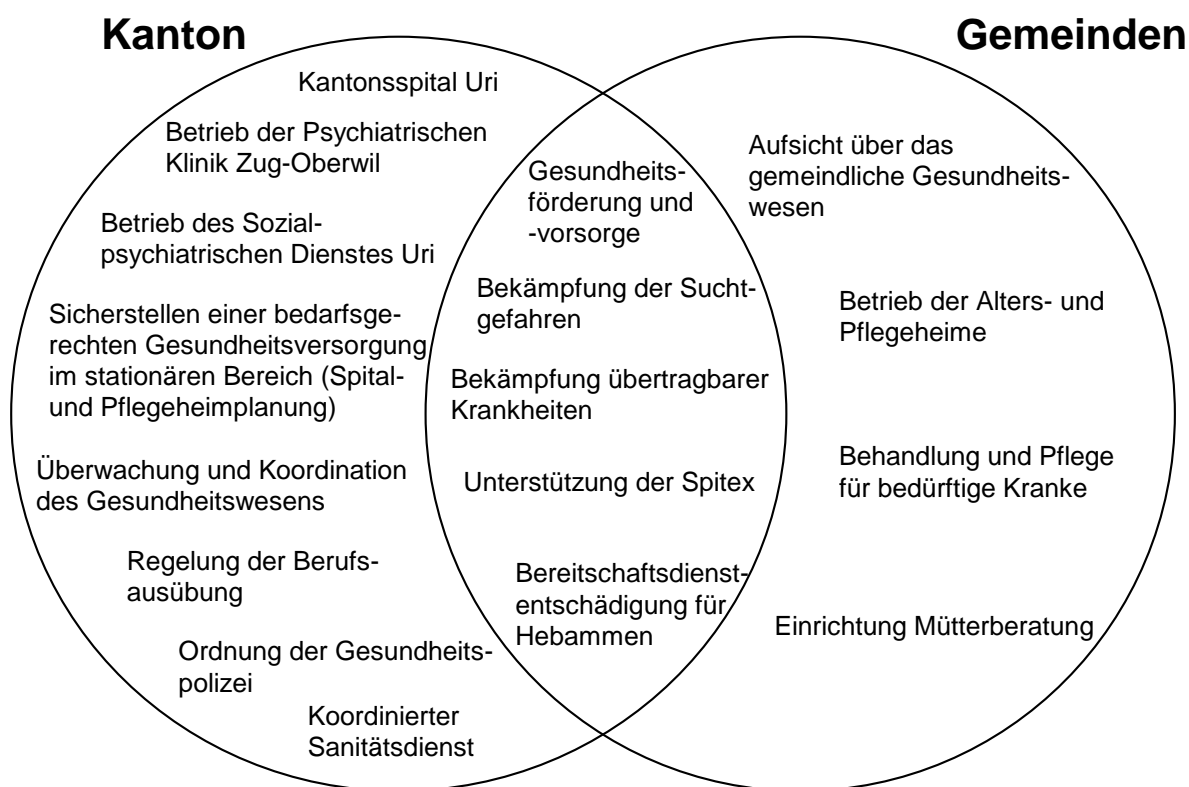
"Der Kanton überwacht und koordiniert das Gesundheitswesen. Er ordnet das Medizinalwesen und die Gesundheitspolizei. Der Kanton gewährleistet den Betrieb des Kantonsspitals. Er kann weitere Kranken- und Pflegeheime unterstützen."

Das Gesetz über das Gesundheitswesen vom 27. September 1970 (RB 30.2111) bestimmt, dass innerhalb des Gemeindegebietes die Gemeinderäte durch ihre Gemeindeorgane die Aufsicht über das Gesundheitswesen ausüben. Weiter bestimmt die Gesetzgebung, dass die Gemeinden eine Mütterberatung einrichten und dafür sorgen müssen, dass bedürftige, hilflose oder vernachlässigte Kranke die notwendige Behandlung und Pflege erhalten. Der Kanton und die Gemeinden unterstützen gemeinsam die koordinierten Leistungen der Hilfe und Pflege zuhause (Spitex).

Neben kantonalen Bestimmungen ordnet der Bund eine Vielzahl von Aufgaben, welche die Kantone zu vollziehen haben. Im Vordergrund steht dabei sicherlich die soziale Krankenversicherung (KVG).

Den Privaten obliegt namentlich die ambulante Leistungserbringung. Die Medizinalpersonen sind verpflichtet, in dringenden Fällen Beistand zu leisten. Sie sorgen für eine zweckmässige Organisation der Notfalldienste.

Die folgende einfache Darstellung zeigt die aktuellen Zuständigkeiten von Kanton und Gemeinden im Gesundheitswesen des Kantons Uri:



2. Bereiche

2.1 Stationäre Versorgung

Die akutmedizinische erweiterte Grundversorgung der im Kanton Uri wohnenden Personen übernimmt das Kantonsspital Uri. Spezialisierte Leistungen – insbesondere in den Bereichen interventionelle Kardiologie, Herzchirurgie, Neurochirurgie, Urologie und Ophthalmologie – werden von Zentrumsspitalern erbracht. Spitalverträge bestehen zurzeit mit den Kantons-spitalern von Luzern, Nidwalden und Obwalden, dem Triemlispital Zürich, den Universitäts-spitalern Zürich und Bern sowie mit der Klinik Adelheid in Unterägeri.

Die stationäre psychiatrische Versorgung der Urner Bevölkerung wird vorwiegend über ein Konkordat aus dem Jahre 1982 mit den Kantonen Zug und Schwyz durch die Psychiatrische Klinik Oberwil sichergestellt. Der Kanton Uri hat in der Psychiatrischen Klinik Oberwil 15 Betten reserviert. In medizinisch begründeten Fällen erfolgt die stationäre psychiatrische Behandlung in anderen ausserkantonalen Kliniken, namentlich in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Littenheid, mit welcher ebenfalls eine vertragliche Regelung besteht.

Eine Übersicht über die inner- und ausserkantonal erbrachten stationären Leistungen ergibt das folgende Bild:

Tabelle 1: inner- und ausserkantonale stationäre Leistungen

Spitäler	Patientenzahl		Pflegetage		Kantonsbeitrag (nur Betrieb in Franken)	
	2001	2002	2001	2002	2001	2002
Kantonsspital Uri ¹⁾ (inkl. Geriatrie und Säuglinge)	3'659	3'790	50'240	50'606	8'929'608	13'358'159
Psychiatrische Klinik Oberwil	98	117	5'627	6'068	965'121	1'434'196
Kantonsspital Luzern (inkl. Kinderspital)	348	333	2'748	2'479	2'331'912	2'188'682
Zürcher Stadtpital Triemli	35	49	153	201	392'147	528'621
Universitätsspital Zürich	57	56	627	624	689'736	865'281
Höhenklinik Adelheid Unterägeri	131	90	1'423	1'171	337'763	280'810
übrige Spitäler	217	241	2'260	3'171	1'556'794	1'516'482
Total ausserkant. Spitäler ²⁾	788	769	7'211	7'646	5'308'352	5'379'876
Total stationäre Behandlungen	4'545	4'676	63'078	64'320	15'203'081	20'172'231

¹⁾ Der starke Anstieg des Kantonsbeitrags an das Kantonsspital Uri im Jahr 2002 begründet sich wie folgt:

- Per 1. Januar 2002 wurden die Anstellungsbedingungen des Pflegepersonals und der Assistenzärzte gezielt verbessert. Dies hatte höhere Kosten von rund Fr. 2'000'000.-- zur Folge.
- Das Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach KVG (SR 832.14) trat auf den 1. Januar 2002 in Kraft. Aufgrund dieses Gesetzes musste sich der Kanton Uri 2002 erstmals mit Fr. 1'447'000.-- an den Behandlungskosten von Halbprivat- und Privatversicherten beteiligen.
- Die Jahresrechnung 2001 des Kantonsspitals Uri enthält infolge Neubewertung des Warenlagers einen ausserordentlichen Ertrag von Fr. 685'000.--.

²⁾ nur medizinisch notwendige stationäre Behandlungen mit einer Kostenbeteiligung des Wohnkantons gemäss Artikel 41 Absatz 3 KVG; Privatspitäler, Unfallpatientinnen und -patienten sowie Leistungen in Pflegeheimen sind nicht eingeschlossen. Medizinisch notwendig bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die erforderliche Leistung nicht am Kantonsspital Uri erbracht werden kann. Die Kostenbeteiligungspflicht des Wohnkantons gemäss KVG besteht unabhängig der Versicherungsklasse (Allgemein, Halbprivat oder Privat).

Bemerkenswert ist auch die Verteilung der Geburten im Kanton Uri:

Jahr	Total Geburten	Anteil stationär Kantonsspital Uri		Anteil ambulant Kantonsspital Uri		Anteil Hausgeburten		Anteil ausser-kantonale Geburten¹⁾	
1996	449	376	84.0 %	34	7.6 %	20	4.4 %	19	4.2 %
1997	406	342	84.0 %	35	8.6 %	17	4.2 %	12	3.0 %
1998	413	365	88.0 %	28	6.8 %	13	3.1 %	7	1.7 %
1999	403	380	94.2 %	12	3.0 %	5	1.3 %	6	1.5 %
2000	414	370	89.4 %	25	6.0 %	6	1.5 %	13	3.1 %
2001	350	302	86.3 %	12	3.4 %	10	2.9 %	26	7.4 %
2002	348	325	93.4 %	19	5.5 %	0	0.0 %	4	1.1 %

¹⁾ aus medizinischen und anderen Gründen

Quelle: Amt für Gesundheit Uri, 2002

Im Bereich der Alters- und Pflegeheime sowie der Geriatrieabteilung des Kantonsspitals Uri sind seit geraumer Zeit hohe bis volle Auslastungen zu verzeichnen. Die Nachfrage nach Pflegeheimplätzen kann in der Regel nicht vollständig gedeckt werden. Zwar hat sich die Situation mit der Erhöhung der Pflegeplätze am Kantonsspital Uri 2003 kurzfristig etwas entspannt, mittel- bis langfristig dürften aber neue Engpässe kaum zu vermeiden sein. Zu diesem Schluss gelangt die Urner Pflegeheimplanung vom Juni 2002. Sie beziffert den Mangel an stationären Pflegeplätzen per 1. Januar 2002 auf rund 80 Betten und geht davon aus, dass ohne Gegenmassnahmen 2007 rund 130 Betten und 2012 gar rund 180 Betten in der stationären Betagtenpflege fehlen werden. Das Ausmass dieser Engpässe dürfte nicht zuletzt davon abhängen, wie optimal die Spitex-Dienste in die Gesundheitsversorgungsstruktur eingebaut werden können.

Seit dem 1. Juni 2000 ist das neue Gesetz über das Kantonsspital Uri (RB 20.3221) in Kraft. Das Kantonsspital Uri wird wie bisher als öffentlich-rechtliche Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit betrieben. Ihm werden grössere betriebliche Freiheiten eingeräumt. Die Trennung der politisch-normativen und der Unternehmensebene erfolgt konsequenter. Im Wesentlichen bestellt der Kanton beim Kantonsspital Leistungen und bezahlt diese. Die Definition des Leistungsangebots erfolgt über den durch den Landrat zu genehmigenden Grobleistungsauftrag. Dieser gilt in der Regel für die Dauer von vier Jahren. Präzisiert wird der Grobleistungsauftrag durch den jährlichen Detailleistungsauftrag. Genehmigungsbehörde ist hier der Regierungsrat. Der Detailleistungsauftrag enthält Angaben zu Menge, Preis und Qualität der vereinbarten Leistungen. Die Einhaltung der Leistungsaufträge wird von der Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion zuhanden des Regierungs- resp. des Landrats geprüft. Wie die bestellten Leistungen erbracht werden, bestimmt die Unternehmensführung des Kantonsspitals. Die Entschädigung für die erbrachten Leistungen erfolgt mit einem leistungsorientierten Finanzierungssystem (Globalkredit) statt der bisherigen Defizitdeckung. Das neue Globalkreditsystem soll per 1. Januar 2004 rechtsverbindlich eingeführt werden.

Verbunden mit dem Grobleistungsauftrag 2004–2007 wurde die strategische Hauptzielsetzung für das Kantonsspital Uri festgelegt. Derzufolge soll das Kantonsspital Uri – bei einer gewissen Konzentration auf die eigenen Stärken – qualitativ hochstehende Leistungen der erweiterten Grundversorgung anbieten, die es im Vergleich zu Referenzspitälern kostengünstig erbringt. Es soll ein selbständiges Spital mit Hauptstandort Altdorf sein und die wirtschaftliche Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern anstreben.

In Andermatt betreibt der Bund ein militärisches Notspital. In einem Vertrag zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Korporation Ursern sind die Leistungen zugunsten der Zivilbevölkerung des Urserentals festgelegt. Es handelt sich dabei um die notfallmässige Aufnahme und Erstellung der Transportfähigkeit von Patientinnen und Patienten sowie um den Einsatz der im militärischen Notspital stationierten Ambulanz. Stationäre Leistungen zugunsten ziviler Patientinnen und Patienten sind nicht vorgesehen. Hingegen benützt der in Andermatt tätige Hausarzt die radiologische Einrichtung des militärischen Notspitals.

2.2 Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung der Urner Bevölkerung ist grundsätzlich Sache der frei praktizierenden Angehörigen der Gesundheitsberufe. Das unten beschriebene ambulante Leistungsangebot wird in Spezialbereichen sowie in der Notfallversorgung weitgehend durch Angebote des Kantonsspitals Uri und des Sozialpsychiatrischen Dienstes ergänzt. Letzterer nahm seine Tätigkeit am 1. Dezember 2000 auf und schloss eine Lücke in der Versorgung von psychisch kranken Erwachsenen im Kanton Uri. Der neue Dienst ergänzt die vorhandenen psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten der Hausärzte, des Kantonsspitals, der Psychiatrischen Klinik Oberwil sowie weiterer Leistungserbringer und Fachinstitutionen. Trotz laufender Anpassung der personellen Kapazitäten des Sozialpsychiatrischen Dienstes kann die Nachfrage nach dessen Leistungen nur teilweise befriedigt werden.

Seit dem 1. Januar 2003 erbringt der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst (KJPD) des Kantons Schwyz in Goldau die ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung für den Kanton Uri. Die vertraglich vereinbarten Aufgaben des KJPD umfassen ein zeitgemässes und bedürfnisgerechtes Beratungs- und Therapieangebot nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Methoden und die Mithilfe und Unterstützung beim Aufbau einer Urner Kinderschutzgruppe. Darüber hinaus bietet der KJPD ein Beratungs- und Unterstützungsangebot für Fachpersonen und Institutionen an und leistet Öffentlichkeitsarbeit. Schliesslich hält sich der KJPD bereit, fachlich kompetente Gutachten für institutionelle Klienten zu erarbeiten. Diese vielfältigen Aufgaben, welche der KJPD für den Kanton Uri erbringt, werden leistungsorientiert entschädigt. Gegenüber der früheren Zusammenarbeit mit dem Kanton Luzern bietet der KJPD im Bahnhofgebäude Goldau den Vorteil der geographischen Nähe und der guten Erreichbarkeit. Damit konnte ein grosses Anliegen aus dem Urner Psychiatriekonzept aus dem Jahre 1994 verwirklicht werden.

Die ambulante medizinische Versorgung der Urner Bevölkerung wird zurzeit (August 2003) durch 33 freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte, 10 Zahnärztinnen und Zahnärzte mit 4 Zahnarztassistentinnen und Zahnarztassistenten sowie 2 Apotheken abgedeckt. Zudem praktizieren 5 Tierärztinnen und Tierärzte im Kanton Uri. Den Medizinalpersonen obliegt es, ihre Notfalldienste zweckmässig zu organisieren. Die GSUD zeichnet für den Koordinierten Sanitätsdienst (KSD) verantwortlich. Er zielt darauf ab, die Instrumente für die Bewältigung einer ausserordentlichen sanitätsdienstlichen Lage bereitzustellen. Diese tritt ein wenn die vorhandenen Mittel des öffentlichen Gesundheitswesens nicht mehr ausreichen, um alle Patientinnen und Patienten sanitätsdienstlich zu versorgen.

Darüber hinaus hat die GSUD zurzeit Bewilligungen zur Berufsausübung (im Sinne von Artikel 32 Gesundheitsgesetz) für folgende medizinische Hilfsberufe erteilt:

- Dentalhygiene (Anzahl: 3)
- Drogistin und Drogist (5)
- Ergotherapie (2)
- Hebammen (9)
- Hilfe und Pflege zuhause (1)
- Krankengymnastik (2)
- Krankenpflege (34)
- Logopädie (2)
- Medizinische Fusspflege (7)
- Medizinische Massage (3)
- Physiotherapie (17)
- Zahntechnik (3)

Der Kanton Uri verfolgt eine liberale Praxis bei der Zulassung von paramedizinischen Berufen. Tätigkeitsgebiete, welche nicht unter Artikel 32 des kantonalen Gesundheitsgesetzes genannt sind, werden toleriert, soweit keine gesundheitspolizeilichen Gründe dagegen sprechen. Berufsausübungsbewilligungen werden in diesen Bereichen jedoch keine erteilt. Als Folge dieser Praxis weist der Kanton Uri mehrere selbständig tätige Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und –therapeuten, Naturheilpraktikerinnen und –praktiker usw. auf. Ihnen kann grundsätzlich keine Berufsausübungsbewilligung erteilt werden, weil diese nicht zu den bewilligungspflichtigen Berufen gemäss kantonaler Gesundheitsgesetzgebung gezählt werden. Das stösst gelegentlich auf Unverständnis, weil die umliegenden Kantone eine umfassendere Bewilligungspflicht für die selbständige Ausübung paramedizinischer Berufe kennen.

Seit dem Inkrafttreten des KVG im Jahre 1996 bis Ende 2002 ist die Ärztezahlschweizerisch um 13,4 Prozent gestiegen. In der gleichen Zeit nahm die Ärztedichte um knapp 10 Prozent zu. Zu den Kantonen mit einer überdurchschnittlichen Zunahme der Ärztedichte in dieser Periode gehört auch der Kanton Uri mit 15,8 Prozent. Er liegt aber immer noch weit unter dem schweizerischen Durchschnitt. In der Zentralschweiz weisen allerdings nur die Kantone Luzern und Zug eine höhere Ärztedichte als der Kanton Uri auf.

Tabelle 2: Anzahl Ärzte mit Praxistätigkeit pro 10'000 Einwohner 1996, 2000, 2001, 2002

	Jahr	UR	LU	SZ	ZG	OW	NW	CH
Anzahl Ärzte mit Praxistätigkeit pro 10'000 Einwohner	1996	11.4	13.6	10.0	15.2	9.6	9.2	17.9
	2000	13.0	14.1	11.5	16.5	9.9	10.6	19.3
	2001	12.9	14.5	11.7	15.8	10.5	11.0	19.5
	2002	13.2	14.6	12.0	16.0	10.6	11.6	19.6

Quelle: Santésuisse, Brennpunkt Gesundheitspolitik, Juni 2002, Mai 2003

Die Arzt- und Medikamentenkosten pro Fall weisen folgendes Bild auf:

Tabelle 3: Arzt- und Medikamentenkosten pro Fall in den Jahren 2000 und 2002
(in Schweizer Franken)

		UR	LU	SZ	ZG	OW	NW	CH
Arztkosten pro Fall (ohne Medikamente)	2000	281	278	280	284	324	279	336
	2002	294	295	311	302	312	288	351
Medikamente von Apotheke pro erkrankte Person	2000	13	23	20	28	19	21	156
	2002	14	27	23	34	26	24	181
Medikamente vom Arzt pro erkrankte Person	2000	260	221	214	159	257	224	105
	2002	283	237	226	167	291	235	105

Quelle: Santésuisse Zentralschweiz, 2002.

Der Kanton Uri weist in der Zentralschweiz die zweittiefsten Arztkosten pro Fall aus. Die Arztkosten der Zentralschweizer Kantone liegen deutlich unter dem schweizerischen Durchschnitt. Bei den Medikamentenkosten fällt auf, dass in der Zentralschweiz die Medikamente hauptsächlich beim Arzt bezogen werden. Schweizweit werden demgegenüber deutlich mehr Medikamente über Apotheken verkauft, als durch Arztpraxen. Die Kantone Uri und Obwalden weisen in den untersuchten Jahren in der Zentralschweiz klar die höchsten Medikamentenkosten aus. Sie liegen auch über dem schweizerischen Durchschnitt.

Im schweizerischen Vergleich weist der Kanton Uri eine leicht unterdurchschnittliche Dichte an Zahnärztinnen und Zahnärzten auf. Tatsächlich ist festzustellen, dass zurzeit insgesamt und im Speziellen in peripheren Regionen des Kantons Uri die quantitative zahnmedizinische Versorgungslage noch verbessert werden kann. Die bisherigen Anstrengungen der kantonalen Zahnärzteschaft vermochten jedoch die gewünschten Effekte noch nicht zu erzielen.

Die SUVA Zentralschweiz stellte im Februar 2001 gegenüber der GSUD fest, dass die durch die SUVA finanzierten Leistungen im Bereich der Unfallversicherung im Kanton Uri dem schweizerischen Durchschnitt entsprechen. (Für die SUVA ist hingegen nach wie vor die Tatsache problematisch, dass in der Zentralschweiz seit Jahren rund 60 Prozent der Patientinnen und Patienten die Arbeit nach einem Unfall erst an einem Montag aufnehmen. Wäre das bereits am Freitag der Fall, ergäbe das sehr hohe Kosteneinsparungen.)

Am 1. Januar 2002 ist das eidgenössische Heilmittelgesetz in Kraft getreten. Trotzdem kennt der Kanton Uri weiterhin eine eigene, wenn auch veraltete Abgrenzungsliste für Arzneimittel der Verkaufskategorien C und D. Dadurch erhalten die Urner Drogerien die Möglichkeit, gewisse Arzneimittel der Abgabekategorie C zu verkaufen, welche üblicherweise den Apotheken vorbehalten ist. Diese seit rund 30 Jahren bestehende kantonale Praxis wird demnächst durch Bestimmungen der bundesrätlichen Arzneimittelverordnung aufgehoben werden. Allen im Kanton Uri zur selbständigen Praxisführung zugelassenen Ärztinnen und Ärzten ist die Führung einer Hausapotheke unter eigener Verantwortung gestattet (Selbstdispensation). Diese Regelung beinhaltet ein gewisses Konfliktpotential, was nicht nur - aber auch - ein ernerisches Phänomen darstellt. Gerade die Frage der Selbstdispensation zeigt, dass es in einem Kanton unterschiedliche Meinungen geben kann, welche nicht nur von unterschiedlichen Kriterien, sondern wohl auch von den verschiedenen finanziellen Interessen der einzelnen Akteure abhängen.

Der Verein Spitex Uri betreibt die Spitex-Koordinationsstelle im Kanton Uri. Diese wird nach Massgabe der kantonalen Verordnung (RB 30.2116) durch den Kanton und die Gemeinden finanziell unterstützt. Der Verein Spitex Uri ist für die Versorgung der Urner Bevölkerung mit Leistungen der Hilfe und Pflege zuhause allein zuständig. Im Kanton und in den Gemeinden bestehen keine weiteren Spitex-Organisationen. Dadurch sind die Voraussetzungen für eine optimale Spitex-Versorgung und Vernetzung gegeben. Der Verein erbringt Leistungen in den Bereichen Haushilfe, Krankenpflege und Hauspflege. Im Jahr 2002 wurden insgesamt 55'225 Einsatzstunden geleistet. Anfangs 2001 beschäftigte der Verein 98 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit insgesamt 29,5 Stellen.

Als ergänzende Spitex-Dienstleistung hat der Regierungsrat des Kantons Uri das Tageszentrum der Pro Senectute anerkannt. Diese Einrichtung hat zum Ziel, einen Eintritt von älteren Menschen in ein Pflegeheim hinauszuzögern oder eine frühe Rückkehr aus dem Spital zu ermöglichen, die Vereinsamung und Verwahrlosung von alleinstehenden Menschen zu verhindern sowie die pflegenden und betreuenden Angehörigen in ihrer Aufgabe zu entlasten und zu unterstützen. Das Tageszentrum betreut während des Jahres durchschnittlich über 30 Personen mit über 2'100 Pflagetagen.

Die umfassende ambulante Versorgung der Urner Bevölkerung wird abgerundet durch die zahlreichen - und oftmals auch ehrenamtlichen - Leistungen von Vereinen und Institutionen. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit seien hier erwähnt die Therapiestelle des Heilpädagogischen Zentrums Uri (Physio- und Ergotherapie, Logopädie, Psychomotorik und Früherziehung) und des Schweizerischen Roten Kreuzes (Ergotherapie für Erwachsene), Samaritervereine, die Frauen- und Müttervereine, die Rettungsorganisationen, die sozialen Beratungsstellen und Institutionen sowie die zahlreichen Selbsthilfegruppen.

2.3 Gesundheitsförderung und Prävention

2.3.1 Allgemeines

Im täglichen Kontakt mit den Patientinnen und Patienten nehmen viele Urner Leistungserbringer positiv Einfluss auf das individuelle Gesundheitsverhalten. Gesundheitsfördernde und präventive Aktivitäten sind jedoch in der Gesundheitsversorgung des Kantons Uri nur in bescheidenem Masse institutionell verankert. Verschiedene private Organisationen und Vereine engagieren sich jedoch in Teilbereichen wie etwa Bewegung und Ernährung, Lungenerkrankungen, Nichtrauchen oder Suchtprävention. Die Gemeinden Erstfeld und Schattdorf haben vor einiger Zeit je eine Präventivkommission eingesetzt, die in verschiedenen Bereichen sehr aktiv sind. Durch die ausgeprägte Gemeindenähe ist eine zielgruppenspezifische Präventionsarbeit nach den individuellen Bedürfnissen und Gegebenheiten der Gemeinde möglich.

Das Amt für Gesundheit hat einen "Aktionsplan Gesundheitsförderung 2002-2004" erarbeitet. Das primäre Ziel dieses Aktionsplanes ist es, seine Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung zu strukturieren und gegenüber den interessierten Kreisen transparent zu machen. Darüber hinaus soll der Aktionsplan auch ein Instrument der Koordination und Vernetzung sein. Die thematischen Schwerpunkte des Aktionsplanes 2002-2004 sind: 1. Vernetzung 2. Nichtrauchen 3. Bewegung 4. Kooperation 5. Psychische Gesundheit. Für jeden dieser Schwerpunkte gibt es einen Massnahmenkatalog, welcher Inhalt, Partner und die erforderlichen Mittel aufzeigt. Im Übrigen konzentrieren und beschränken sich die Aktivitäten des Kantons – neben den Schuluntersuchungen und –impfungen – auf die Bereiche Sucht und AIDS. In Zusammenarbeit mit Gemeinden und privaten Institutionen, namentlich der mit der Aids-Hilfe Luzern, werden laufend fach- und zielgruppenspezifische Aktionen durchgeführt. Insbesondere bei der HIV-Prävention ergibt sich der Bedarf einer ständigen Anpassung der Präventionsstrategie, weil die verschiedenen Zielgruppen mit unterschiedlichen Botschaften, Instrumenten und Methoden angesprochen werden müssen. Beispielsweise scheint sich gegenwärtig nicht nur im Kanton Uri, sondern gesamtschweizerisch eine vermehrte Ausrichtung auf heterosexuelle Personen über 40 Jahre als angebracht zu erweisen, weil in diesem Segment die meisten Neuinfektionen festzustellen sind.

Im Mai 2003 hat die kantonale Fachkommission Drogen eine "Drogenpolitische Gesamtschau Kanton Uri" vorgenommen. Sie versucht, die drogenpolitischen Aktivitäten im Kanton Uri zusammenzufassen und transparent darzustellen. Dadurch will die Fachkommission Drogen einerseits festhalten, was auf den verschiedenen drogenpolitischen Ebenen in Uri bereits geleistet wird. Andererseits sollen Schwächen und Lücken in der Sucht- und Drogenarbeit in Uri sichtbar gemacht werden. Die Arbeit verfolgt schliesslich das Ziel, die präventiven Bemühungen und die Betreuung drogenabhängiger Menschen zu optimieren. Die Fachkommission Drogen kommt in ihrem Bericht zum Schluss, dass im Kanton Uri neu ein "Koordinationsgremium Prävention und Gesundheitsförderung" geschaffen werden soll. Dadurch könne die Effizienz der primär- und sekundärpräventiven Bemühungen gesteigert und die knappen Ressourcen optimal genutzt werden. Zudem sollen die umfassenden Anliegen der Gesundheitsförderung integriert werden. Es wird vorgeschlagen, dass dem Gremium alle Präventionsträger, die im Kanton Uri aktiv sind, angehören und sich regelmässig zur gegenseitigen Koordination trifft. Zudem könne es die Präventionskampagnen des Bundes im Kanton Uri begleiten und lokal verankern. Schliesslich sollen auch eigene Initiativen im Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung möglich sein.

2.3.2 Gesundheitsförderung und -erziehung an den Schulen

Im schulischen Bereich hat die Gesundheitsförderung und -erziehung in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen. In der Primar- und Oberstufe gibt es Fachdelegierte und Koordinationsgruppen, die sich mit Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention auseinandersetzen. Die Mittelschule und Berufsschule haben je eine Kontaktperson.

Die Gesundheitsförderung und -erziehung geschieht an den Urner Schulen wie folgt:

Schule	Fach	Umfang (ohne Sport)
Primarstufe	Mensch und Umwelt, Sport	1 Lektion pro Woche
Oberstufe	Lebenskunde, Naturlehre, Hauswirtschaft, Sport	½ bis 1 Lektion pro Woche
Mittelschule	Naturlehre, Hauswirtschaft, Sport, Religion/Ethik/Lebenskunde	½ Lektion pro Woche
Berufsschulen	Pflichtstoff der allgemein bildenden Fächer	5 bis 10 Stunden pro Jahr

Die Lehrpläne schreiben die Grobziele vor, zeigen die Themenkreise auf, machen Inhaltsangaben und geben Erläuterungen und Hinweise für die Unterrichtsgestaltung. Es handelt sich dabei um die folgenden Themenkreise: Aids/HIV, Suchtprävention, Geschlechtererziehung, Eigenverantwortung übernehmen, Atmung, Blut und Kreislauf, Ernährung, Verdauung, sexuelles Verhalten, Zeugung/Schwangerschaft/Geburt, Genetik, Empfängnisverhütung, Antrieb Bewegung, Sport, Körper und Sicherheit.

Im Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung und -erziehung sind namentlich die folgenden schulischen Präventionsaktivitäten des Kantons zu nennen:

- Schulärztlicher Untersuch im 1., 4. und 8. Schuljahr
- Sehtest im Kindergarten
- Schulzahnärztliche Untersuchung jährlich von der 1. bis zur 6. Klasse
- Pausenapfelaktion in der Volksschule
- Haltungsturnen in den Pausen
- Richtige Sitzhaltung und Bestuhlung
- Vorschriften für die Schulzimmer: Beleuchtung, Grösse usw.
- Lehrerweiterbildungskurse zu Themen wie Gesundheit, Ernährung, Sucht usw.
- Rauchverbote im Schulhausareal
- Gesundheitsaktionen und -tage an den Schulen
- Kaderausbildung für Kontaktpersonen in Gesundheitsförderung
- Finanzielle Unterstützung für gesundheitsfördernde Aktionen in Schulen
- Beizug des Schularztes nach dem Holprinzip
- Fachstellenpersonen im Unterricht

2.3.3 Gesundheitsförderliche Lebensweise

Selbstverständlich findet "Gesundheitsförderung und Prävention" - eine gesundheitsförderliche Lebensweise - in den verschiedensten Formen und unter den verschiedensten Namen statt, und zwar individuell und in Gruppen, organisiert und nicht organisiert. Vielfach stehen die Bereiche Ernährung und Bewegung (Sport) im Vordergrund. Dazu wird auch auf den Anhang III verwiesen.

Es ist bekannt, dass der Gesundheitszustand der Bevölkerung nicht nur von der Qualität und Vielfalt der medizinischen Leistungen und vom Zugang zu diesen Leistungen abhängt. Auch die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen (z.B. Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit), die individuellen Verhaltensweisen und der Lebensstil (z.B. Ernährung, Alkohol- und Tabakkonsum, körperliche Aktivität) und Umwelteinflüsse (z.B. Lärm, Luftqualität) können dauerhafte Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung haben. Die politischen Entscheidungen, die im Bereich der Wirtschaft, der Umwelt, des Verkehrs, der Bildung, der Migration, der Kultur und der Sozialversicherungen getroffen werden, wirken sich somit auf die Gesundheit und die Gesundheitspolitik aus. Für die Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Bevölkerung besteht daher eine sektorenübergreifende Verantwortung. Wünschenswert ist daher eine Gesundheitsverträglichkeitsprüfung³ als ein Instrument zur Entscheidungshilfe. Damit könnten in der Phase der Meinungsbildung die möglichen Auswirkungen einer bevorstehenden oder bereits getroffenen Entscheidung auf die individuelle und kollektive Gesundheit überprüft werden. Heute bestehen bereits einige praktische Erfahrungen mit Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen, namentlich in Kanada, Australien, England und in den Niederlanden. In der Schweiz ist es der Kanton Tessin, der bereits praktische Erfahrungen gemacht hat.

Auf internationaler Ebene stellte die Weltgesundheitsorganisation WHO mit der Ottawa-Charta 1986 als eine von fünf Forderungen die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik in den Mittelpunkt. Zwei Jahre später vertiefte die Adelaide Konferenz das Thema. 1992 hat die Konferenz der Vereinten Nationen über Umwelt und Entwicklung (UNCED) in Rio de Janeiro ein umfassendes Arbeitsprogramm für nachhaltige Entwicklung unter dem Titel "Agenda 21" verabschiedet. Unter dem gleichen Titel hat die WHO Region Europa ein Programm erarbeitet, das für das 21. Jahrhundert einen Referenzrahmen und konkrete Handlungsschwerpunkte definiert, um die Gesundheit ins Zentrum der Entwicklung unserer Gesellschaft zu stellen. Eine Entwicklung, die als oberstes Ziel das Wohlbefinden der Menschen und die Reduktion von Ungleichheiten hat.

In der Schweiz wurde gestützt auf die Agenda 21 der UNCED ein Aktionsplan für die nachhaltige Entwicklung der Schweiz erarbeitet, welcher 1997 durch den Bundesrat verabschiedet wurde. Ein bedeutender Teil davon ist der Schweizerische Aktionsplan "Umwelt und Gesundheit", welcher konkrete Ziele und Massnahmen in den Bereichen Natur, Mobilität, Wohnen im Zusammenhang mit Wohlbefinden nennt.

Im Jahr 2002 hat die Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (SGPG) die "Gesundheitsziele für die Schweiz" formuliert. Mit Unterstützung des Bundesamtes für Gesundheit, der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz und des Projekts Nationale Gesundheitspolitik Schweiz wurden darin für die Schweiz relevante Ziele mit Blick auf mehr Lebensqualität für alle definiert. Sie sollen eine Orientierung bilden für die Verantwortlichen des Bundes und der Kantone sowie für die Fachkreise und spezialisierten Institutionen im Bereich der Gesundheit.

³ vgl. auch Kapitel III, Ziffer 1.1

3. Volkswirtschaftliche Bedeutung

Neben dem Hauptauftrag, die Gesundheit zu fördern, Unfälle zu vermeiden sowie die Kranken und Verunfallten zu versorgen, stellt das Gesundheitswesen einen wesentlichen volkswirtschaftlichen Faktor dar. Schätzungsweise arbeiten ca. 1'000 Personen vollzeitlich in den Gesundheitsberufen im Kanton Uri. Im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung wurden im Kanton Uri 2002 Leistungen in der Höhe von rund 48 Millionen erbracht. In diesem Betrag nicht enthalten sind die Beiträge des Kantons an das Kantonsspital Uri von 13.4 Millionen Franken.

Das Kantonsspital Uri hat für den Kanton Uri auch als Wirtschaftsfaktor und Ausbildungsstätte eine grosse Bedeutung. Das Unternehmen Kantonsspital war Ende Dezember 2002 mit 500 Beschäftigten, wovon 234 Vollzeitstellen, nach der Dätwyler AG und der Kantonalen Verwaltung der drittgrösste Arbeitgeber des Kantons. Der jährliche Betriebsaufwand gemäss Budget 2003 beträgt 46.4 Mio. Franken. In der Region fielen 2001 Wareneinkäufe von rund 1.7 Mio. Franken an. Weiter wurden an Personen mit Wohnsitz im Kanton Uri 21.3 Mio. Franken Löhne ausbezahlt. Gestützt auf den so genannten Multiplikatoreffekt (jeder Franken durchläuft eine Kette von Weiterverwendungen) erzeugt das Kantonsspital dadurch einen jährlichen Geldfluss zwischen 28 und 36 Mio. Franken. Mit seinen rund fünfzig Ausbildungsstellen leistet das Kantonsspital Uri überdies einen wichtigen bildungspolitischen Beitrag.⁴

⁴ vgl. Kantonsspital Uri; Jahresbericht 2002; S. 1 und 10

4. Wertung

Die nachfolgenden Hinweise auf Vor- und Nachteile entstammen einer Befragung einzelner Fachleute aus dem Kanton Uri durch den eingangs genannten Gesundheitsökonom.

4.1 Vorteile

Die dargestellte Struktur der Gesundheitsversorgung weist folgende Vorteile auf:

- Die Kleinheit des Kantons und die damit verbundene verhältnismässig geringe Anzahl Leistungserbringer dürfte nicht nur die Gefahr der Mengenausweitung begrenzen helfen, sondern auch eine von Anfang an grössere Vernetzung zwischen den einzelnen Leistungserbringern ermöglichen (die einzelnen Leistungserbringer kennen sich untereinander).
- Diese Grundstruktur dürfte dazu beigetragen haben, dass die ganzheitliche Sichtweise im Vergleich zu einer rein dem Spezialistendenken verschriebenen Medizin ein relativ hohes Gewicht aufweist.
- Wegen seiner Kleinheit ergab sich für den Kanton Uri schon früh die Notwendigkeit, vermehrt interkantonal zusammenzuarbeiten.
- Aus der Kleinheit des Kantons ergeben sich auch übersichtliche Strukturen und in der Folge relativ schnelle Entscheidungswege sowie eine hohe Flexibilität.
- Diese Übersichtlichkeit schlägt sich auch in einer vergleichsweise günstigen Kostenstruktur und damit in gesamtschweizerisch tiefen Prämien für die obligatorische Krankenversicherung nieder (vgl. diesbezüglich auch den Anhang I über die Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung).
- Letzteres dürfte aber auch darauf zurückzuführen sein, dass die Urnerinnen und Urner generell als eine Bevölkerung gelten, deren Patientenerwartungen gesamthaft gesehen nicht als übertrieben bezeichnet werden können. Dazu gehört insbesondere auch das Vertrauensverhältnis zwischen Hausärztinnen und -ärzten und Patientinnen und Patienten.

4.2 Nachteile

Die ernerische Gesundheitsversorgung weist aber nicht zuletzt auch wegen der Kleinheit des Kantons einige Schwächen auf:

- Vor allem bei der stationären Versorgung stellt sich die Frage nach der kritischen Grösse: nicht nur betriebswirtschaftlich, sondern vielmehr bezüglich der Erbringung einer optimalen Versorgungsqualität. In verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens ist eine minimale Anzahl Fälle neben der Erfahrung der Berufspersonen die wichtigste Grösse für eine qualitativ gute Versorgung der Bevölkerung.

- Im Rahmen der Kleinheit können sich Rivalitäten unter einzelnen Leistungserbringern viel nachhaltiger auswirken als in einem Grosskanton, weil vielfach keine Ausweichmöglichkeit besteht. In solchen Fällen besteht auch die Gefahr, dass Koordinationspotentiale und Vernetzungsmöglichkeiten nicht in vollem Umfang ausgeschöpft werden können. Die oben erwähnte Stärke eines solchen Systems kann deshalb auch zu einer Schwäche verkommen, wenn einzelne Leistungserbringer beispielsweise aus persönlichen Gründen miteinander kaum oder gar nicht zusammenarbeiten können.
- Die Wettbewerbsmöglichkeiten im Kanton Uri sind – soweit es sie im Gesundheitswesen überhaupt gibt bzw. geben soll – beschränkt. Das Kantonsspital Uri verfügt im stationären Bereich für ausschliesslich grundversicherte Patientinnen und Patienten über eine geschützte Stellung.
- Aber auch im Rahmen der ambulanten Versorgung ist die freie Wahl der Leistungserbringer teilweise eingeschränkt. So ist es zurzeit im Kanton Uri nicht uneingeschränkt möglich, den Gynäkologen oder den Zahnarzt zu wechseln. Im Bereich der Gynäkologie kommt hinzu, dass sich Patientinnen innerkantonal nicht von einer Fachärztin behandeln lassen können.
- Der Kanton Uri ist nur teilweise in der Lage, mit eigenen Mitteln eine ausserordentliche sanitätsdienstliche Lage zu bewältigen. Die Hilfe durch Nachbarkantone und weitere ausserkantonale Partner ist sehr schnell erforderlich. Das bedingt, dass die Organisationsstrukturen und die Schulung des Fachpersonals interkantonal abzustimmen und Synergien zu nutzen sind.
- Fraglich ist aber auch, ob der Wettbewerb dort spielt, wo die ernerische Gesundheitsversorgung über ein gutes oder sogar sehr gutes Angebot verfügt. So dürfte sich beispielsweise im Bereich der Physiotherapie die Frage stellen, warum der Kanton Uri im gesamtschweizerischen Vergleich bei den Fallkosten einen Spitzenwert aufweist. Nicht auszuschliessen ist dabei, dass auch hier eine an sich positive Grundtendenz des ernerischen Gesundheitswesens negative Aspekte aufweist. So dürfte die hohe Anzahl an Physiotherapeutinnen und –therapeuten im Kanton mit auf die hohen sportlichen Aktivitäten der Unerinnen und Uner zurückzuführen sein. Einfluss haben dürften darüber hinaus aber auch die vorhandenen orthopädisch-chirurgischen Behandlungsmöglichkeiten im Kanton.
- Auch wenn der Kanton Uri im gesamtschweizerischen Vergleich gut dasteht, ist darauf hinzuweisen, dass mindestens bezüglich der ambulanten Kosten im zentralschweizerischen Vergleich noch Verbesserungspotential bestehen dürfte.

III. Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung von morgen

1. Nationale Trends

1.1 Multisektorale Verantwortung

Der Gesundheitszustand der Bevölkerung hängt nicht nur von der Qualität und Vielfalt der medizinischen Leistungen und vom Zugang zu diesen Leistungen ab. In zunehmendem Masse wird auch erkannt, dass die Rahmenbedingungen ausserhalb des Gesundheitswesens einen ebenso entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit des Menschen haben. Im Vordergrund stehen die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen (Wohnverhältnisse, Stress und Arbeitsplatz-Unsicherheit, Arbeitslosigkeit), die individuellen Verhaltensweisen und der Lebensstil (Ernährung, Konsum von Suchtmitteln wie Alkohol und Tabak, körperliche Aktivität) und die Umwelteinflüsse (Lärm, Luftqualität), welche dauerhafte Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung haben können. Somit wirken sich insbesondere Entscheidungen in den Bereichen Wirtschaft, Umwelt, Verkehr, Migration, Kultur und Sozialversicherungen auf die Gesundheit und die Gesundheitspolitik aus. Deshalb besteht für die Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Bevölkerung eine multisektorale Verantwortung (siehe auch Anhang III).

Es ist festzustellen, dass das Bewusstsein für die multisektorale Verantwortung für die Gesundheit in der jüngsten Vergangenheit gestiegen ist. Es fehlt jedoch noch weitgehend an einer Gesamtsicht, die über den Gesundheitsschutz hinausgeht.⁵ Parallel zur Diskussion um die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen wurden jedoch Massnahmen eingeleitet, welche die Wahrnehmung der multisektoralen Verantwortung für die Gesundheit unterstützen sollen. Besonders erwähnenswert dafür sind zwei Beispiele:

Projekt "Nationale Gesundheitspolitik Schweiz"

Ziel dieses Projekts⁶ ist es, die Gesundheitspolitiken des Bundes und der Kantone besser aufeinander abzustimmen. Einerseits wurde zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Information der Bevölkerung das Schweizerische Gesundheitsobservatorium⁷ geschaffen. Andererseits entwickelt man zurzeit auf den folgenden drei Gebieten eine nationale Gesundheitspolitik:

- psychische Gesundheit
- Angebotsplanung, insbesondere in der Spitzenmedizin
- Empowerment oder Wahrnehmung der Interessen von Bevölkerung und Patienten sowie Förderung ihrer Kompetenzen im Gesundheitsbereich.

Zudem wird die Abklärung der Möglichkeiten für die Schaffung einer gesundheitspolitischen Plattform und Eröffnung des Übereinstimmungsprozesses auf nationaler Ebene bearbeitet.

⁵ Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen; Gesundheitsziele für die Schweiz, 2002; Ziel 14, S. 34 ff

⁶ Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, Bern; vgl. auch www.nationalegesundheit.ch

⁷ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuenburg; vgl. auch www.obsan.ch

Gesundheitsverträglichkeitsprüfung

Die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung tritt als geeignetes Instrument zur Wahrnehmung dieser multisektoralen Verantwortung immer mehr in den Vordergrund. Mit ihr können die möglichen Auswirkungen einer bevorstehenden oder bereits getroffenen Entscheidung auf die Gesundheit der Bevölkerung beurteilt werden. Erfahrungen mit diesem Instrument haben bereits die Kantone Tessin, Jura, Genf und Wallis gemacht. Zudem hat die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz einen Bericht⁸ verabschiedet, welcher zur Sensibilisierung für das Thema beitragen soll.

1.2 Demographische Entwicklung und Pflegebedürftigkeit

In den nächsten Jahrzehnten wird die Zahl älterer und hochbetagter Menschen in der Schweiz stark ansteigen. Der Höhepunkt dieser demographischen Alterung wird erreicht, wenn die geburtenstarken Jahrgänge ein hohes Alter erreichen. Ein bedeutsamer Einflussfaktor der künftigen Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung ist auch die weitere Entwicklung der Lebenserwartung. Dies gilt speziell für Erkrankungen, welche stark altersabhängig sind wie etwa hirnorganische Störungen.

Eine aktuelle Untersuchung⁹ zeigt, dass bei älteren Menschen allgemein wie auch bei ausgewählten Altersrisiken der Pflegebedarf demographisch bedingt ansteigen wird. Der Anstieg wird aber mit grosser Wahrscheinlichkeit weniger drastisch sein, als dies eine lineare Fortschreibung der heutigen Pflegebedürftigkeit aufgrund der demographischen Entwicklung befürchten lässt. Dafür sind gesundheitliche und soziale Faktoren verantwortlich, die sich künftig in Form einer verminderten Pflegebedürftigkeit auswirken werden. Die behinderungsfreie Lebenszeit wird weiterhin wachsen. Gleichzeitig wird deutlich, dass eine breitere Umsetzung der heute schon bekannten und erfolgreich getesteten Präventions- und Interventionsstrategien die demographischen Effekte weiter wirksam abschwächen kann. Bereits eine moderate Reduktion der Pflegebedürftigkeit vermag zehn Jahre demographische Alterung zu kompensieren. Allein schon eine einjährige Verzögerung alltagsrelevanter Einbussen bei demenziellen Störungen entschärft das Problem der Pflege demenzkranker Menschen wesentlich. Die negativen Konsequenzen der demographischen Alterung lassen sich deutlich mildern. Aber auch unter günstigen Rahmenbedingungen wird aufgrund des Alterns geburtenstarker Jahrgänge die Zahl der pflegebedürftigen älteren Menschen - und dabei namentlich auch demenzkranker alter Menschen - ansteigen. Deshalb ist die Regelung und Finanzierung namentlich der Langzeitpflege im Alter neu zu organisieren.

In Ergänzung zu diesen gesamtschweizerisch gültigen Feststellungen wird auf die Urner Pflegeheimplanung 2002-2007¹⁰ verwiesen. Darin wird aufgezeigt, dass sich der Kanton Uri in den Neunzigerjahren von einem Kanton mit leicht unterdurchschnittlichem Betagtenanteil zu einem Kanton mit überdurchschnittlichem Anteil von Betagten und vor allem Hochbetagten an der Wohnbevölkerung entwickelt hat. Es ist davon auszugehen, dass der Kanton Uri einen zunehmend höheren Anteil an Hochbetagten aufweisen wird als der Rest der Schweiz. Der Anteil der Hochbetagten und damit der potentiell Pflegebedürftigen wird nicht nur prozentual, sondern auch in absoluten Zahlen innerhalb der nächsten zehn Jahre weiter ansteigen. Der Nachfragedruck auf Pflegeeinrichtungen und Entlastungsdienste wird während des gesamten laufenden Jahrzehntes anhalten.

⁸ SDK; Plädoyer für die Einführung einer institutionsübergreifenden, interkantonalen Arbeitsgruppe zur Erarbeitung eines Standardverfahrens für eine Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (GVP) für die öffentliche Politik; 2003

⁹ vgl. Höpflinger, Hugentobler; Pflegebedürftigkeit in der Schweiz; 2003, S. 18

¹⁰ vgl. Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion Uri, Juni 2002, S. 7

1.3 Das eidgenössische Krankenversicherungsgesetz

Mit der Annahme des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) hat die Schweiz 1994 den Schritt von einem Privatversicherungs- zu einem Sozialversicherungssystem vollzogen. Das KVG stellt die erste grosse strukturelle Reform des schweizerischen Gesundheitswesens seit über 80 Jahren dar. Es ist seit dem 1. Januar 1996 in Kraft.

Rückblickend auf die ersten Jahre nach Inkrafttreten des KVG ist festzustellen, dass gesamtschweizerisch vor allem drei Sektoren zum raschen Wachstum der Kosten der obligatorischen Krankenversicherung beigetragen haben. Es sind dies die Medikamente, die Pflegeheime und die ambulanten Spitalbehandlungen. Laut Schätzungen des Bundesamtes für Statistik¹¹ liegen die Kosten des Gesundheitswesens im Jahr 2000 bei 43,4 Milliarden Franken. Der Anteil am Bruttoinlandprodukt ist während der vergangenen 40 Jahre stetig gewachsen. 1960 betrug er noch 4,9 Prozent, heute erreicht er 10,7 Prozent. Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen ist also kein neues Phänomen. Er kann auch nicht als "explosiv" eingestuft werden; im Gegenteil, er ist stetig und entspricht eindeutig der Entwicklung der sozialen und individuellen Ansprüche an die Lebensqualität, zu der die Gesundheit ganz wesentlich beiträgt. Der Kostenanstieg hängt weder mit dem KVG zusammen, noch haben die Wirtschaftszyklen einen Einfluss auf die Entwicklung der Gesundheitskosten. Vielmehr handelt es sich um ein soziales Phänomen, das alle Akteure und ihr jeweiligen Verhalten umfasst: Patienten, Leistungserbringer, Krankenversicherer, Behörden.

Gegenwärtig berät das eidgenössische Parlament die zweite KVG-Revision. Die hauptsächlichsten Änderungen betreffen die Neuordnung der Spitalfinanzierung, die Aufhebung des Kontrahierungszwangs der Versicherer mit den ambulanten Leistungserbringern sowie die Einführung von sozialpolitischen Vorgaben an die Kantone bei der Gewährung von Prämienverbilligungen an Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen. Es wird angestrebt, dass die zweite KVG-Revision im Jahr 2005 oder 2006 in Kraft tritt.

In einem weiteren Revisionschritt soll dann die monistische Spitalfinanzierung¹² eingeführt werden. Für den Kanton Uri wird die Ausgestaltung dieses Finanzierungssystems von grosser Wichtigkeit sein. Allerdings sind zahlreiche Fragen zu den Rahmenbedingungen in der politischen Diskussion noch zu klären. Vor allem für kleinere Kantone wie Uri stellen sich beispielsweise Fragen der künftigen Planungskompetenz gegenüber den Listenspitalern. Davon ausgehend, dass die Krankenversicherer die Rolle des Monisten erhalten werden, ist für den Kanton Uri die Gewährleistung der Versorgungssicherheit durch das Kantonsspital Uri ein zentrales Anliegen.

1.4 Zusatzversicherungen

Mit der Inkraftsetzung des KVG wurde die obligatorische Krankenpflege-Grundversicherung eingeführt und die Zusatzversicherungen dereguliert. Letztere unterstehen neu dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag. Die Zusatzversicherer haben keine Aufnahmepflicht und bestimmen, welche ergänzenden Leistungen zur obligatorischen Grundversicherung sie anbieten. Sie erheben dafür risikogerechte Prämien:

Wie überall in der Schweiz ist auch im Kanton Uri die Zahl der zusatzversicherten Personen seit der Einführung des KVG zurückgegangen. Mit den Versicherungsrückstufungen ist insbesondere für das Kantonsspital Uri die Gefahr verbunden, dass das Potential der finanziell interessanten Patientinnen und Patienten und damit der Gesamtkostendeckungsgrad des Spitals weiter reduziert wird. Nachdem nun neuerdings die Wohnkantone auch für zusatz-

¹¹ Bundesamt für Statistik, Neuenburg, Pressemitteilung 22.7.2003

¹² Gegenstück zur heute praktizierten dualen Spitalfinanzierung durch die Kantone und die Krankenversicherer. Mit der monistischen Spitalfinanzierung werden alle Kosten ausschließlich durch einen Finanzierer - aus einer Hand - getragen.

versicherte Personen die gleichen Kostenbeiträge zu leisten haben wie für ausschliesslich Grundversicherte, ist zu erwarten, dass der Rückgang der zusatzversicherten Personen etwas gebremst wird. Andererseits sind dadurch die Kosten, welche die Kantone bei allen medizinisch notwendigen Behandlungen zwingend zu übernehmen haben, stark angestiegen.

Tabelle 4: Anzahl stationär behandelte zusatzversicherte Patientinnen und Patienten am Kantonsspital Uri

Jahr	Anzahl stationär behandelte Patientinnen und Patienten (Akutspital)		
	Halbprivat/Privatabteilung	Allgemeine Abteilung	Total
1996	1'350 (41.9 %)	1'874 (58.1 %)	3'224
1997	1'301 (39.4 %)	2'001 (60.6 %)	3'302
1998	1'292 (37.6 %)	2'141 (62.4 %)	3'433
1999	1'259 (37.7 %)	2'081 (62.3 %)	3'340
2000	1'117 (33.4 %)	2'224 (66.6 %)	3'341
2001	1'124 (34.8 %)	2'104 (65.2 %)	3'228
2002	1'089 (33.6 %)	2'155 (66.4 %)	3'244

Quelle: Kantonsspital Uri, Spitaldirektion

1.5 Berufszulassungen

Seit Mitte 2002 gilt in der Schweiz ein Zulassungsstopp für die ambulanten Leistungserbringer zulasten der Krankenpflege-Grundversicherung. Damit wird grundsätzlich die Zahl der Leistungserbringer in jedem Kanton auf dem Stand von Anfang 2002 eingefroren. Die Kantone haben jedoch die Möglichkeit, entsprechend ihrer Versorgungssituation den Zulassungsstopp zu verschärfen oder zu lockern. Der Zulassungsstopp gilt bis längstens Mitte 2005. Er soll ersetzt werden durch eine Lockerung des Vertragszwangs der Versicherer mit den Leistungserbringern im Rahmen der zweiten KVG-Revision.

Durch den heute geltenden Zulassungsstopp und die zu erwartende Neuregelung des Vertragszwangs erhalten die Kantone die Möglichkeit, lenkend auf die ambulante Versorgungssituation im Kantonsgebiet Einfluss zu nehmen. Während für Regionen mit ausreichender Versorgung keine zusätzlichen Zulassungsbewilligungen erteilt werden, ist dies für unterversorgte Regionen weiterhin möglich. Das erhöht die Chancen für die Randregionen, zusätzliche Leistungserbringer für sich zu gewinnen. Denn in diesen Gebieten - im Kanton Uri sind es das mittlere und obere Reusstal, das Urserental und die Seitentäler - stellt die längerfristige Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Grundversorgung eine grosse Herausforderung dar. Dies gilt insbesondere im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich.

1999 setzte die Sanitätsdirektorenkonferenz eine Arbeitsgruppe ein, welche einen Vorschlag für ein koordiniertes Vorgehen der Kantone bei der Erteilung von Bewilligungen zur Ausübung von Berufen im Gesundheitswesen ausarbeiten sollte, deren Werdegang nicht gesamtschweizerisch öffentlich-rechtlich geregelt ist. Denn die fehlende Einheit der schweizerischen Regelungen führt insbesondere auch zu Unsicherheiten bei den Lernenden und den Patientinnen und Patienten.

Die Arbeitsgruppe erarbeitete folgende Modelle:

- Diplomorientiertes Modell (mit zwei Varianten): Es stellt das traditionelle Modell der Kantone dar, das alle nicht der Schulmedizin verpflichteten Berufe, mithin die Ausübung naturheilkundlicher Verfahren durch nichtärztliche Heilpraktikerinnen und –praktiker, von der Berufsausübung ausschliesst.
- Gefährdungsorientiertes Modell: Dieses Modell erhebt die Gefährdung der Gesundheit (Gesundheitsschutz) zum einzigen generellen Kriterium für die Bewilligungspflicht einer Tätigkeit.
- Tätigkeitsspezifisches Modell: Dieses Modell verankert die Bewilligungsvoraussetzungen bereits auf Gesetzesstufe positiv und abschliessend anhand detaillierter, dem Massstab anerkannter Wissenschaften entsprechender Kriterien.

Mehrere Kantone kennen das tätigkeitsspezifische Modell der Berufszulassung. Dabei werden die Bewilligungsvoraussetzungen zumeist auf Verordnungsstufe sehr umfassend festgelegt. Der Vollzugsaufwand bei der Erteilung der Bewilligungen und bei der laufenden Kontrolle ist dementsprechend gross.

Der Kanton Uri praktiziert zurzeit eine Berufszulassung nach dem gefährdungsorientierten Modell (vgl. dazu auch Ziffer 2). Das hat sich grundsätzlich bewährt. Allerdings soll die Liste der bewilligungspflichtigen Berufe periodisch überprüft und den veränderten rechtlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (z.B. Zulassung als Leistungserbringer zur sozialen Krankenversicherung usw.) angepasst werden. Heute scheint beispielsweise die Aufnahme der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in die Liste der bewilligungspflichtigen Berufe angezeigt. Damit würde auch der Realität psychischer Probleme und Krankheiten Rechnung getragen. Zu beachten sind dabei auch die Regelungen in anderen Kantonen (z.B. der Zentralschweiz).

Das Angebot an Hebammen im Kanton Uri dürfte sich in den nächsten Jahren strukturell verändern. Zum einen ist abzusehen, dass einige Hebammen ihre Berufsausübung altersbedingt einstellen. Diese strukturellen Veränderungen dürften umso mehr wiegen, als zurzeit im Kanton keine Gynäkologin tätig ist.

2. Interkantonale Trends

Angesichts der öffentlichen Mittelknappheit sind verschiedene Kantone dazu übergegangen, strukturelle Veränderungen im vorab öffentlich mitfinanzierten somatischen Akutspital-Bereich vorzunehmen. Diese Veränderungen haben aber in der Regel auch Auswirkungen auf vor- und nachgelagerte Institutionen. Solche Ansätze basieren in der Regel auf folgenden Elementen:

- Regionalisierung
- Pauschalierung der Kostenabgeltung
- Verselbständigung
- Bettenabbau/Spitalschliessungen

Im Spitalbereich wird auch in den nächsten Jahren die folgende Entwicklung anhalten:

- Rückgang der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer im Akutspital;
- Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich;
- Zunahme der Patienteneintritte;
- neue Diagnostik- und Therapieverfahren.

Diese Entwicklung hat unter anderem die folgenden Auswirkungen:

- stagnierende (bei Zunahme der Patienteneintritte) oder weiter sinkende Bettenauslastung;
- zusätzlicher Investitionsbedarf im ambulanten Bereich;
- zusätzlicher Investitionsbedarf in neue Medizintechnik.

Für die Spitäler stellt diese Entwicklung eine grosse Herausforderung dar. Im Rahmen von Betriebsvergleichen werden auch die durchschnittlichen Kosten pro Patient (Fallkosten) verglichen und so einem Wettbewerbssystem ausgesetzt. Jedes Spital - ob gross oder klein - muss regelmässig seine individuellen Möglichkeiten analysieren und optimal nutzen. Dabei gilt nicht in jedem Fall "grösser ist billiger" (siehe u.a. Effizienz der Spitalführung, sprungfixe Kosten) und schon gar nicht "grösser ist besser".

2.1 Interkantonale Zusammenarbeit

Die Regionalisierung beabsichtigt in der Regel folgende Ziele:

- Intensivierung der Zusammenarbeit, dadurch Generierung von Verbesserungspotential, Abbau von regionalen Doppelspurigkeiten
- Qualitative Optimierung im Interesse der kritischen Grössen
- Reduktion des Wachstums des Kantonsbeitrages an das Globalbudget der Spitäler

Die Erfahrungen aus verschiedenen Kantonen zeigen, dass Lösungsansätze, welche zwei oder mehrere Spitäler vernetzen oder vereinigen, gut geeignet sein können, das wirtschaftliche Optimierungspotential nachhaltig auszuschöpfen. Dabei werden zunehmend auch interkantonale Kooperationen möglich. Hier zeigt sich aber auch, dass die praktische Umsetzung von theoretisch interessanten Kooperationsprojekten oft mit grossen Schwierigkeiten verbunden ist. Wohl auch deshalb wird das Sparpotential von gemeinsamen Projekten vielfach überschätzt.

Im Bereich der interkantonalen Zusammenarbeit ist auch der Kanton Uri seit längerer Zeit tätig. Zusammen mit den Kantonen Ob- und Nidwalden wurde unter dem Kürzel "UNO" nicht nur eine gemeinsame Spitalplanung erstellt, sondern auch die Zusammenarbeit zwischen den Kantons-spitälern mittels Verwaltungsvereinbarung stärker gefördert. Mehrere UNO-Zusammenarbeitsprojekte sind bereits erfolgreich realisiert, namentlich:

- Gefässchirurgie am Kantonsspital Uri
- ambulante kardiale Rehabilitation am Kantonsspital Nidwalden
- endoskopische Gallenwegsabklärung am Kantonsspital Uri

- Ablösung der Spitalinformatik am Kantonsspital Uri und Nidwalden
- Aufgabenteilung in Tariffragen
- Einführung von Tarmed
- gemeinsames betriebliches Controlling
- gemeinsame Fortbildung im Pflegebereich

Aufgrund des Ob- und Nidwaldner Spitalkooperationsprojektes "Zwei Häuser - ein Spital" und der damit verbundenen Unsicherheiten hat die Zusammenarbeit zwischen den drei UNO-Kantonsspitalern kurzfristig zweite Priorität.

Die GSUD und der Spitalrat des Kantonsspitals Uri werden auch in Zukunft stets verschiedene Kooperationsmöglichkeiten verfolgen. So wäre beispielsweise eine horizontale Integration auch auf der Ebene der Spitäler Schwyz – Stans – Altdorf denkbar. Näher zu prüfen ist beispielsweise auch, wie weit eine engere Zusammenarbeit mit einem Zentrumsspital oder in ausgewählten Bereichen mit Privatkliniken erfolgsversprechend sein könnte.

2.2 Pauschalierung

Seit 2002 haben das Kantonsspital Uri und die Krankenversicherer eine Fallpauschale für stationäre Behandlungen von Akutpatientinnen und -patienten der allgemeinen Abteilung vereinbart. Gleichzeitig haben die GSUD und das Kantonsspital ein Finanzierungsmodell erarbeitet, welches den gesetzlich vorgeschriebenen Kantonsanteil an den bestellten und erbrachten Leistungen des Kantonsspitals mittels Pauschalen entschädigt. Dieses zukunftsorientierte System beinhaltet auch die Möglichkeit, dass das Kantonsspital Gewinn oder Verlust erzielen kann. Dadurch werden Anreize zur Verbesserung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit gesetzt. Das neue Globalkreditsystem wird im Jahr 2004 verbindlich eingeführt.

Als weiteren bedeutenden Schritt hat das Kantonsspital Uri eine umfassende fallbezogene Leistungserfassung eingeführt. Dies ist eine zentrale Voraussetzung zur Anwendung eines landesweit einheitlichen, leistungsbezogenen Patientenklassifizierungssystems. Ein solches System wird zurzeit auf nationaler Ebene erarbeitet, damit die durch den Gesetzgeber vorgesehene Einführung leistungsbezogener Pauschalen für die Vergütung der stationären Behandlung erfolgen kann.

2.3 Verselbständigung

Die Verselbständigung der Spitalgruppen verfolgt grundsätzlich folgende Ziele:

- Vermehrte Handlungsflexibilität und vermehrter unternehmerischer Freiraum für die öffentlichen Spitäler, um dem im Zusammenhang mit der neuen Spitalfinanzierung auf Bundesebene zu erwartenden intensiveren Wettbewerb standzuhalten.
- Ermöglichung interkantonalen Kooperationen und Fusionen mit verselbständigten öffentlichen Spitalern
- Realisierung von Sparpotentialen für den kantonalen Haushalt in Form von Reduktionen des Globalbudgets

Für die Verselbständigung werden in den Kantonen unterschiedliche Ansätze verfolgt. Uneinheitlich gelöst wird beispielsweise die Rechtsform. Dabei stehen vor allem die Aktiengesellschaft und die selbständige öffentlich-rechtliche Anstalt im Vordergrund. Das Kantonsspital Uri wird bereits seit längerer Zeit als öffentlich-rechtliche Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit betrieben.

Mit dem neuen Kantonsspitalgesetz wurden die unternehmerischen Freiheiten für das Kantonsspital Uri grundsätzlich erweitert. Es ist in seiner unternehmerischen Tätigkeit frei, soweit es sich mit den gesetzlichen Aufgaben und dem erteilten Leistungsauftrag verträgt. So kann das Kantonsspital Uri namentlich seine Dienstleistungen ausserkantonalen Institutionen und Einzelpersonen anbieten und mit Dritten zusammenarbeiten. Zudem kann es sich mit Dritten zu Organisationseinheiten zusammenschliessen und gemeinsame Dienstleistungsbetriebe führen. Schliesslich kann sich das Kantonsspital Uri auch an Unternehmungen beteiligen. Eine Verbesserung der unternehmerischen Freiheit ist noch im Bereich der Investitionen anzustreben. Nach dem geltenden Recht wird das Kantonsspital Uri für den baulichen und betrieblichen Unterhalt sowie die Ersatzinvestitionen pauschal entschädigt. Die Jährlichkeit verunmöglicht aber, dass das Kantonsspital nicht ausgeschöpfte Investitionskredite zurückstellen kann. Dadurch lassen sich nicht die gewünschten finanziellen Anreize zum sparsamen Mitteleinsatz setzen. Deshalb werden bei der nächsten gesetzgeberischen Gelegenheit diese Bestimmungen zu überprüfen sein.

2.4 Bettenabbau

Seit der Einführung des KVG verfolgten die Kantone unterschiedliche Ansätze zur Reduktion allfälliger Überkapazitäten im Rahmen der somatischen Akutmedizin. Dazu gehören auch Ansätze zur strukturellen und zur linearen Planung.

Der Kanton Uri verfolgte den Ansatz der interkantonalen Planung und Kooperation. Darüber hinaus reduzierte das Kantonsspital Uri bereits seit 1994 seine Bettenzahl kontinuierlich.

Tabelle 5: Bettenstatistik des Kantonsspitals Uri 1990-2002

	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002
Akutabteilung	148	148	148	137	115	110	110
Geriatric	36	36	36	36	30	33	33
Säuglinge	14	14	14	8	8	8	8
Total	198	198	198	181	153	151	151

Quelle: Kantonsspital Uri, Jahresberichte

Anzumerken ist, dass die Zahl der betriebenen Betten eines Spitals keinen Hinweis gibt auf eine wirksame und wirtschaftliche Spitalführung. Die Wirtschaftlichkeit eines Spitals bemisst sich vielmehr anhand der Kosten je Fall unter Berücksichtigung der Qualität der erbrachten Leistungen.

3. Zielsystem für die Gesundheitspolitik

Bereits in den achtziger Jahren wurde in Anlehnung an das Fünfeck der wirtschaftspolitischen Zielsetzungen ein solches für die gesundheitspolitischen Zielsetzungen entwickelt. Dieses dürfte sich auch mit Blick auf die abschätzbaren Zukunftstendenzen als allgemeine Richtschnur erweisen. Es lässt sich auf folgende Art umschreiben:¹³

- **Chancengleichheit:** Alle Einwohnerinnen und Einwohner sollen einen chancengleichen Zugang zu den Grundangeboten des Gesundheitswesens haben, d.h. eine entsprechende Verteilung, Nutzung und Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen müssen sichergestellt sein.
- **Leistungsfähigkeit:** Sie erweist sich darin, wie schnell und wirksam Krankheitsursachen und Risikofaktoren erkannt und bekämpft werden, in welchem Umfang Krankheiten frühzeitig diagnostiziert und behandelt, mit welchem Erfolg körperlich und geistig Behinderte wieder in das soziale und berufliche Leben eingegliedert und wie wirksam Pflegebedürftige versorgt werden können.
- **Bedarfsgerechtigkeit:** Umfang und Art medizinischer Leistungen sollen stärker als bisher am Bedarf ausgerichtet werden. Dabei muss der Bedarf nicht mit der Inanspruchnahme und dem Angebot von Gesundheitsleistungen identisch sein. Ausser vom Angebot wird der Bedarf an medizinischen Leistungen von Veränderungen der Morbidität, dem Krankheitsbegriff, den Risikofaktoren, dem Gesundheitsverhalten, dem Bildungsstand, der Bevölkerungsstruktur und -entwicklung sowie vom medizinischen und technischen Fortschritt beeinflusst.
- **Wirtschaftlichkeit:** Wirtschaftlichkeitsüberlegungen dürfen sich nicht auf einzelne Einrichtungen und Leistungen des Gesundheitswesens beschränken. Der Zusammenhang zwischen definierten Aufgaben und erbrachten Leistungen, dafür aufgewendeten Mitteln und tatsächlich erreichten Wirkungen muss für Teilbereiche und Einrichtungen sowie für das schweizerische Gesundheitswesen insgesamt untersucht und beurteilt werden.
- **Finanzierbarkeit:** Das Gesundheitswesen muss finanzierbar bleiben. Angesprochen sind damit die Probleme der Preisbildung und Tarifpolitik, die das Verhältnis der Krankenversicherung zu den Anbietergruppen betreffen, und die Frage der "Belastung" der Krankenversicherung durch die Patientinnen und Patienten sowie die Möglichkeiten der Staatsfinanzen.

Die formulierten Zielsetzungen ergänzen sich teilweise, weisen aber auch Widersprüchlichkeiten auf. Letzteres bedeutet, dass eine stärkere Realisierung eines bestimmten Ziels ein anderes der fünf allgemeinen Zielsetzungen gefährden kann. Deshalb vermögen rein ökonomistische oder etatistische Konzepte nicht zu überzeugen, weil sie die Probleme in anderen gesundheitspolitischen Zielfeldern vergrössern dürften. Gesucht ist daher ein vernünftiger Mix zwischen planerischen und wettbewerblichen Elementen, gesucht ist ganz allgemein ein Optimum.

¹³ vgl. Der Monat, Nr. 6, Juni 1984

Für den **Kanton Uri** stellen sich ausgehend vom Fünfeck der gesundheitspolitischen Zielsetzungen u.a. folgende Fragen:

- **Chancengleichheit:** Haben alle Bewohnerinnen und Bewohner – ungeachtet ihrer persönlichen Verhältnisse - den gleichen Zugang zu den Grundangeboten des Gesundheitswesens? Wie kann die künftige Versorgung auch für Menschen in den Seitentälern und im Urner Oberland angemessen gewährleistet werden?
- **Leistungsfähigkeit:** Gelingt es, Betreuungs- und Behandlungsangebote für ältere Menschen an die zeitgemässen Erfordernisse anzupassen, zu verbessern und auszubauen? Besteht eine ausreichende (sozial-)psychiatrische bzw. psychotherapeutische Versorgung? Sind die optimalen Rehabilitationsangebote in qualitativer und quantitativer Hinsicht vorhanden? Werden die multisektoralen Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Umwelt, Soziales und Arbeit genügend wahrgenommen? Welche Massnahmen sind erforderlich, um die (Notfall-)Versorgung auch in ausserordentlichen Lagen sicherzustellen?
- **Bedarfsgerechtigkeit:** Liegen zuverlässige Messinstrumente und ausreichende statistische Daten vor, um Aussagen zur Bedarfsgerechtigkeit des Urner Gesundheitsversorgungssystems zu machen? Werden die Versorgungsleistungen, die der Heilung oder Linderung von Krankheiten oder Unfällen dienen, ausreichend ergänzt durch Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, die auf Stärkung und Erhaltung der Gesundheit ausgerichtet sind?
- **Wirtschaftlichkeit:** Welche zusätzlichen Informationen sind notwendig, um Leistungen inner- und ausserkantonaler Spitäler vergleichen zu können? Kann die Wirtschaftlichkeit durch eine optimale interdisziplinäre Zusammenarbeit und Koordination unter den Leistungserbringern und Kantonen verbessert werden? Welche Konsequenzen hat die monistische Spitalfinanzierung in wirtschaftlicher Hinsicht und für die Versorgungssicherheit des Kantons Uri?
- **Finanzierbarkeit:** Sind die Prämien in der Grundversicherung für mittlere Bevölkerungsschichten im Kanton finanzierbar? Wie viele Bundes- und Kantonsbeiträge sind nötig, um das Sozialziel der Prämienverbilligung für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu erreichen? Wie können Versicherungsmodelle mit günstiger Prämienstruktur bei gleicher oder besserer Versorgungsqualität im Kanton Uri gefördert werden? Lässt sich der Kantonsbeitrag für notwendige inner- und ausserkantonale Gesundheitsleistungen finanzieren?

IV. Zielsetzungen

Auf den ersten Blick erscheinen viele der im Folgenden beschriebenen Leitsätze als bekannt. Tatsächlich werden viele Dinge bisher schon ganz oder teilweise gemacht. Zur Belebung der Diskussion sollen die Leitsätze aber trotzdem ausdrücklich festgehalten werden. Wo im Folgenden nicht ausdrücklich das Wort ‚bisher‘ verwendet wird, ist mindestens gedanklich eine neue Komponente in die Zielformulierung eingeflossen.

Sofern nichts anderes vermerkt ist, ist die GSUD für die Einleitung bzw. Beantragung der Zielverfolgung verantwortlich.

Sämtliche im Rahmen dieses Leitbilds formulierten Leitsätze und Hauptziele bzw. Massnahmen stehen unter dem Finanzierungsvorbehalt. Jede neue bzw. zu erneuernde Massnahme und jedes Vorhaben von Kooperationspartnerinnen und -partnern des Kantons sollen auf die finanziellen Auswirkungen und Verträglichkeiten überprüft werden.

1. Stationäre Versorgung

Leitsatz 1

Das Kantonsspital Uri erbringt für den Kanton Uri wie bisher die Leistungen der akutmedizinischen erweiterten Grundversorgung. Die spezialisierte Spitalversorgung wird mit interkantonalen Vereinbarungen sichergestellt. Die Freiheit der Wahl des Leistungserbringers soll für alle Versicherten soweit wie möglich aufrechterhalten bleiben.

Hauptziele

- Sicherstellen einer fortgesetzten interkantonalen Zusammenarbeit zur Gewährleistung der stationären Gesundheitsversorgung der Urner Bevölkerung
- Laufende Evaluation der inner- und ausserkantonalen Spitalleistungen anhand der diagnosebezogenen Fallkosten.

Leitsatz 2

Für pflegebedürftige Menschen werden genügend Pflegeheimplätze zur Verfügung gestellt. Massnahmen zur Prävention und Rehabilitation sowie zur Koordination und interdisziplinären Zusammenarbeit werden - insbesondere für die speziellen Angebote für demenzkranke Menschen - gefördert.

Hauptziele

- Eine "Begleit- und Koordinationsgruppe Altersplanung Uri" wird eingesetzt.
- Eine Informations- und Koordinationsstelle "Wohnen und Pflegen im Alter" ist zu prüfen.
- Gemeinsam mit den Leistungserbringern soll eine Strategie der gesundheitlichen Prävention und Rehabilitation bei älteren Menschen entwickelt werden.
- Die Qualitätsrichtlinien für die stationäre Langzeitpflege werden weiterentwickelt.
- Ein Altersleitbild Uri wird erarbeitet.

2. Ambulante Versorgung

Leitsatz 3

Die Gesundheitsversorgung (inkl. Notfalldienste) ist wie bisher kantonsweit zu gewährleisten. Soweit wie möglich kommt dabei der ambulanten Versorgung Priorität gegenüber der stationären zu. Die Leistungen sind unter Beachtung von ethischen Grundsätzen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich zu erbringen. Es gilt, ein optimales Verhältnis zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit zu finden.

Hauptziele

- Der Kanton schöpft seine Möglichkeiten aus, um in allen Regionen eine ausreichende Anzahl grundversorgender Ärztinnen und Ärzte sicherzustellen. Er unterstützt dabei die Aktivitäten von Gemeinden und Dritten.
- Der Kanton unterstützt Bestrebungen, damit im Kanton Uri eine Gynäkologin und ein Psychiater bzw. eine Psychiaterin eine Praxis eröffnet.
- Der Kanton ergänzt die Notfallversorgung der privaten Leistungserbringer mit einem zweckmässigen ambulanten Notfalldienst am Kantonsspital Uri.

Leitsatz 4

Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen sollen solange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung betreut und gepflegt werden. Dazu werden Spitex-Leistungen und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige gefördert.

Hauptziele

- Kanton und Gemeinden prüfen finanzielle Anreize zugunsten von Entlastungsangeboten (Ferienheime, Unterstützungsangebote für erwerbstätige Angehörige usw.)
- Der Kanton unterstützt und fördert die Bestrebungen zur Koordination zwischen Spitex und anderen Leistungserbringern in Richtung eines Arbeitens in einem Netzwerk mit gemeinsamer medizinischer und ökonomischer Verantwortung für den gesamten Behandlungsprozess.

3. Gesundheitsförderung und Prävention

Leitsatz 5

Der Mensch soll ein aktives Interesse am "Gesundsein" entwickeln. Dazu sind Wille und Fähigkeit eines jeden Einzelnen zu stärken, gesundheitsfördernde Lebensweisen anzunehmen und Gesundheitsrisiken zu erkennen, zu vermeiden oder zu bewältigen. Die Bevölkerung ist über gesundheitsfördernde Lebensweisen wie auch über Gesundheitsrisiken regelmässig zu informieren.

Hauptziele

- Die gesundheitsfördernden Aktivitäten des Kantons werden verstärkt. Mit Hilfe eines mehrjährigen Aktionsplans werden die Aktivitäten des Kantons nach Schwerpunkten geplant, koordiniert und transparent gemacht.
- Der Kanton setzt ein "Koordinationsgremium Prävention und Gesundheitsförderung Uri" ein.

Leitsatz 6

Der Lebensraum des Menschen soll gesundheitsfördernd gestaltet werden. Gesundheitsrelevante Aspekte sind bei Entscheidungen angemessen zu berücksichtigen.

Hauptziele

- Bedeutende politische Entscheidungen werden vorgängig einer Gesundheitsverträglichkeitsprüfung unterzogen. Mit diesem Instrument zur Entscheidungshilfe können die potenziellen Auswirkungen auf die Gesundheit transparent dargestellt werden.
- Die punktuelle Beteiligung am nationalen Aktionsplan "Umwelt und Gesundheit" von BAG und BUWAL wird angestrebt. Der schweizerische Aktionsplan verfolgt die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden aller Menschen in einer gesunden Umwelt und stützt sich auf das Arbeitsprogramm für nachhaltige Entwicklung ("Agenda 21") der Vereinten Nationen.

Leitsatz 7

Der Mensch soll in seinem Lebensraum gegen gesundheitsschädigende Einwirkungen geschützt werden. Risiken (Infektionskrankheiten, Unfälle, Umweltgefahren usw.) sind durch gezielte Massnahmen zu verhindern. Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände sollen eine aktive Rolle bei der Gesundheitsförderung in den Betrieben übernehmen. Dem Staat als Arbeitgeber kommt dabei eine Vorbildfunktion zu.

Hauptziele

- Im Rahmen gesundheitsfördernder und präventiver Massnahmen liegen die inhaltlichen Schwerpunkte auf den Bereichen Bewegung, Ernährung sowie Vermeidung von übermässigem Konsum von legalen und illegalen Suchtmitteln.
- In den Verwaltungsgebäuden des Kantons wird ein Rauchverbot eingeführt.
- Ein kantonales Verbot der von öffentlichem Grund aus sichtbaren Plakatwerbung für Tabak wird angestrebt.
- Aktivitäten zur Erhaltung und Förderung der psychischen Gesundheit werden verstärkt.

4. Aus- und Weiterbildung des Personals im Gesundheitswesen

Leitsatz 8

Der Kanton setzt sich für einen guten Ausbildungsstand und genügend Ausbildungs- und Praktikumsplätze für die Gesundheitsberufe ein.

Mit Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten werden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Gesundheitsberufen gefördert. Dadurch sollen die interdisziplinäre Zusammenarbeit, das Verständnis für betriebswirtschaftliche Zusammenhänge und die Führungsfähigkeit gestärkt werden.

Hauptziele

- Der Kanton setzt sich für eine qualitativ und quantitativ bedarfsgerechte Pflegeausbildung ein.
- Der Kanton stellt die entsprechenden Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten über die Leistungsvereinbarungen sicher.

5. Organisation, Planung und Koordination

Leitsatz 9

Die Gesundheitsversorgung geht von einem ganzheitlichen Menschenbild aus. Medizinisch-biologische und psychosoziale Erkenntnisse werden interdisziplinär angewendet. Im Rahmen des eidgenössischen Leistungskataloges anerkannte Massnahmen der Komplementärmedizin sind aktiv einzubeziehen und zu fördern.

Mit einem differenzierten Leistungsangebot wird die Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit angestrebt. Das Angebot umfasst präventive, kurative, rehabilitative und palliative Leistungen. Sie werden durch freipraktizierende Medizinalpersonen, das Kantonsspital, Pflegeinstitutionen, durch die Spitex und durch andere in der ambulanten Versorgung tätige Fachleute erbracht.

Hauptziele

- Der Kanton unterstützt bedarfsgerechte Angebote im Bereich der palliativen Leistungen (Massnahmen zur Linderung der Beschwerden einer Krankheit, aber nicht zur Bekämpfung deren Ursachen).
- Zur Optimierung der Behandlungs- und Versorgungsqualität fördert der Kanton den Aufbau eines Gesundheitsnetzwerks im Kanton Uri, bestehend aus dem primären Bereich (Hausärzte und Pflegepersonal), spezialisierten Strukturen (Akutspital und Fachärzten) sowie ambulanten und teilstationären Einrichtungen.

Leitsatz 10

Die Patientinnen und Patienten sind sorgfältig über die Diagnose, den Behandlungsplan und die damit verbundenen Vor- und Nachteile sowie Risiken aufzuklären. Wenn sie nicht in der Lage sind, ihre Einwilligung zu geben, darf nur gehandelt werden, wenn eine unmittelbare Lebensgefahr nicht anders abgewendet werden kann.

Hauptziele

- Die vom Kanton unterstützten Organisationen und Institutionen klären die Patientinnen und Patienten umfassend auf.
- Der Kanton sorgt über die Genehmigung der Tarifverträge und den Abschluss von Leistungsvereinbarungen für eine angemessene Qualitätssicherung (Verantwortlich für die Einleitung sind die Tarifpartner in Zusammenarbeit mit der GSUD).

Leitsatz 11

Den Vertragspartnern des Kantons wird im Rahmen ihres Leistungsauftrags soviel Selbständigkeit und Eigenverantwortung wie möglich übertragen.

Um Anbieter und Nachfrager von Gesundheitsleistungen zu sparsamem und zweckmässigem Mitteleinsatz anzuhalten, werden Finanzierungsmodelle mit entsprechenden Anreizen gefördert.

Hauptziel

- Abschluss von Leistungsvereinbarungen mit Rechten und Pflichten, möglichst klaren outputorientierten oder wirkungsorientierten Vorgaben sowie einer leistungsorientierten Finanzierung mit qualitativen Vorgaben.

Leitsatz 12

Das Kantonsspital Uri und andere Vertragspartner des Kantons führen eine transparente Kosten- und Leistungsrechnung.

Hauptziel

- Sicherstellung durch den Kanton über den Abschluss von Leistungsvereinbarungen und entsprechendem Controlling.

Leitsatz 13

Die Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden wird im Wesentlichen beibehalten. Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens können Privaten übertragen werden, sofern eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Erfüllung gewährleistet ist. Soziale und regionale Kriterien sind dabei angemessen zu berücksichtigen.

Hauptziele

- Formulierung von Leistungsaufträgen und Festlegung des Controllings.
- Wettbewerbliche Vergabe an jene Leistungserbringer mit dem optimalen Verhältnis zwischen Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit mit entsprechender Leistungsvereinbarung.
- Der Kanton erstellt ein Konzept für den Sanitätsdienst in ausserordentlichen Lagen (KSD), welches u.a. aufzeigt, welche vorbereitenden Massnahmen in organisatorischer, personeller, materieller und finanzieller Hinsicht zu treffen sind.

Leitsatz 14

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen wird gefördert.

Hauptziel

- Der Kanton organisiert regelmässig eine "Gesundheitskonferenz" für alle im Urner Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen und Organisationen. Sie soll die Schnittstellen und Überlappungen der verschiedenen Organisationen bzw. Tätigkeitsfelder thematisieren. Zudem soll sie das Verständnis für gesundheitspolitische Zusammenhänge fördern und das Vertrauen in das Gesundheitswesen festigen. Sie soll mithelfen, die Anliegen und Bedürfnisse der Bevölkerung frühzeitig zu erkennen und in die Aufgabenerfüllung miteinzubeziehen.

Leitsatz 15

Um eine bedarfsgerechte und wirkungsorientierte Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, wird die gesundheitsstatistische Datenlage über den Kanton Uri systematisch verbessert. Sie dient auch dazu, gesundheitsfördernde Aktionen zielgerichtet zu planen.

Hauptziel

- Die vorhandenen statistischen Informationen des Kantons und der Leistungserbringer - namentlich des Kantonsspitals Uri - werden für die kantonalen Planungs- und Koordinationsbedürfnisse verdichtet, zusammengeführt und wo nötig durch zusätzliche Erhebungen ergänzt.

Leitsatz 16

Planerische Arbeiten berücksichtigen stets die Auswirkungen auf andere Bereiche des Gesundheits-, Sozial- und Umweltwesens. Sie tragen ausserdem den Wechselwirkungen zwischen stationären und ambulanten Behandlungen, zwischen akuten und postakuten sowie zwischen somatischen und psychiatrischen Angeboten Rechnung.

Hauptziel

- Spital- und Pflegeheimplanungen beziehen die Entwicklungen im ambulanten Sektor mit ein und berücksichtigen mögliche Tendenzen der horizontalen und der vertikalen Integration zwischen Spitälern und anderen Institutionen.

V. Hauptsächlicher Handlungsbedarf

Die Ausführungen zum Ist-Zustand und zu den Herausforderungen an das Urner Gesundheitswesen machen deutlich, dass in verschiedenen Feldern Handlungsbedarf besteht. Aus der Diskussion der Leitsätze und Hauptziele lässt sich im gegenwärtigen Zeitpunkt der folgende hauptsächlichliche Handlungsbedarf festhalten:

A Stationäre Versorgung

- (1) Die inner- und ausserkantonalen Spitalleistungen sollen regelmässig anhand der diagnosebezogenen Fallkosten überprüft werden. Das Kantonsspital Uri soll sich auch unter dem System der monistischen Spitalfinanzierung gut positionieren und im zunehmend wettbewerbsorientierten Gesundheitswesen bestehen können.
- (2) Die Betreuungs- und Behandlungsangebote für alte Menschen sollen im Hinblick auf die demographische Entwicklung der Bevölkerung und die zunehmenden demenziellen Erkrankungen angepasst, optimiert und ausgebaut werden. Massnahmen zur verbesserten Koordination und Prävention werden aktiv unterstützt. Entlastungsangebote für pflegende Angehörige werden gefördert.

B Ambulante Versorgung

- (3) Die Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Grundversorgung und eines zweckmässigen Notfalldienstes im ganzen Kanton ist von grosser Bedeutung. Der Kanton schöpft seine Einflussmöglichkeiten aus und unterstützt die Anstrengungen der Gemeinden und Dritter.
- (4) Der Kanton unterstützt Massnahmen, damit im Kanton Uri eine Gynäkologin und eine Psychiaterin bzw. ein Psychiater eine Praxis eröffnet.

C Gesundheitsförderung und Prävention

- (5) Auf kantonaler Ebene sollen bedeutende politische Entscheidungen vorgängig einer Gesundheitsverträglichkeitsprüfung unterzogen werden, um die potenziellen Auswirkungen auf die Gesundheit im Sinne einer Entscheidungshilfe transparent zu machen.
- (6) Gesundheitsförderung und Prävention zielen schwergewichtig auf den übermässigen Konsum von legalen und illegalen Suchtmitteln. Die Bekämpfung des Tabakkonsums soll prioritär erfolgen.

D Aus- und Weiterbildung des Personals im Gesundheitswesen

- (7) Der Kanton setzt sich für eine Aus-, Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten im Gesundheitswesen ein, welche bedarfs- und praxisgerecht erfolgt und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit fördert.

E Organisation, Planung und Koordination

- (8) Die gesundheitsstatistische Datenlage des Kantons Uri soll verbessert werden. Vor diesem Hintergrund soll die Planung einer bedarfsgerechten und wirkungsorientierten Gesundheitsversorgung sowie entsprechender Aktionen in der Gesundheitsförderung erfolgen.
- (9) Leistungsvereinbarungen des Kantons beinhalten in einem ersten Schritt output-orientierte und in einem zweiten Schritt so weit wie möglich wirkungsorientierte Vorgaben. Die Entschädigung erfolgt leistungsorientiert mittels Pauschalen.
- (10) Für den Kanton Uri wird ein Konzept für den Sanitätsdienst in ausserordentlichen Lagen erstellt. Die vorbereitenden Massnahmen für die Bewältigung eines sanitätsdienstlichen Grossereignisses sollen in Zusammenarbeit mit kantonalen und interkantonalen Partnern getroffen werden.
- (11) Mit der Institutionalisierung einer jährlichen "Gesundheitskonferenz" und der Bildung einer "Begleit- und Koordinationsgruppe Altersplanung Uri" fördert der Kanton die interdisziplinäre Zusammenarbeit und stärkt die Koordination zwischen den Leistungserbringern.

Anhang I

Kosten pro versicherte Person in der obligatorischen Krankenpflege-Grundversicherung

Kanton	1996 CHF	1999 CHF	2001 CHF
GE	2'534	2'928	3'252
BS	2'402	2'874	3'180
VD	2'192	2'439	2'748
TI	2'177	2'396	2'688
NE	2'066	2'215	2'688
JU	1'921	2'407	2'508
BL	1'820	2'125	2'376
ZH	1'776	2'075	2'256
Schweiz	1'730	2'016	2'244
SH	1'577	1'987	2'196
BE	1'652	1'938	2'184
FR	1'648	1'958	2'136
SO	1'650	1'879	2'040
VS	1'519	1'738	1'968
TG	1'393	1'749	1'932
AG	1'433	1'741	1'932
GL	1'425	1'683	1'932
ZG	1'338	1'576	1'848
SZ	1'366	1'580	1'836
GR	1'278	1'595	1'824
UR	1'324	1'523	1'812
LU	1'308	1'553	1'776
SG	1'327	1'611	1'752
OW	1'310	1'502	1'656
AR	1'274	1'500	1'656
NW	1'268	1'415	1'620
AI	1'083	1'318	1'500

Quelle: Statistik über die Krankenversicherung BSV

**Kantonale Durchschnittsprämien¹⁾ der obligatorischen
Krankenpflege-Grundversicherung für Erwachsene
(26 Jahre und älter)
Entwicklung der Prämien 1996 - 2003**

Kanton	1996 CHF	1997 CHF	1998 CHF	1999 CHF	2000 CHF	2001 CHF	2002 CHF	2003 CHF	1996 - 2003 Jahresdurch- schnittliche Ver- änderung in %
GE	250	281	293	298	320	336	364	390	6.6
BS	191	227	249	270	283	300	326	356	9.4
VD	251	265	263	271	275	288	309	339	4.4
NE	182	210	231	247	254	263	294	319	8.4
TI	195	222	240	243	248	258	280	306	6.7
JU	186	202	222	226	238	262	285	301	7.2
ZH	153	182	196	205	215	226	249	275	8.8
BL	161	193	206	207	215	225	247	272	7.9
Schweiz	166	188	197	204	212	223	245	267	7.1
BE	159	179	189	201	206	214	237	260	7.3
SH	140	167	175	185	192	203	235	257	9.2
FR	175	191	191	195	205	219	237	253	5.4
TG	126	153	166	174	180	198	225	250	10.4
SO	137	174	190	195	203	208	220	240	8.6
AG	107	149	160	166	175	190	212	233	12.2
GR	120	144	145	147	155	168	190	216	8.9
SZ	134	155	160	158	161	171	192	214	7.1
GL	128	143	152	154	157	170	190	214	7.7
LU	135	144	153	153	163	174	193	213	6.8
VS	166	172	167	169	171	179	193	211	3.5
SG	126	144	158	160	165	176	194	211	7.7
ZG	137	154	153	152	157	166	186	210	6.4
UR	135	146	153	152	156	162	179	198	5.7
AR	118	135	146	147	150	160	177	196	7.6
OW	138	150	152	151	155	164	178	189	4.6
NW	131	142	145	143	147	155	168	183	4.9
AI	114	125	133	131	133	145	159	174	6.3

¹⁾ monatliche Durchschnittsprämie in Franken; inklusive Unfalldeckung und ordentliche Franchise

Anhang II

Die Prämienverbilligungsbeiträge im Kanton Uri von 1998 bis 2003 in 1'000 SFR

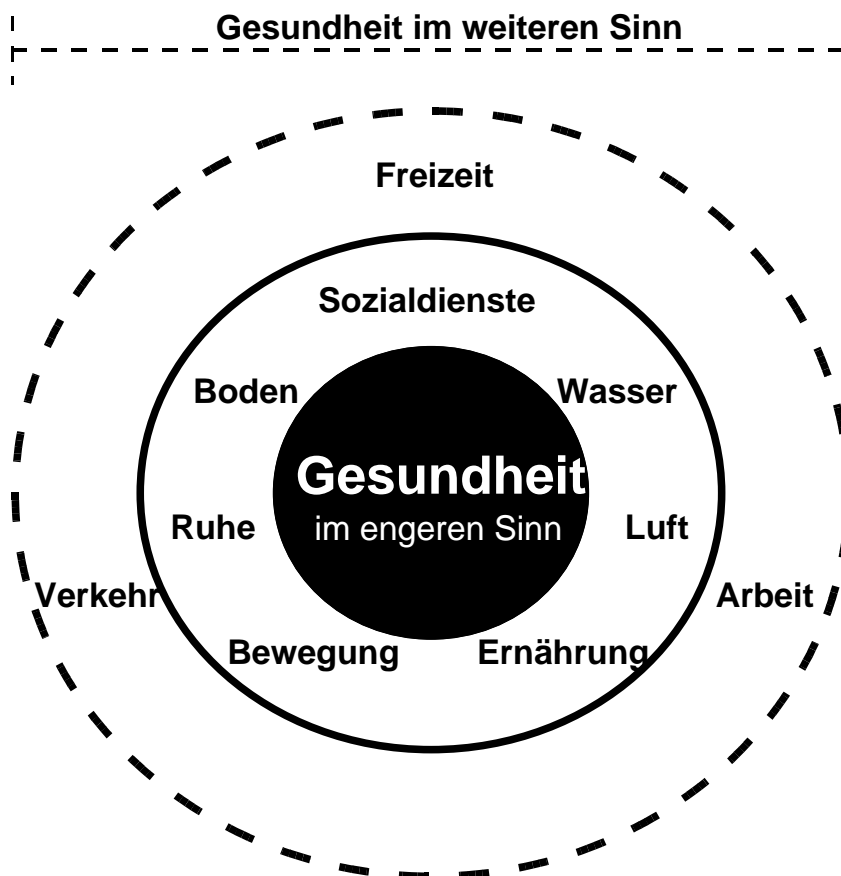
	1998	1999	2000	2001	2002	Budget 2003
Bundesbeitrag maximal	11'056	11'764	11'518	11'721	12'629	12'791
effektiv	8'292	7'294	7'061	7'032	7'577	7'675
Kantonsbeitrag maximal	3'007	3'530	3'854	3'878	3'639	3'682
effektiv	2'255	2'189	2'363	2'327	2'183	2'209
Verfügbarer Betrag	10'547	9'482	9'423	9'359	9'761	9'884
Ausschöpfungsquote	75 %	62 %	62 %	60 %	60 %	60 %
Ausbezahlter Betrag	12'015	9'565	10'016 1)	8'281 1)	10'511 1)	--
Begünstigte Personen	18'671	13'740	14'642	11'761	12'713	12'800
davon EL-Bezüger/innen	739	782	814	808	877	900
in % der Bevölkerung	53 %	39,3 %	41,8 %	33,4 %	37,4 %	37 %

1) inkl. Auszahlungen betreffend die Vorjahre

Quelle: Amt für Gesundheit Uri; 2003

Schnittstellen zur Gesundheitsvorsorge und -versorgung

1. Übersicht



Das individuelle Wohlbefinden ist wesentlich abhängig vom Gesundheitszustand. Die kollektive Gesundheit spielt in unserem Staatswesen sowohl in politischer als auch in ökonomischer Hinsicht eine herausragende Rolle. In Anbetracht der Bedeutung der Gesundheit ist es dennoch erstaunlich, weshalb der Gesundheitsvorsorge in Relation zur Krankenbehandlung in der Regel eine so vergleichsweise untergeordnete Rolle zukommt.

2. Umweltschutz

Bei der Gesundheitsvorsorge spielt eine gesunde Umwelt eine wichtige Rolle (vgl. dazu Kapitel III. Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung von morgen, Ziffer 1.1 Multisektorale Verantwortung). Dieser Zusammenhang wird in unserer Gesellschaft kaum bestritten. Dennoch konnte der Umweltschutz für die Gesundheitsvorsorge in unserer Gesellschaft bis anhin kaum die ihm eigentlich zustehende Bedeutung erreichen. Bei näherer Betrachtung ist dies aber nicht erstaunlich, haben doch generell Vorsorgemassnahmen oftmals in unserer Gesellschaft einen schwereren Stand als die Nachsorge- oder Sanierungsmassnahmen. Nicht zuletzt ist dies auch darum so, weil die wissenschaftlich begründeten Zusammenhänge zwischen der intakten Umwelt und unserer Gesundheit oft nicht leicht kommuniziert und verstanden werden. Hilfreich sind möglicherweise plakativere Darstellungen und digitale Ursache/Wirkungsbeziehungen.

Ziel des Umweltschutzes ist es unter anderem, der Bevölkerung sauberes Wasser, einen intakten Boden, eine unbelastete Luft, die notwendige Ruhe und den erforderlichen Schutz vor Feuer und Chemiestörfällen zu gewährleisten.

Die Bedeutung von sauberem Trinkwasser für die Gesundheit ist offensichtlich. Tatsache ist aber, dass Grundwasser und Oberflächengewässer immer noch mit wenig bis nicht abbaubaren Chemikalien, Hormonen oder Nitratauswaschungen belastet werden. Wichtig ist auch die Ausscheidung von Grundwasserschutz zonen als vorsorgliche Schutzmassnahmen. Die Versorgung der Bevölkerung mit sauberem Trinkwasser und die gute Qualität der Oberflächengewässer darf nicht als Selbstverständlichkeit hingenommen werden. Vielmehr braucht es besondere Anstrengungen, um diesem Standard zu halten.

Besonders offenkundig ist der Zusammenhang zwischen sauberer Luft und unserer Gesundheit. Obwohl immer mehr Menschen an Atemwegserkrankungen leiden, ist es schwierig, die Akzeptanz für Massnahmen zugunsten einer umweltverträglichen und damit auch gesundheitsverträglichen Verkehrsmobilität zu verbessern. Eine spezielle Herausforderung ist es, die Wirkungsketten zwischen dem globalen Umweltschutz (Ozonschichtabbau, Erderwärmung etc.) und unserer Gesundheit verständlich darzustellen.

Es ist auch nicht einfach, den Zusammenhang zwischen der Gesundheit und unserem Ruhebedürfnis bzw. dem Schutz vor übermässiger Lärmbelastung zu vermitteln. Es ist aber nicht bestritten, dass zu viel Lärm der Gesundheit schadet. Schliesslich braucht es weiterhin Anstrengungen, um die Wirkungskette vom gesunden Boden über die gesunde Nahrung zur Gesundheit des Menschen transparent darzustellen und die Bevölkerung gezielt darüber zu informieren.

3. Soziales

Die Verbindungen und Schnittstellen zwischen den Bereichen Gesundheit und Soziales sind vielfältig und oftmals fliessend. Wohl am meisten offenkundig wird das bei der Prämienverbilligung für die Krankenpflege-Grundversicherung, die an Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen ausgerichtet wird, sowie bei Suchtproblemen.

Die Nationalfondsstudie zum Thema "Lebensqualität und Armut in der Schweiz"¹⁴ von 1996 zeigt, dass Angehörige unterer Einkommens- bzw. Ressourcengruppen ihre Gesundheit häufiger als schlecht einstufen und auch von den meisten erfassten Gesundheitsproblemen häufiger betroffen sind als die übrige Bevölkerung. Dabei spielt nicht allein die wirtschaftliche Schwäche an sich die entscheidende Rolle, sondern vielmehr auch Faktoren wie Alter, Erwerbsstatus oder Nationalität. Am Beispiel des Rauchens wird ersichtlich, dass das Gesundheitsverhalten u.a. von sozialen Schichtmerkmalen abhängt. So sind die Angehörigen der obersten Ressourcengruppen mit geringerer Wahrscheinlichkeit Raucher oder schwere Raucher. Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen hängt hingegen nicht von der Zugehörigkeit zu einer Ressourcengruppe ab.

Auch bei der Wiederherstellung der Gesundheit spielen soziale Faktoren eine mitentscheidende Rolle. Der kranke Mensch findet wesentlich rascher und besser zu seiner Gesundheit zurück, wenn er dabei von seinen Angehörigen unterstützt wird. Besonders betroffen sind dabei psychisch kranke Menschen. Familiengespräche, Beratung und Betreuung von Angehörigen, Unterstützung im Umgang mit Behörden und Institutionen sowie Hilfe bei der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung sind für psychisch kranken Patientinnen und Patienten von grosser Wichtigkeit. Ein intaktes soziales Umfeld mit entsprechenden Familienstrukturen trägt aber auch dazu bei, dass eine Hospitalisation oder ein Heimeintritt bei älteren Menschen verhindert oder zumindest hinausgezögert werden kann. Das hilft nicht nur

¹⁴ Leu, Burri, Priester, Lebensqualität und Armut in der Schweiz, Haupt 1997, S. 247 ff

Kosten einzusparen, sondern erhöht vielmehr noch die Lebensqualität der betroffenen Menschen.

4. Ernährung¹⁵

Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung sind häufig durch äussere Faktoren beeinträchtigt. Die Belastung des Bodens mit Stoffen wie Nitrat, Phosphat oder Pflanzenschutzmitteln sind in erster Linie Folge einer intensiven landwirtschaftlichen Nutzung. Die Bevölkerung ist noch zu wenig über die Zusammenhänge zwischen Ernährung, Landwirtschaft und Umwelt informiert. Rund die Hälfte achtet beim Einkaufen nicht auf ökologische Kriterien wie Saison, Herkunft oder Anbauweise eines Produkts. Die Absatzmöglichkeiten für biologisch produzierte Nahrungsmittel sind daher noch nicht ausgeschöpft¹⁶.

Das Lebensmittelrecht des Bundes bezweckt den Gesundheitsschutz, den Schutz vor Täuschung und die Sicherstellung des hygienischen Umgangs mit Lebensmitteln. Die extensiv betriebene Landwirtschaft, die gewerbliche Produktion und die bescheidenen Konsumgewohnheiten zu Beginn des letzten Jahrhunderts erforderten schergewichtig eine amtliche Überwachungstätigkeit, um den Schutz vor Täuschung sicherzustellen.

Die rasanten Veränderungen der Produktions- und Verarbeitungsmethoden sowie der offene Welthandel führten zu einer Anpassung der Gewohnheiten der Konsumentinnen und Konsumenten. Der Einsatz von Kunstdünger und Pflanzenschutzmittel in der Produktion oder von Antibiotika in der Intensivtierhaltung, die Verwendung von Verarbeitungshilfsstoffen und Zusatzstoffen in der Lebensmitteltechnologie, das weltweite Angebot von Rohstoffen und Erzeugnissen, die Umweltbeeinflussung, Konsumgewohnheiten mit Massenverpflegungen und weitere Ursachen rückten immer mehr die Zweckbestimmung des Gesundheitsschutzes und der hygienischen Lebensmittelverarbeitung in den Vordergrund. Die Prioritäten der amtlichen Lebensmittelkontrolle wurden im Lauf der Zeit gänzlich neu geordnet, sowohl qualitativ wie auch quantitativ.

Die Entwicklung in den Produktions- und Verarbeitungsmethoden, der offene Welthandel, der liberale Markt, die Ansprüche und das Verhalten der Konsumentinnen und Konsumenten werden weiter voranschreiten. Lebensmittel und deren Erzeugnisse aus der intensiven landwirtschaftlichen Produktion, aus Hors-sol-Plantagen, aus gentechnisch veränderten Organismen hergestellt, werden parallel zu Bio-Produkten und Functional Food angeboten. Die Konsumentinnen und Konsumenten werden mit ernsthaften und parallel dazu dubiosen Ernährungsratschlägen vereinnahmt. Die Werbung geht insbesondere mit gesundheitlichen Anpreisungen ans Limit des Tolerierbaren und scheut nicht zurück, dieses Limit zu überschreiten. Damit die Konsumentinnen und Konsumenten nicht auf der Strecke bleiben, bedarf es mehr denn je einer wirksamen und effizienten Lebensmittel- und Fleischhygienekontrolle.

Die Lebensmittelkontrolle für die Kantone Uri, Schwyz, Obwalden und Nidwalden wird durch das Laboratorium der Urkantone in Brunnen wahrgenommen.

¹⁵ vgl. Laboratorium der Urkantone, Brunnen; Jahresbericht 1999

¹⁶ Schweiz. Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen; Gesundheitsziele für die Schweiz; 2002, S. 26

5. Bewegung und Sport

Immer mehr Arbeiten und Tätigkeiten werden sitzend verrichtet. Sei es bei der Arbeit, in der Schule, zu Hause vor dem Fernseher, Computer, auf dem Töffli oder im Auto. Sitzen wird im wahrsten Sinne des Wortes zur Lebenshaltung unserer Gesellschaft. Da wir Menschen jedoch sehr anpassungsfähige Individuen sind, fühlen wir uns solange wohl dabei, bis infolge eines muskulären Ungleichgewichts unser Skelett nur noch einseitig zu stützen vermag und Schmerzen auftreten. Immer mehr Erwachsene, Kinder und Jugendliche leiden unter Haltungsschwächen und Schmerzen vor allem im Wirbelsäulenbereich.

Unsere Schülerinnen und Schüler bewegen sich generell zu wenig. Mit dem Urner Projekt "Wirbelsäule" mit über 240 Schülerinnen und Schülern der 5. und 6. Klassen möchte das Turninspektorat in Erfahrung bringen, ob durch gezieltes Muskeltraining Veränderungen im Bereich des Bewegungsapparates feststellbar sind.

In unserem Kanton soll weiterhin qualitativ guter Sport, und entsprechend der neuen Verordnung des Bundesrates, genügend und regelmässiger Sport im Hinblick auf eine gesunde Entwicklung unserer Kinder und Jugendlichen angeboten werden.

Massnahmen sind die Förderung der Unterrichtsqualität, das Angebot von zusätzlichem Sportunterricht im Rahmen der obligatorischen Schulzeit, die konsequente Durchführung von Gymnastikpausen sowie die Einführung des freiwilligen Schulsportes.

Viele Urner Jugendliche im Alter von 10-20 Jahren profitieren von J+S, dem Förderungswerk des Bundes und der Kantone. Unsere Sportorganisationen profitieren von den Dienstleistungen dieser Institution. Mit zunehmender Veränderung unserer Gesellschaft wird die Ehrenamtlichkeit der über 1'000 aktiven J+S-Leiterinnen und -Leiter in Frage gestellt.

Ungefähr ein Drittel der Urner Bevölkerung ist mehr oder weniger regelmässig im Vereinssport aktiv. Diese Sportvereine und -clubs tragen durch ihre Tätigkeiten nicht nur zu gesundem Sporttreiben bei, sondern leisten auch einen wichtigen Beitrag in sozialer Hinsicht und zum allgemeinen Wohlbefinden. Tatsache ist, dass sich tendenziell immer weniger Erwachsene im Vereinssport betätigen (verpflichten) und in Trendsportarten aktiv werden. Insbesondere in diesem Zusammenhang ist auf ein vernünftiges Mass an sportlicher Aktivität und Risikobereitschaft hinzuweisen. Aus gesundheitlicher Sicht ist vor allem auch der Qualität und der Ausrüstung bei der Ausübung des Freizeitsports grosses Gewicht beizumessen. Dadurch können Unfälle und gesundheitliche Schäden reduziert werden.

In unserem Kanton ist ein Drittel der Bevölkerung 50jährig und älter. Lediglich ungefähr 15-20 Prozent dieser älteren Menschen bewegen sich heute in einem Mass, das aus Sicht der Gesundheitsprävention als genügend bezeichnet werden darf. Wenn man bedenkt, dass durch regelmässige, dem Alter angepasste Bewegung die Pflegebedürftigkeit um 8- 10 Jahre hinausgezögert werden kann, muss dem Seniorensport inskünftig grössere Beachtung geschenkt werden.