

GESETZ
ÜBER DAS GESUNDHEITSWESEN IM KANTON ZUG
(GESUNDHEITSGESETZ; GesG)

BERICHT UND ANTRAG DES REGIERUNGSRATES

VOM 18. SEPTEMBER 2007

Sehr geehrter Herr Präsident

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir unterbreiten Ihnen die Vorlage zu einem neuen Gesetz über das Gesundheitswesen im Kanton Zug und erstatten Ihnen hierzu den nachstehenden Bericht, den wir wie folgt gliedern:

1. DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE	3
2. ALLGEMEINER TEIL	5
2.1 Ausgangslage	5
2.1.1 Bundesrecht	5
Geltendes Bundesrecht	5
Gesetzgebungsprojekte des Bundes	6
2.1.2 Kantonales Recht	8
Gesetz über das Gesundheitswesen im Kanton Zug	8
Weitere kantonale Gesetze	10
Kantonale Verordnungen	10
2.2 Gründe der Neugestaltung	11
2.2.1 Integration neuerer Bestimmungen der Bundesgesetzgebung	12
KVG	12
Heilmittelgesetz	12
Personenfreizügigkeit in Europa, Medizinalberufegesetz	13
2.2.2 Berücksichtigung aktueller Themen	14

	Patientenrechte	14
	Alkohol- und Tabakprävention.....	15
	Parlamentarischer Vorstoss im Bereich Tabakprävention.....	16
2.3	Konzeption der Revisionsvorlage	16
2.3.1	Rahmengesetz in Form eines einheitlichen Erlasses	16
2.3.2	Bereinigung der Organisation und der Zuständigkeiten	16
2.3.3	Anpassungen bei den Berufen im Gesundheitswesen	18
2.3.4	Änderungen bei den Spitälern, Pflegeheimen und anderen Betrieben im Gesundheitswesen.....	23
2.3.5	Ausbau der Patientenrechte (inkl. Krankengeschichte).....	23
2.3.6	Verstärkung der Alkohol- und Tabakprävention	24
2.4	Vernehmlassung	26
2.4.1	Fragenkatalog	26
2.4.2	Auswertung der Vernehmlassungsantworten.....	28
3.	BESONDERER TEIL.....	47
3.1	Erläuterungen zu den einzelnen Gesetzesbestimmungen	47
	1. Kapitel: Allgemeine Bestimmungen.....	47
	2. Kapitel: Organisation und Zuständigkeiten.....	47
	3. Kapitel: Berufe im Gesundheitswesen.....	51
	4. Kapitel: Spitäler, Pflegeheime und andere Betriebe im Gesundheitswesen	65
	5. Kapitel: Patientenrechte und -pflichten.....	70
	6. Kapitel: Gesundheitsförderung, Prävention und weitere Aufgaben	85
	7. Kapitel: Krankheitsbekämpfung und Hygiene.....	101
	8. Kapitel: Heilmittel.....	104
	9. Kapitel: Lebensmittel und Chemikalien	107
	10. Kapitel: Rechtsschutz und Strafbestimmung	108
	11. Kapitel: Übergangs- und Schlussbestimmungen.....	110
4.	FINANZIELLE AUSWIRKUNGEN	114
5.	ANTRAG	117

1. DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

Das geltende Gesetz über das Gesundheitswesen im Kanton Zug stammt aus dem Jahre 1970. Es hat sich dank seiner einfachen und klaren Strukturen über lange Jahre bewährt und musste nur wenige Male angepasst werden.

In den letzten Jahren hat sich im öffentlichen Gesundheitswesen nun aber Grundlegendes geändert, so dass eine umfassendere Revision notwendig wird.

Zu nennen sind das in Dauerrevision stehende Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), das neue Heilmittelgesetz (HMG) sowie das neue Medizinalberufegesetz (MedBG), das im September 2007 in Kraft getreten ist. Neue Aspekte brachten auch die Empfehlungen verschiedener Arbeitsgruppen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) in Bezug auf die Zulassung zu beruflichen Tätigkeiten im Gesundheitswesen.

Die Dynamik im Gesundheitswesen widerspiegelt sich einerseits in den veränderten bundesrechtlichen Vorgaben für die Berufe und für die Betriebe des Gesundheitswesens, andererseits in den immer höheren Anforderungen, welche an die Aufsichts- und Bewilligungsbehörden gestellt werden. Die medizinische Versorgung hat sich zu einem breit gefächerten Dienstleistungsangebot entwickelt. Der medizinische Fortschritt zusammen mit den neuen Informationsmöglichkeiten und den kollektiv und individuell gestiegenen Gesundheitskosten führt dazu, dass auch die Erwartungen der Patientinnen und Patienten an die Leistungen steigen. Von den Berufsgruppen, welche wissenschaftlich anerkannte Medizin betreiben, fordert die Gesellschaft Behandlungen in bester Qualität. Für die übrigen Leistungserbringer will man zunehmend Kontrollen im Sinne des Patienten- und Konsumentenschutzes. Damit das neue Gesetz diese Ansprüche erfüllt, müssen die Organisation der Bewilligungs- und Aufsichtsbehörde angepasst, die Zuständigkeiten bereinigt und die Kontroll- und Eingriffsrechte verbessert werden.

Schliesslich bestehen auch Erwartungen in Bezug auf die Regelung der Patientenrechte. Diese fanden im geltenden Gesundheitsgesetz nur am Rande Eingang (Zwangsmassnahmen). Regelungsbedarf auszumachen ist hier etwa beim Recht auf Behandlung, auf Selbstbestimmung, auf Information und auf Einsicht in die Krankengeschichte (inkl. Herausgabe der Originalkrankenakten).

Handlungsbedarf besteht auch aufgrund der Motion von Lilian Hurschler-Baumgartner betreffend Jugendschutz beim Verkauf von Tabakwaren vom 8. März 2005 (Vorlage Nr. 1318.1 - 11678), welche der Kantonrat am 23. Februar 2006 erheblich erklärt hat. Im Rahmen der Revision des Gesundheitsgesetzes sind die gesetzlichen Grundlagen zu schaffen, wodurch der Verkauf von Tabakwaren an Minderjährige verboten und der Automatenverkauf von Tabakwaren an Minderjährige durch geeignete Massnahmen verunmöglicht wird.

Ziel der Revision ist es, ein Gesundheitsgesetz zu schaffen, das den Anforderungen wiederum längerfristig genügt. Dabei werden folgende Hauptziele angestrebt:

- Stärkung der Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten (Instrument der Patientenverfügung, Recht auf Information, Regeln für den Umgang mit Patientendaten etc.)
- Ausbau des Nichtraucherschutzes
- Verbesserung des Jugendschutzes (Verbot des Verkaufs von Tabakwaren und alkoholischen Getränken an Jugendliche unter 18 Jahren; Plakatwerbeverbot für Tabakwaren und alkoholische Getränke)
- Erhöhung der Transparenz für Konsumentinnen und Konsumenten bei den Lebensmittelbetrieben
- Beibehaltung bewährter und zeitgemässer Lösungen (liberales Modell) im Bereich der Komplementär- und Alternativ-Medizin (KAM) mit Bewilligungspflicht für Dienstleistende, die unter eidgenössischem Diplom tätig werden; Selbstdispensation (Medikamentenabgabe durch Ärztinnen und Ärzte); Regelung von Zwangsmassnahmen)
- Klärung und Vereinfachung der Organisation im Bereich der Gesundheitspolizeiorgane (Bündelung der Zuständigkeiten bei der Gesundheitsdirektion / Aufhebung des Gesundheitsrates)
- Anpassung an bundesrechtliche Vorgaben (Medizinalberufe; Heilmittel; Krankenversicherung)

2. ALLGEMEINER TEIL

2.1 Ausgangslage

2.1.1 Bundesrecht

Geltendes Bundesrecht

Nach der Bundesverfassung vom 18. April 1999 (BV; SR 101) ist die Regelung des Gesundheitswesens grundsätzlich Sache der Kantone. Allerdings verfügt der Bund in einigen wichtigen Bereichen über Gesetzgebungskompetenzen, nämlich in der Berufsbildung im Gesundheitswesen (Art. 63 BV), der Ausübung der privatwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit (Art. 95 BV), dem Alkoholwesen (Art. 105 und 131 BV), der Kranken- und Unfallversicherung (Art. 117 BV), dem Schutz der Gesundheit (Art. 118 BV), der Fortpflanzungsmedizin und der Gentechnologie im Humanbereich (Art. 119 BV), der Transplantationsmedizin (Art. 119a BV) und der Gentechnologie im Ausserhumanbereich (Art. 120 BV).

Der Bund hat insbesondere die folgenden Gesetze erlassen (chronologische Aufzählung):

- Bundesgesetz vom 13. Juni 1928 betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose (SR 818.102),
- Bundesgesetz vom 21. Juni 1932 über die gebrannten Wasser (Alkoholgesetz; SR 680),
- Bundesgesetz vom 3. Oktober 1951 über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG; SR 812.121),
- Bundesgesetz vom 22. Juni 1962 über Bundesbeiträge an die Bekämpfung der rheumatischen Krankheiten (SR 818.21),
- Tierseuchengesetz vom 1. Juli 1966 (TSG, SR 916.40),
- Bundesgesetz vom 18. Dezember 1970 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz; SR 818.101),
- Bundesgesetz vom 9. Oktober 1981 über die Schwangerschaftsberatungsstellen (SR 857.5),

- Bundesgesetz vom 9. Oktober 1992 über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände (Lebensmittelgesetz, LMG; SR 817.0),
- Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10),
- Bundesbeschluss vom 22. März 1996 über die Kontrolle von Transplantaten (SR 818.111),
- Bundesgesetz vom 18. Dezember 1998 über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (Fortpflanzungsmedizinengesetz, FMedG; SR 814.9),
- Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG; SR 812.21),
- Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000 über den Schutz vor gefährlichen Stoffen und Zubereitungen (Chemikaliengesetz, ChemG; SR 813.1),
- Bundesgesetz vom 21. Juni 2002 über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.14),
- Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002 über die Berufsbildung (Berufsbildungsgesetz, BBG; SR 412.10),
- Bundesgesetz vom 21. März 2003 über die Gentechnik im Ausserhumanbereich (Gentechnikgesetz, GTG; SR 814.19).
- Bundesgesetz vom 8. Oktober 2004 über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz; SR 810.21),
- Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG; SR 811.11).

Gesetzgebungsprojekte des Bundes

Auf Bundesebene laufen eine Anzahl Gesetzgebungsprojekte. Der Stand der Arbeiten ist unterschiedlich.

- Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat ein Bundesgesetz über die psychologischen Berufe (**Psychologieberufegesetz**) entworfen. Darin wird unter an-

derem die Berufsgruppe der nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten geregelt. Die Vernehmlassungsfrist zum Psychologieberufegesetz ist am 31. Oktober 2005 abgelaufen. Eine erste Sichtung der Vernehmlassungsergebnisse liess erkennen, dass der Gesetzesentwurf kontrovers diskutiert wird.

- Anfang 2006 hat das BAG das Vernehmlassungsverfahren zu den neuen **Internationalen Gesundheitsvorschriften** (IGV; früher Internationales Sanitätsreglement) eröffnet. Dabei handelt es sich um völkerrechtlich verbindliche Rechtsregeln zur Vorbeugung, Überwachung und Bekämpfung der weltweiten Verbreitung von Gesundheitsgefährdungen. Wenn auch dieser Erlass keiner speziellen Umsetzung im Landesrecht bedarf, zeitigt er dennoch unmittelbare Auswirkungen auf die Kantone, indem er ihnen Zusatzaufgaben im Bereich Meldewesen auferlegt.
- Am 1. Februar 2006 hat der Bundesrat die Vernehmlassung zum Entwurf des Verfassungsartikels und zum Bundesgesetz über die Forschung am Menschen (**Humanforschungsgesetz**) eröffnet. Die Vernehmlassungsfrist ist am 31. Mai 2006 abgelaufen. Gegenwärtig läuft die Auswertung der Vernehmlassungen.
- Nach dem Scheitern der 2. KVG-Revision in der Wintersession 2003 hat der Bundesrat am 25. Februar 2004 entschieden, die weitgehend unbestrittenen Revisionspunkte zwar in eine umfassende Strategie einzubetten, sie dem Parlament aber in zwei Gesetzgebungspaketen vorzulegen. Hinzu kommen soll eine separate Vorlage zur Pflegefinanzierung. Aktuell laufen die parlamentarischen Beratungen zum 2. Paket mit dem Schwerpunkt Revision der Spitalfinanzierung. Der vom Bundesrat vorgeschlagene Wechsel von der heutigen Objekt- zu einer Leistungsfinanzierung mit fix-dualer Finanzierung wurde in der vorberatenden Kommission des Ständerates abgeändert. Dabei wurde an der leistungsbezogenen Abgeltung durch Fallpauschalen, der Planungspflicht und Planungskompetenz der Kantone sowie an der Beitragspflicht der Kantone an alle Leistungserbringer auf der Spitalliste festgehalten. Zugleich laufen die Vorbereitungen zum 3. Paket, in welchem die Themen «Kontrahierungszwang», «Monistische Spitalfinanzierung», «Förderung Managed Care», «Kostenbeteiligung», «Finanzierung der Pflege» und «Risikoausgleich» behandelt werden sollen.

- Wie bereits der Ständerat hat auch der Nationalrat an seiner Sitzung vom 14. Dezember 2006 einstimmig das dringliche Bundesgesetz vom 21. Juni 2002 über die Anpassung der **kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen** nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.14) um ein Jahr bis Ende 2007 verlängert.
- Schliesslich wird der Bundesrat voraussichtlich demnächst auf Antrag des EDI über eine gesetzliche Regelung der **Prävention und Gesundheitsförderung** in der Schweiz entscheiden. Im Januar 2007 wurden die von der Fachkommission «Prävention + Gesundheitsförderung» und vom Bundesamt für Gesundheit vorgeschlagenen Massnahmen mit den Kantonen diskutiert.

2.1.2 Kantonaies Recht

Gesetz über das Gesundheitswesen im Kanton Zug vom 21. Mai 1970

Das geltende Gesundheitsgesetz (GesG 1970, BGS 821.1) ist in 16 Kapitel unterteilt. Es ordnet:

- die kantonalen und die gemeindlichen Gesundheitsbehörden (Kapitel I. und II.; §§ 1 - 15, wovon die letzten zwei §§ aufgehoben sind, da obsolet durch LMG, SR 817.0),
- die medizinischen und pharmazeutischen Berufe und Hilfsberufe (Kapitel III.; §§ 16 - 28),
- die Gesundheitsförderung, Prävention und andere Aufgaben (Kapitel IV.; §§ 29 - 34^{bis}),
- die Kranken- und Pflegeanstalten (Kapitel V.; § 35),
- die medizinischen und pflegerischen Massnahmen sowie die Zwangsmassnahmen (Kapitel VI.; §§ 36 - 37^{quater}),
- die Massnahmen gegen übertragbare Krankheiten und andere Krankheiten (Kapitel VII.; §§ 38 - 40),
- das Heilmittelwesen (Kapitel VIII.; §§ 41 - 45),

- das Giftwesen und den Strahlenschutz (Kapitel IX.; § 46),
- die Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände (Kapitel X.; § 47),
- das Bestattungs- und Friedhofwesen (Kapitel XI.; § 48),
- die Tierseuchenbekämpfung; (Kapitel XII. bzw. § 49, aufgehoben durch § 6 des Gesetzes über den Tierseuchenfonds, BGS 925.16);
- die Rechtsmittel (Kapitel XIII.; §§ 50 - 50^{bis}), Strafbestimmungen (Kapitel XIV.; § 51), Gebühren (Kapitel XV.; § 52) sowie die Übergangs- und Schlussbestimmungen (Kapitel XVI.; §§ 53 - 55).

Der Erlass wurde viermal materiell geändert. Als besonders fortschrittlich zu bezeichnen ist die Änderung vom 30. April 1981. Aufgrund des zunehmenden Interesses der Bevölkerung an nicht schulmedizinischen Therapien bezeichnete der Kanton Zug (als einer der ersten Kantone) die Ausübung von wissenschaftlich nicht anerkannten Behandlungen an Menschen oder Tieren unter gewissen Voraussetzungen als bewilligungsfreie Tätigkeit (§§ 27^{bis} und 28 GesG 1970). Die Liberalisierung bei der Zulassung von alternativen Heilmethoden und -praktiken fand in der Folge und bis heute gesamtschweizerisch Nachahmer (siehe aktuell auch die Kantone Zürich und Luzern, die bei den Totalrevisionen ihrer Gesundheitsgesetze vom Verbot bzw. von der Bewilligungspflicht zum System der Duldung wechseln).

Mit der Revision vom 30. August 2001 schuf der Kantonsrat die Rechtsgrundlage für die Gesundheitsförderung und Prävention (§ 29) und regelte die Voraussetzungen und das Verfahren sowie den Rechtsschutz im Bereich der medizinischen und pflegerischen Zwangsmassnahmen (§§ 36 ff. sowie § 50^{bis}).

Mit der Teilrevision vom 25. April 2002 wurden die fachlichen Anforderungen für die Zulassung der Medizinalpersonen (§ 18) und die Ausnahmbewilligungen (§ 19) an das teilrevidierte Freizügigkeitsgesetz angepasst.

Mit der letzten Änderung vom 26. Juni 2003 beschloss der Kantonsrat die Überführung des Ambulanten Psychiatrischen Dienstes von der Psychiatrischen Klinik Oberwil (heute Psychiatrische Klinik Zugersee) an den Kanton und den Aufbau eines Angebotes für Kinder und Jugendliche.

Weitere kantonale Gesetze

Ein weiterer kantonaler Erlass, welcher das öffentliche Gesundheitswesen betrifft, ist das kantonale Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 29. Februar 1996 (EG KVG; BGS 842.1). Es regelt den Vollzug und die Kontrolle der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und die Rechtspflege bei Streitigkeiten aus der sozialen Krankenversicherung und den Zusatzversicherungen.

Für den Vollzug der Prämienverbilligung im Sinne der Art. 65 ff. KVG gilt das Gesetz betreffend die individuelle Prämienverbilligung in der Krankenpflegeversicherung vom 15. Dezember 1994 (IPVG; BGS 842.6). Das IPVG wurde Ende 2006 teilrevidiert.

Zu erwähnen für den Bereich der Tiergesundheit sind ferner das Gesetz betreffend Entschädigung für ungeniessbares Fleisch bei Rindviehhaltung vom 26. Januar 1989 (BGS 925.12) und das Gesetz über den Entschädigungsfonds für Tierverluste vom 2. Juli 1998 (BGS 925.16).

Das Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Betäubungsmittel vom 6. September 1979 (EG BetMG; BGS 823.5) ordnet die kantonalen und gemeindlichen Massnahmen gegen den Betäubungsmittelmissbrauch und regelt die Zuständigkeiten in der Aufsicht und im Vollzug.

Kantonale Verordnungen

Wegen der Vielzahl der Verordnungen wird auf eine vollständige Aufzählung verzichtet. Die wichtigsten kantonalen Verordnungen im öffentlichen Gesundheitswesen sind (chronologische Aufzählung):

- die Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über den Verkehr mit Giften (Giftgesetz) vom 14. November 1972 (BGS 816.1),
- die Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen vom 8. Juli 1980 (BGS 825.31),
- die Verordnung über die Herstellung, den Handel und die Abgabe von Heilmitteln (Heilmittelverordnung) vom 25. November 1980 (BGS 823.2),
- die Verordnung II zum Gesundheitsgesetz (Anforderungen an die Qualität des Badewassers und an die Bäder) vom 7. Dezember 1981 (BGS 821.12),

- die Verordnung I zum Gesundheitsgesetz (medizinische und pharmazeutische Berufe, Hilfsberufe sowie wissenschaftlich nicht anerkannte Behandlungen) vom 22. Dezember 1981 (BGS 821.11),
- die Verordnung III zum Gesundheitsgesetz (Sozialmedizinischer Dienst) vom 19. Januar 1982 (BGS 821.13),
- die Vollziehungsverordnung zum eidgenössischen Tierseuchengesetz vom 21. November 1989 (BGS 925.11),
- die Psychotherapeutenverordnung vom 13. August 1990 (BGS 821.31),
- die Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände vom 13. Juni 1995 (VV LMG; BGS 824.2),
- die Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Kanton Zug (kantonale Zulassungsverordnung) vom 29. Oktober 2002 (BGS 842.12),
- die Verordnung über die stationäre und ambulante Langzeitpflege vom 1. Juni 2004 (Langzeitpflege VO; BGS 826.113).

Schliesslich hat die Gesundheitsdirektion Richtlinien für stationäre Pflegeinstitutionen erlassen. Diese spezifizieren die Bewilligungsvoraussetzungen für Pflegeheime, indem sie die bestehenden gesetzlichen Regelungen (KVG, GesG, Langzeitpflege VO) weiter ausführen, sie ergänzen und präzisieren.

2.2 Gründe der Neugestaltung

Das GesG 1970 hat sich bewährt. Allerdings fanden seit seinem Inkrafttreten im Jahr 1970 im öffentlichen Gesundheitswesen grundlegende Änderungen statt. Diese lassen sich wie folgt zusammenfassen:

2.2.1 Integration neuerer Bestimmungen der Bundesgesetzgebung

KVG

Das GesG 1970 wurde noch unter dem Regime des alten Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes (KUVG) erlassen. Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) verlangt für die Zulassung von ambulanten Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der sozialen Krankenpflegeversicherung unter anderem eine Berufsausübungsbewilligung nach kantonalem Recht. Die fachlichen Voraussetzungen, welche gemäss § 16 ff. GesG 1970 für eine kantonale Berufsausübungsbewilligung erfüllt sein müssen, entsprechen den veränderten Zulassungsbedingungen nach KVG teilweise nicht mehr. Zudem wurden im KVG bzw. in der Ausführungsverordnung dazu (Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995, KVV; SR 832.102) neue Berufe als Leistungserbringer aufgenommen.

Ferner führen das KVG und die KVV neben den Spitälern und Pflegeheimen noch weitere Betriebsformen auf, die als Leistungserbringer gelten. Es sind dies Organisationen der Krankenpflege und der Hilfe zu Hause (so genannte Spitex), Organisationen der Ergotherapie, Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, (medizinische) Laboratorien, Transport- und Rettungsunternehmen sowie Heilbäder (Art. 51 - 58 KVV). Damit diese Betriebe zu Lasten der Versicherer tätig sein können, verlangt die Krankenversicherungsverordnung unter anderem, dass sie nach kantonalem Recht zugelassen sind. Im geltenden Gesundheitsgesetz sind abgesehen von Spitälern, Pflegeheimen sowie Transport- und Rettungsunternehmen keine Bestimmungen über die Zulassung solcher KVG-Betriebe enthalten.

Heilmittelgesetz

Seit dem 1. Januar 2002 gilt das Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG; SR 812.21). Das Heilmittelgesetz löste die Interkantonale Vereinbarung über die Kontrolle der Heilmittel vom 3. Juni 1971 (IKV) ab, der alle Kantone beigetreten waren. Das neue Heilmittelrecht brachte für die Kantone wesentliche Änderungen. Insbesondere ging die Kompetenz, Betriebsbewilligungen für die Herstellung und den Grosshandel zu erteilen, an das neu geschaffene Schweizerische Heilmittelinstitut «Swissmedic» über (Art. 5 Abs. 1 HMG). Die Kantone sind dafür nicht mehr zuständig. Das Gleiche gilt für Vertriebsbewilligungen für den Grosshandel (Art. 28 HMG). Als neue Vertriebsart führte das Heilmittelgesetz den Versandhandel ein (Art. 27 HMG). Zudem enthält das Heilmittelrecht des Bundes

Bestimmungen über die Werbung (Art. 31 - 33 HMG). Schliesslich erwähnt es neu auch die Spitalapotheken (vgl. z. B. Art. 9 Abs. 2a - c HMG). Und mit dem Bundesbeschluss über die Kontrolle von Blut, Blutprodukten und Transplantaten vom 22. März 1996 (heute Bundesbeschluss über die Kontrolle von Transplantaten, SR 818.111) wurden verschiedene Tätigkeiten im Umgang mit Blut - insbesondere die Lagerung von Blut und labilen Blutprodukten - einer Bewilligungspflicht unterstellt. Bewilligungsbehörde war bis anhin das BAG. Gemäss Art. 34 Abs. 4 HMG sind nun die Kantone zuständig für die Erteilung von Betriebsbewilligungen an Betriebe, welche Blut oder Blutprodukte nur lagern. Sie regeln die Voraussetzungen und das Verfahren für die Erteilung der Bewilligung. Im GesG 1970 sind keine entsprechenden Bestimmungen enthalten. Zudem verweisen § 41 wie auch § 44 GesG 1970 auf die inzwischen obsolet gewordene IKV. Unter diesen Umständen sind Anpassungen unabdingbar.

Personenfreizügigkeit in Europa, Medizinalberufegesetz

Am 1. Juni 2002 sind die sieben sektoriellen Abkommen zwischen der Schweiz und der Europäischen Union (EU) in Kraft getreten. Im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens ist vor allem das Abkommen über die Freizügigkeit (APF; SR 0.142.112.681) von Bedeutung. Es gilt für Arbeitnehmende, Selbstständigerwerbende und Personen ohne Erwerbstätigkeit, die über ausreichende finanzielle Mittel verfügen. Der freie Personenverkehr zwischen der Schweiz und der EU wird durch eine schrittweise Öffnung des Arbeitsmarktes eingeführt. Bis zum 31. Mai 2004 galt für beide Seiten nach wie vor der Inländervorrang, und die Lohn- und Arbeitsbedingungen wurden kontrolliert. Weiter kann die Schweiz während fünf Jahren nach Inkrafttreten des Abkommens ihre Kontingente für den Zugang zu einer Erwerbstätigkeit aufrechterhalten. Zudem verpflichten sich die Vertragsparteien gemäss Art. 9 APF, die erforderlichen Massnahmen zur gegenseitigen Anerkennung der Diplome, Zeugnisse und sonstigen Befähigungsausweise sowie zur Koordination ihrer Rechts- und Verwaltungsvorschriften über den Zugang zur unselbstständigen und selbstständigen Erwerbstätigkeit zu treffen.

Zur gleichen Zeit wie die sektoriellen Abkommen mit der EU ist das Abkommen vom 21. Juni 2001 zur Änderung des Übereinkommens vom 4. Januar 1960 zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) in Kraft getreten (SR 0.632.31). Das revidierte EFTA-Übereinkommen erhält damit einen den sektoriellen Abkommen vergleichbaren Inhalt. Insbesondere wird die Personenfreizügigkeit auch für den EFTA-Raum (Schweiz, Island, Liechtenstein und Norwegen) eingeführt.

Wegen dieser Freizügigkeitsabkommen änderte der Bund auf den 1. Juni 2002 das Bundesgesetz vom 19. Dezember 1877 betreffend die Freizügigkeit des Medizinalpersonals in der Schweizerischen Eidgenossenschaft (Freizügigkeitsgesetz; SR 811.11). Neben der Diplomanerkennung umfasst die Personenfreizügigkeit auch ein Gleichbehandlungsgebot und ein Diskriminierungsverbot. Am 25. April 2002 hat der Kantonsrat die notwendigen Anpassungen im kantonalen Gesundheitsrecht vorgenommen und dabei namentlich die im Gesetz enthaltenen Einschränkungen betreffend die Voraussetzungen über die Berufszulassung von ausländisch diplomierten Medizinalpersonen aufgehoben. Bis dahin war Gleichwertigkeit der Diplome und das Bestehen einer Unterversorgung vorausgesetzt. Die Gesundheitsdirektion als Bewilligungsbehörde hatte diese Voraussetzungen nach Anhören des jeweiligen Berufsverbandes zu prüfen.

Am 1. Juni 2004 fiel der Inländervorrang. Zwar müssen die in EU- und EFTA-Staaten ausgestellten Diplome und Weiterbildungstitel nach wie vor offiziell anerkannt werden. Die Erteilung einer Arbeitsbewilligung wurde aber deutlich vereinfacht.

Auf den 1. September 2007 wurde das teilrevidierte Freizügigkeitsgesetz durch das neue Medizinalberufegesetz vom 23. Juni 2006 (MedBG) abgelöst. Dieses setzt sich aus dem teilrevidierten Freizügigkeitsgesetz und neuen Bestimmungen über die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Medizinalpersonen zusammen. Besonders zu beachten ist, dass das Medizinalberufegesetz im Gegensatz zum teilrevidierten Freizügigkeitsgesetz Bestimmungen über die Berufsausübung enthält. Hier besteht Koordinations- und Revisionsbedarf.

2.2.2 Berücksichtigung aktueller Themen

Patientenrechte

Im Laufe der letzten Jahrzehnte haben sich die Patientenrechte weiter Richtung Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Patientinnen und Patienten entwickelt. Das teilrevidierte GesG 1970 bildet diesen Wandel in zwei entscheidenden Bereichen bereits ab (§ 36 Grundsatz der Selbstbestimmung / Zustimmung zur Behandlung; §§ 37 - 37^{quater} Zwangsmassnahmen). Das Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen vom 8. Oktober 2004 (Transplantationsgesetz), welches am 1. Juli 2007 in Kraft getreten ist, schafft Klarheit hinsichtlich Organentnahmen (erweiterte Zustimmungslösung).

Im GesG 1970 bestehen Lücken in Bezug auf die Aufklärung und Information, die Patientendokumentation, die Behandlung und Betreuung Sterbender und die Obduktion. Ergänzungen im Gesetz sind notwendig, um Rechtsunsicherheiten und Ungleichheiten zu beseitigen, ohne jedoch ausufernde Begehrlichkeiten zu wecken oder allgemeine Rechtsgrundsätze zu duplizieren.

Alkohol- und Tabakprävention

Im Kanton Zug wird einer umfassenden Gesundheitspolitik seit Längerem ein hoher Stellenwert beigemessen. Die Gesundheitsförderung und Prävention bildet aktuell einen der Schwerpunkte 2005 - 2015 des Regierungsrates. Gemäss Ziff. 5.1 der Schwerpunkte 2005 - 2015 betreibt der Kanton eine innovative, ganzheitliche und qualitätssichernde Gesundheitspolitik und agiert als Impulsgeber bei der Gesundheitsförderung und bei der Prävention. Alkohol- und Tabakprävention werden intensiviert.

Beim Nichtraucherschutz verfolgte die Regierung bisher die Strategie der freiwilligen Partnerschaft im Rahmen des Projekts "rauchfrei (geni-)essen". Die Partnerschaft zwischen Gastro Zug, Lungenliga Zug, Krebsliga Zug, Stadt Zug und der Gesundheitsdirektion hat dazu geführt, dass im Kanton Zug 75 Restaurants ein rauchfreies Angebot haben. Damit verfügt der Kanton Zug gemäss einer Untersuchung der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz nach dem Kanton Tessin, wo das Rauchen in Gaststätten gesetzlich verboten ist, über den grössten Prozentsatz rauchfreier Gastronomieangebote in der Schweiz.

Der Regierungsrat musste jedoch zur Kenntnis nehmen, dass es immer schwieriger wird, weitere Gastronomiebetriebe für die Teilnahme am Projekt "rauchfrei (geni-)essen" zu gewinnen. Häufig äusserten angesprochene Gastwirtinnen und Gastwirte den Wunsch nach einer gesetzlichen Regelung im Bereich des Nichtraucherschutzes.

In verschiedenen Kantonen und auch Nachbarländern wurden in letzter Zeit Gesetzgebungen im Bereich Nichtraucherschutz in Angriff genommen (vgl. S. 88). Dieser gesellschaftlichen Entwicklung trägt der Regierungsrat Rechnung und schlägt dementsprechend eine Nichtraucherschutz-Regelung vor. Zudem sollen im Rahmen der Gesetzesrevision Massnahmen zum Jugendschutz getroffen werden.

Parlamentarischer Vorstoss im Bereich Tabakprävention

Die Motion von Lilian Hurschler-Baumgartner betreffend Jugendschutz beim Verkauf von Tabakwaren vom 8. März 2005 (Vorlage Nr. 1318.1 - 11678), erheblich erklärt am 23. Februar 2006, will den Verkauf von Tabakwaren an Minderjährige verbieten und den Automatenverkauf von Tabakwaren an Minderjährige durch geeignete Massnahmen verunmöglichen. Der Regierungsrat hat in seinem Bericht und Antrag (Vorlage Nr. 1318.2 – 11939) festgehalten, dass die bereits existierenden Bestimmungen zur Gesundheitsförderung und Prävention bei der Gesetzesrevision mit der Einschränkung des Verkaufs von Tabakwaren sinnvoll ergänzt werden können.

2.3 Konzeption der Revisionsvorlage

2.3.1 Totalrevision

Die erforderlichen Anpassungen am bestehenden Gesundheitsgesetz aus dem Jahre 1970 sind insgesamt derart umfassend, dass sich eine Neuordnung der gesetzlichen Grundlagen aufdrängt. Das geltende Gesundheitsgesetz ist 37 Jahre alt. Entsprechend vermag es gesetzestechnisch und auch sprachlich die heute an gesetzliche Erlasse gestellten Anforderungen nicht mehr zu befriedigen. So fehlt es bislang etwa an einem Zweckartikel und an einer geschlechtsneutralen Sprache. Der gesetzgeberische Revisionsbedarf erstreckt sich vom organisatorischen Teil über die Berufszulassung, die Zulassung der Spitäler und Pflegeheime, das Heilmittelwesen, die Massnahmen gegen übertragbare Krankheiten bis hin zur Gesundheitsförderung und Prävention. Damit das neue Gesetz auch im heutigen dynamischen Umfeld des Gesundheitswesens auf längere Zeit Bestand hat, sind (wie bisher) nur die wesentlichen Grundzüge auf Gesetzesstufe zu regeln (Rahmengesetz). Es wäre verfehlt, im Gesetz zu viele Einzelheiten zu regeln, die durch die Entwicklung nach kurzer Zeit überholt sind und schon bald wieder angepasst werden müssten.

2.3.2 Bereinigung der Organisation und der Zuständigkeiten

Im GesG 1970 kommen dem Gesundheitsrat zahlreiche gesundheitspolizeiliche Funktionen zu (Aufsichtsbehörde über Medizinalpersonen und Krankenanstalten, fachtechnische Beratung der Gesundheitsdirektion, Begutachtung von grundsätzli-

chen Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege, Begutachtung von grundsätzlichen Fragen der Zulassung zu den Medizinalberufen und Hilfsberufen, Vorschläge für die Wahl des Kantonsarztes, des Kantonstierarztes, des Kantonschemikers sowie deren Stellvertreter). Diese weitreichenden Zuständigkeiten haben ihre Wurzeln in einer Zeit, in der die Steuerung des Gesundheitswesens und die Aufsicht zum grossen Teil im Milizsystem organisiert waren. Inzwischen haben jedoch Zahl und Komplexität der staatlichen Aufgaben im Gesundheitsbereich stark zugenommen. Die Verwaltung wurde ausgebaut und professionalisiert. Vor diesem Hintergrund ist zu prüfen, ob der Gesundheitsrat weitergeführt werden soll.

Bereits im Zusammenhang mit der Teilrevision des Gesundheitsgesetzes im Jahr 2001 beantragte der Regierungsrat, den damaligen Sanitätsrat abzuschaffen. Der Kantonsrat lehnte die Streichung ab und benannte das Gremium in Gesundheitsrat um. Von den 26 Kantonen kennen inzwischen nur mehr zwei Kantone eine Kommission, die analog zum Gesundheitsrat im Kanton Zug mit hoheitlichen Entscheidungsbefugnissen ausgestattet ist (Appenzell-Ausserrhoden, St. Gallen). Der Kanton Luzern hat den Gesundheitsrat im Rahmen der Gesundheitsgesetzesnovelle vom 13. September 2005 abgeschafft.

Zwischen der effektiven Tätigkeit des Gremiums und dem im Gesetz stipulierten (weiten) Aufgabenfeld besteht eine Diskrepanz. Zuletzt hat sich die Tätigkeit des Rates auf die zustimmende Kenntnisnahme der Aktivitäten der Gesundheitspolizeibehörden und auf die Durchführung von ein paar wenigen Betriebsinspektionen pro Jahr beschränkt. Bei den Inspektionen musste die Detailbeurteilung und der Vollzug stets durch das Fachpersonal der Gesundheitsdirektion erfolgen. Das Milizgremium Gesundheitsrat vermag in seiner Funktion als Gesundheitspolizeibehörde weder schnell genug zu reagieren noch verfügt es über die notwendigen zeitlichen und personellen Ressourcen, die für die Durchführung der immer komplexeren Bewilligungs- und Aufsichtsverfahren notwendig sind.

Entsprechend dem Ergebnis dieser Überprüfung soll die Gesundheitsdirektion die Aufsicht und Leitung, der Regierungsrat die Oberaufsicht über das öffentliche Gesundheitswesen wahrnehmen und alle Massnahmen, Verfügungen und Entscheidungen treffen, die nicht ausdrücklich einer anderen Instanz zugewiesen sind. Der Gesundheitsrat als weiteres Organ mit teilweise konkurrierender Zuständigkeit soll keinen Eingang ins neue Gesundheitsgesetz mehr finden. Diese Neukonzeption wurde im Rahmen der Vernehmlassung durchwegs begrüsst.

Die übrigen kantonalen Organe (Kantonsärztin bzw. Kantonsarzt, Kantonstierärztin bzw. Kantonstierarzt, Kantonschemikerin bzw. Kantonschemiker etc.) werden beibehalten. Sie arbeiten im Auftrag der einschlägigen Gesetze, namentlich der Bundesgesetze, und nehmen als Fachstellen kantonale Vollzugsaufgaben wahr. Wie bisher werden sie vom Regierungsrat bestellt.

Den Zuger Gemeinden kommen die bisherigen Aufgaben im Bereich Gesundheit weiterhin zu, insbesondere im Zusammenhang mit der Hygiene und der Krankheitsbekämpfung. Es ist für den Kanton nicht möglich, sämtliche epidemiologischen Aufgaben auch auf dem Gemeindegebiet zu vollziehen. Dafür fehlen einerseits die personellen Ressourcen, andererseits die erforderlichen Kenntnisse vor Ort.

2.3.3 Anpassungen bei den Berufen im Gesundheitswesen

Auf Gesetzesstufe sind die Grundsätze und das Zulassungsverfahren für die universitären Medizinalberufe und die übrigen Berufe zu regeln (Psychotherapie, Zahnprothetik, Drogistinnen/Drogisten, Hebammen, Physiotherapie, Ergotherapie, Krankenpflege, medizinische Logopädie, Ernährungsberatung, Podologie, Augenoptik, Leitung medizinischer Labors und Dentalhygiene). Die Details sind auf Verordnungsstufe zu regeln.

Die Bestimmungen zur Berufsausübung können inhaltlich weitgehend aus dem geltenden Recht übernommen werden, wobei die neuen Bestimmungen der Bundesgesetzgebung (KVG, MedBG, HMG) integriert werden müssen. Im neuen Gesundheitsgesetz wird dabei Wert auf klare Strukturen und zeitgemässe Formulierungen gelegt. Übernommen und präzisiert werden im Gesetz insbesondere die Dokumentationspflicht, die Verpflichtung zur unmittelbaren, persönlichen Berufsausübung und zur Leistung von Notfalldienst. Sämtliche Berufsausübungsbewilligungen sollen neu befristet erteilt werden können. Es wird eine Altersgrenze von 70 Jahren vorgesehen. Diese Regelung lehnt sich an Lösungen in anderen Kantonen an. Sie war in der Vernehmlassung weitgehend unbestritten. Die Betroffenen können die Bewilligung verlängern, wenn sie physisch und psychisch nach wie vor Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung bieten. Eingeführt wird eine Pflicht zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung.

In der Bevölkerung zeigt sich ein ungebrochener Bedarf auch nach alternativen Heilverfahren. Im Kanton Zug sind diese so genannten nicht wissenschaftlichen Behand-

lungen seit 1981 ohne Bewilligung zugelassen. Aus komplementär- und alternativmedizinischen Kreisen wird neuerdings die Erteilung einer formellen Berufsausübungsbewilligung gefordert. Diese Entwicklung wird teilweise durch das im Kanton Zug laufende Anerkennungsverfahren für mehrere Bildungsgänge im Bereich Naturheilverfahren und Homöopathie verstärkt. Die Einführung einer generellen Bewilligungspflicht würde einen Rückschritt bedeuten. Eine generelle staatliche Zulassung wäre aber auch insoweit fragwürdig, als viele der praktizierten alternativen Verfahren in ihrer Heilwirkung wissenschaftlich nicht erforscht oder belegt sind, und die Patientinnen und Patienten mit der Bewilligung die Vorstellung einer umfassenden staatlichen Qualitätsgarantie verbinden.

Der Vorstand der GDK; (damals Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz, SDK) beauftragte am 26. März 1999 den (GDK-)Bildungsrat, eine Arbeitsgruppe «Zulassung zur beruflichen Tätigkeit im Gesundheitswesen» einzusetzen. Diese hatte einen Vorschlag für ein koordiniertes Vorgehen der Kantone bei der Erteilung von Bewilligungen zur Ausübung von Berufen im Gesundheitswesen zu erarbeiten, deren Ausbildung nicht gesamtschweizerisch öffentlich-rechtlich geregelt ist. Anlass dazu gaben auch die Erfahrungen mit dem Bundesgesetz vom 6. Oktober 1995 über den Binnenmarkt (Binnenmarktgesetz, BGBM; SR 943.02).

Die Arbeitsgruppe stellte in ihrem Bericht vom Juni 2000 eine Reihe von Unterschieden zwischen den kantonalen Regelungen sowie deren Anwendung in der Praxis fest. Die Kantone Appenzell-Ausserrhoden, Appenzell-Innerrhoden, Bern, Basellandschaft, Basel-Stadt, Obwalden, St. Gallen, Schaffhausen und Thurgau verlangen für die Ausübung alternativer Heilmethoden eine Bewilligung, wobei eine kantonale Prüfung zu absolvieren ist. Eine Zulassung ohne kantonale Prüfung ist in den Kantonen Nidwalden und Graubünden möglich. Deren neue Gesundheitsgesetze verlangen eine Registrierung bei einem anerkannten schweizerischen Qualitätslabel. Der Kanton Tessin kennt die Meldepflicht. In den Kantonen Aargau, Genf, Glarus, Neuenburg, Schwyz, Zug, Waadt und Wallis (und seit 2007 auch in Luzern) wird die Ausübung alternativer Heilmethoden geduldet. Ein Verbot besteht in den Kantonen Jura und Zürich, wobei der Kanton Zürich mit dem vom Kantonsrat am 2. April 2007 verabschiedeten Gesundheitsgesetz - bis auf wenige Ausnahmen - zum System der Duldung wechselt. Weiter enthält der Bericht Empfehlungen an die Kantone. Die SDK-Plenarversammlung verabschiedete das Papier am 24. November 2001. Die Empfehlungen betreffen die Regelung der Bewilligungspflicht gemäss den §§ 16 und

28 GesG 1970 (Zulassung der Medizinalpersonen und der medizinischen Hilfspersonen).

Die fehlende wissenschaftliche Erfassbarkeit vieler Methoden erschwert eine Regelung. Hinzu kommt, dass das Feld der Komplementär- und Alternativmedizin (KAM) völlig heterogen und enorm weit ist. Allein beim Erfahrungsmedizinischen Register (EMR) sind mehr als 200 Methoden registriert. Aufgrund der Vielzahl der Heilmethoden wäre eine kantonale Zulassungs- und Diplomanerkennungsbehörde schlicht überfordert, umso mehr als die heute geltende Personenfreizügigkeit in Europa gegenseitige Anerkennung von Diplomen, Zeugnissen und sonstigen Befähigungsausweisen verlangt und Diskriminierungen in der Berufszulassung bei Gleichwertigkeit generell ausschliesst.

Die neue Lösung knüpft am bewährten Zuger Modell an, passt dieses an die Entwicklungen des übergeordneten Bundesrechts an und verstärkt den Schutz der Patientinnen und Patienten. Der liberale Gesetzesansatz fand in der Vernehmlassung breite Zustimmung, doch äusserten insbesondere die komplementär- und alternativmedizinischen Ausbildungsstätten mit Standort im Kanton Zug und die für Gesundheitsberufe zuständige Volkswirtschaftsdirektion den Wunsch, für den Bereich der Komplementär- und Alternativmedizin gleichwohl eine Einbindung in das Bewilligungssystem zu schaffen. Dieser Wunsch ist nachvollziehbar.

Seit gut fünf Jahren arbeitet der Verein Höhere Fachschule für Naturheilverfahren und Homöopathie (hfnh), Hünenberg, gemeinsam mit den beiden Mitgliedschulen SHI Homöopathie Schule, Zug, und Paramed, Baar, an einer Anerkennung von verschiedenen Bildungsgängen. Begleitet werden sie seitens des Kantons von Vertreterinnen und Vertretern aus dem Amt für Berufsbildung und dem Kantonsärztlichen Dienst. Das Anerkennungsverfahren bezieht sich auf vier Bildungsgänge:

- Homöopathie an der Mitgliedschule SHI Homöopathie Schule, Zug
- Naturheilpraktiker TEN (Traditionell Europäische Naturheilkunde) an der Mitgliedschule Paramed, Baar
- Naturheilpraktiker MV (Manuelle Verfahren) an der Mitgliedschule Paramed, Baar

- Akupunkteur TCM (Traditionelle Chinesische Medizin) an der Mitgliedschule Paramed, Baar

Das angestrebte Anerkennungsverfahren auf eidgenössischer Ebene blieb erfolglos. Obwohl die Volkswirtschaftsdirektion beim Eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartement (EVD) intervenierte, fiel der laufende Bildungsgang nicht unter die Übergangsregelungen der neuen Vorschriften vom 1. April 2005. Das Endziel des Projekts ist nach wie vor eine eidgenössische Anerkennung.

Das Anerkennungsverfahren des Bildungsganges Homöopathie startete im Frühling 2003 und dauerte eine Bildungsgang-Länge bis zum Juli 2007. Der Bildungsgang wurde auf kantonaler Ebene mit Regierungsratsbeschluss vom 11. September 2007 anerkannt. Die Bildungsgänge der Paramed in Baar sind noch im Anerkennungsverfahren und werden voraussichtlich im Herbst 2008 und Frühling 2009 so weit sein, dass die Anerkennung beantragt werden kann. Gegenwärtig sind hfnh und Volkswirtschaftsdirektion daran, mit den Verbänden Rahmenlehrpläne zu erarbeiten, um die eidgenössische Anerkennung zu erzielen. Da das kantonale Anerkennungsverfahren sich auf die BBT-Mindestvorschriften abstützt, sollte für das eidgenössische Anerkennungsverfahren ein verkürztes Verfahren möglich sein.

Vor dem Hintergrund dieser Bestrebungen hat sich der Regierungsrat entschlossen, mittels Ergänzung von § 6 Absatz 1 (Bewilligungspflicht, vgl. den neu eingefügten Bst. e) und § 68 Absatz 6 GesG (Übergangsbestimmungen) einen Titelschutz für staatlich anerkannte komplementär- und alternativ-medizinische Diplome zu schaffen. Konkret soll die Zulassungslösung übernommen werden, wie sie der Zürcher Kantonsrat bei der Verabschiedung des neuen Zürcher Gesundheitsgesetzes am 2. April 2007 auf Antrag der Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit (KSSG) beschlossen hat. Der Zürcher Kantonsrat stimmte dem Antrag der KSSG mit 155 : 0 Stimmen zu, obschon die Zürcher Kantonsregierung den liberalen Ansatz des Gesetzes ungeschmälert erhalten wollte.

Folgendes System liegt dem neuen Zuger Gesundheitsgesetz zugrunde:

Bewilligungspflichtig sind inskünftig grundsätzlich nur noch Tätigkeiten, die bereits in ihrer korrekten Anwendung ein wesentliches Gefährdungspotenzial beinhalten (wie Feststellung oder Behandlung von Krankheiten etc. nach wissenschaftlich anerkannten Methoden). Ein zweiter Bereich betrifft die Gelenkmanipulationen mit Impulsen

und die instrumentellen Eingriffe, welche die Haut verletzen. Eine dritte Kategorie betrifft die Psychotherapie und die vierte die Verrichtungen betreffend Empfängnis- oder Zeugungsunfähigkeit. In Anlehnung an den Kanton Zürich sollen zudem neu diejenigen Personen der Bewilligungspflicht unterstellt sein, die mit einem eidgenössisch anerkannten Diplom der Komplementär- und Alternativmedizin tätig werden (§ 6 Abs. 1 Bst. e GesG). Bis der Bund diese Diplomanerkennung abgeschlossen hat, soll der Regierungsrat in eigener Kompetenz über den Titelschutz verfügen können (vgl. die Übergangsbestimmung in § 68 Abs. 6 GesG). Mit diesem Ansatz bleibt es den Patientinnen und Patienten wie heute freigestellt, sich ausserhalb der staatlich streng beaufsichtigten Berufskategorien behandeln zu lassen. Im Gegensatz zu heute wird aber sichergestellt, dass komplementär- und alternativ-medizinisch Tätige mit einem eidgenössisch geschützten Titel die durch den Titel vermittelte berufliche Vertrauenswürdigkeit tatsächlich verdienen. Um dies zu erreichen, gelten für sie dieselben gesundheitspolizeilichen Anforderungen (Leumund, berufliche Vertrauenswürdigkeit, Berufshaftpflichtversicherung, Infrastrukturvoraussetzungen) wie für die übrigen Personen mit eidgenössischer bzw. interkantonaler Diplomanerkennung (d. h. für im Bereich der wissenschaftlich anerkannten Behandlungen Tätige).

Diese Lösung bringt kein Berufsverbot für Personen, die dieselben Heilmethoden ohne entsprechendes Diplom anwenden. Die Vorlage geht damit nach wie vor von mündig und eigenverantwortlich handelnden Patientinnen und Patienten aus.

Die Patientensicherheit für alle nicht bewilligungspflichtigen Tätigkeiten wird generell durch § 12 GesG gewährleistet. Danach kann die Gesundheitsdirektion bei Gesundheitsgefährdungen auch im bewilligungsfreien Raum Berufsverbote aussprechen. Daneben gelten die straf- und haftpflichtrechtlichen Verantwortlichkeiten gegenüber nicht bewilligungspflichtigen Berufsangehörigen genauso wie gegenüber Bewilligungsinhaberinnen und -inhabern. Eine derartige Regelung entspricht den Grundsätzen eines liberalen Rechtsstaates, lässt dem eigenverantwortlichen Handeln der mündigen Patientin bzw. des mündigen Patienten Platz und gewährleistet die vom Binnenmarktgesetz verlangte Freizügigkeit zwischen den Kantonen.

2.3.4 Änderungen bei den Spitälern, Pflegeheimen und anderen Betrieben im Gesundheitswesen

Die Bewilligungspflicht, die Aufsicht, die Beistands- und Aufnahmepflicht sowie die Patientendokumentation für Spitäler, Pflegeheime und andere Betriebe im Gesundheitswesen ist neu zu regeln.

Die Liste der bewilligungspflichtigen Institutionen soll (in Anlehnung an die Bundesgesetzgebung, insbesondere das KVG) erweitert werden (Spitex; Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen [HMO und dergleichen]).

Bisher ist die Bewilligungspflicht für die «Kranken- und Pflegeanstalten» nur als allgemeiner Grundsatz in § 35 GesG 1970 festgehalten. Abgesehen davon, dass das Gesetz sich über die Bewilligungsvoraussetzungen ausschweigt, fehlt es auch an einer Definition der in § 35 GesG 1970 verwendeten Begriffe «Spital, Sanatorium, Präventorium und Pflegeheim». Damit das Gesetz als formell-rechtliche Grundlage für eine gesundheitspolizeilich motivierte Bewilligungspflicht und allfällige Eingriffe genügt, müssen die bewilligungspflichtigen Institutionen definiert und die Bewilligungsvoraussetzungen näher umschrieben werden. Im Interesse der Klarheit sind die Zulassungsformen wie bisher abschliessend aufzuzählen.

Den geänderten Versorgungsbedürfnissen und den durch das KVG eröffneten neuen Möglichkeiten wird Rechnung getragen. So sieht das KVG namentlich die Versicherungsform der so genannten Health Maintenance Organization (HMO) vor. Mit den Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen, werden für die HMO die formalrechtliche Bewilligungsvoraussetzung auf Gesetzesstufe geschaffen. Neu kann der Regierungsrat bei Bedarf auch für die immer häufiger anzutreffenden Gemeinschaftspraxen eine Betriebsbewilligung vorsehen.

2.3.5 Ausbau der Patientenrechte (inkl. Krankengeschichte)

Die Patientenrechte werden angemessen ausgebaut. Der Zugriff und die Aufbewahrung der Krankengeschichten werden im Interesse der Patientinnen und Patienten neu geregelt.

Die Patientenrechte fanden im GesG 1970 nur am Rande Eingang (Zwangsmassnahmen). Regelungsbedarf auszumachen ist hier etwa bei den Rechten auf Behandlung und Selbstbestimmung sowie auf Information und Einsicht in die Krankengeschichte (inkl. Herausgabe der Originalkrankenakten).

Namentlich sollen die Patientinnen und Patienten im Sinne des informationellen Selbstbestimmungsrechts grundsätzlich die Herausgabe der Akten nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist verlangen können, soweit nicht überwiegende schützenswerte Interessen Dritter dagegen sprechen. Zudem ist neueren technischen Entwicklungen Rechnung zu tragen. So konnten den Betroffenen beim Konkurs der «causa dermis» in Cham etwa die Patientenakten nicht ausgehändigt werden, da diese bloss elektronisch geführt wurden und die geleasteten EDV-Anlagen vom Leasinggeber zur Weiterverwendung beansprucht wurden (Lizenzgebühr ausstehend).

2.3.6 Verstärkung der Alkohol- und Tabakprävention

Aus Gründen einer klaren Struktur sind die gesetzlichen Regelungen der Alkohol- und Tabakprävention an einem Ort zu definieren.

Entsprechend dem Bericht und Antrag des Regierungsrates zur Motion von Lilian Hurschler-Baumgartner betreffend Jugendschutz beim Verkauf von Tabakwaren (Vorlage Nr. 1318.2 – 11939, Ziff. 7) ist die Rechtsgrundlage für die Einschränkung des Verkaufs von Tabakwaren zu schaffen.

Gesundheitsförderung und Prävention und namentlich die Intensivierung der Alkohol- und Tabakprävention bilden einen der Schwerpunkte 2005 - 2015 des Regierungsrates. Eine wirksame Prävention ist dabei immer ein Paket verschiedener Massnahmen. Die Tabakpräventionsstrategie und der Kantonale Alkohol-Aktionsplan (KAAP) bezeichnen in diesem Sinne verschiedene Handlungsfelder.

Im Juni 2005 legte die Gesundheitsdirektion die Tabakpräventionsstrategie für die Jahre 2005 - 2010 fest. Am 20. März 2006 verabschiedete die Drogenkonferenz den Kantonalen Alkohol-Aktionsplan (KAAP) 2006 - 2011. Sowohl die nationalen Programme zur Alkohol- und Tabakprävention wie auch die Zuger Alkohol- und Tabakpräventionsstrategien beinhalten als konkrete Ziele Werbebeschränkungen für Alkohol- und Tabakprodukte. Den von der Drogenkonferenz entworfenen Leitlinien für die Einschränkung der Tabak- und Alkoholwerbung im Kanton Zug hat der Regierungsrat

an seiner Sitzung vom 3. Mai 2005 stattgegeben. Entsprechend diesen Strategien und Zielen wurde ein Plakatwerbeverbot für Tabakwaren und alkoholische Getränke mit Ausnahme von Wein und Bier ins Auge gefasst, sofern die Werbung vom öffentlichen Grund her einsehbar ist (sog. Genfer Modell). Werbeeinschränkungen für Tabak gelten besonders für Kinder und Jugendliche als höchst wirksam (BAG, Basisinformation zur Tabakwerbung, Mai 2006, 5. Version, Seite 8).

Die Vernehmlassungsvorlage beschränkte das Plakatwerbeverbot gleichwohl auf Tabakwaren. Dies, weil die eidgenössischen Räte in der Schlussabstimmung vom 24. März 2006 zum neuen Bundesgesetz über Radio und Fernsehen (RTVG) entschieden hatten, dass private Lokalradios und Regional-TV-Stationen zukünftig für Wein, Bier und Most werben dürfen. Dieser Entscheid stellt letztlich einen Rückschlag in der Alkoholprävention dar, zumal unsere Kinder und Jugendlichen den Werbeeinflüssen dieser elektronischen Medien sehr wohl ausgesetzt sind. In der Vernehmlassung stiess die Werbeeinschränkung auch für alkoholische Getränke allerdings auf derart breite Zustimmung, dass sich eine einseitige Beschränkung auf Tabakwaren nicht mehr rechtfertigen lässt. Unbestritten war auch, dass die Werbeeinschränkung vor allem dann wirksam ist, wenn sie die Werbung für Bier, Wein und dergleichen miterfasst. Bier, Wein und Obstwein machen über 80 Prozent des gesamten Alkoholkonsums in der Schweiz aus, wobei Bier vor allem bei Jugendlichen sehr beliebt ist. Aus der Optik des Jugendschutzes macht ein Werbeverbot für alkoholische Getränke tatsächlich nur dann Sinn, wenn es für sämtliche alkoholischen Getränke und insbesondere für Bier gilt. Das neue Gesetz sieht in diesem Sinne ein Plakatwerbeverbot für Tabakwaren und alkoholische Getränke einschliesslich Wein und Bier vor.

2.4 Vernehmlassung

Der Regierungsrat hat den Entwurf des neuen Gesundheitsgesetzes in die Vernehmlassung geschickt. Die Vernehmlassungsfrist dauerte vom 8. März bis zum 11. Juni 2007.

Die Vernehmlassungsunterlagen wurden im Erstversand folgenden Adressatengruppen zugestellt.

Der Rückfluss bzw. die Beteiligung an der Vernehmlassung zeigt folgendes Bild:

Interessengruppe	Versand	Rückmeldungen	%
Einwohnergemeinden	11	11	100
Politische Parteien	5	5	100
Innerkantonale Organisationen und Verbände	18	18	100
Interkantonale Organisationen und Verbände	12	21	175
Bundesbehörden	2	2	100
Kantonale Verwaltung	3	8	267
Private, Spitäler, Schulen	7	17	243
Total	58	82	141

2.4.1 Fragenkatalog

Die zur Vernehmlassung Eingeladenen wurden gebeten, in ihren Stellungnahmen speziell die Fragen zu folgenden Themenkreisen zu beantworten.

A) Allgemeine Bemerkungen zum Gesetzes-Entwurf

B) Fragen zu einzelnen Paragraphen

§§ 3 und 30 Gesundheitsdirektion bzw. Aufsicht

Sind Sie mit der Neuordnung der Überwachung der Aufsicht über die Spitäler und Heime (neu Gesundheitsdirektion statt Gesundheitsrat) einverstanden?

§ 6 Bewilligungspflicht

Sind Sie mit der Beibehaltung des liberalen Modells der Zulassung der komplementären und alternativen Medizinalberufe einverstanden?

§ 11 Beendigung und Erlöschen der Bewilligung, Unterbrechung

Sind Sie mit der Regelung, insbesondere der Altersgrenze einverstanden?

§ 17 Anzeigepflicht

Sind Sie mit der Ausweitung der Anzeigepflicht einverstanden?

§ 22 Privatapotheke

Sind Sie mit der Beibehaltung der Selbstdispensation (Medikamentenabgabe durch Ärztinnen und Ärzte) einverstanden?

§§ 26 und 27 Betriebsbewilligungen

Sind Sie mit der vorgeschlagenen Regelung der Betriebsbewilligungen und der zugelassenen Betriebsformen einverstanden?

§ 29 Ausbildungswesen

Sind Sie mit der neuen gesetzlichen Grundlage zur Förderung des Ausbildungswesens einverstanden?

§§ 31 - 42 Patientenrechte und -pflichten

Sind Sie mit den neu auf gesetzlicher Stufe geregelten Patientenrechten und -pflichten einverstanden?

§ 36 Abs. 4 Aufzeichnung

Sind Sie damit einverstanden, dass die Patientendokumentationen nicht dem kantonalen Archivgesetz unterstellt sind (keine Ablieferungspflicht ins Staatsarchiv)?

§§ 43 und 44 Organentnahme und Obduktion

Sind Sie mit der Schaffung dieser neuen gesetzlichen Grundlage einverstanden?

§ 48 Nichtraucherchutz

Sind Sie mit dem Ausbau des Nichtraucherchutzes einverstanden?

Variante a)

Sind Sie mit der Einführung dieser Regelung gemäss Variante a) einverstanden?

Variante b)

Sind Sie mit der Einführung dieser Regelung gemäss Variante b) einverstanden?

Stichfrage

Welche Variante bevorzugen Sie, falls beide Vernehmlassungsvarianten eine Mehrheit finden?

§ 49 - 50 Jugendschutz

Sind Sie grundsätzlich mit der Stärkung des Jugendschutzes einverstanden?

§ 49 Plakatwerbeverbot für Tabakwaren

Sind Sie mit der Einführung dieser Regelung einverstanden?

§ -- Plakatwerbeverbot für alkoholische Getränke

Würden Sie auch ein analoges Plakatwerbeverbot für alkoholische Getränke begrüssen (vom Regierungsrat im Gesetzesentwurf nicht vorgesehen)

§ 50 Verkaufsverbot für Tabakwaren und alkoholische Getränke

Sind Sie mit der Einführung dieser Regelung einverstanden?

§ 64 Konsumentenschutz

Sind Sie mit der Einführung dieser Regelung einverstanden?

2.4.2 Auswertung der Vernehmlassungsantworten

Ein Grossteil der Vernehmlassungen enthalten nur Stellungnahmen zu einem Teil der Vernehmlassungsfragen, so dass das Total der Antworten jeweils nicht dem Total der eingegangenen Vernehmlassungsantworten entspricht. Die Vernehmlassungsantworten lassen sich wie folgt zusammenfassen:

A) Allgemein

Wie werten Sie den Gesetzesentwurf im Grundsatz?

Kurzkommentar

Die Notwendigkeit einer Totalrevision wird von keinem der Vernehmlassungsteilnehmenden in Frage gestellt. Der Gesetzesentwurf wird als gut verständlich und sorgfältig ausgearbeitet begrüsst.

B) Fragen zu einzelnen Paragraphen

§§ 3 und 30 Gesundheitsdirektion bzw. Aufsicht

Sind Sie mit der Neuordnung der Überwachung der Aufsicht über die Spitäler und Heime (neu Gesundheitsdirektion statt Gesundheitsrat) einverstanden?

Interessengruppe	Anzahl	Antwort	Ja	Ja, aber	Nein
Einwohnergemeinden	11	11	11	0	0
Politische Parteien	5	5	4	1	0
Innerkantonale Organisationen und Verbände	18	11	9	2	0
Interkantonale Organisationen und Verbände	21	4	3	1	0
Bundesbehörden	2	0	0	0	0
Kantonale Verwaltung	8	1	1	0	0
Private, Spitäler, Schulen	17	6	5	1	0
Total	82	38	33	5	0

Kurzkommentar

Alle Vernehmlassungsteilnehmenden (inkl. Gesundheitsrat) stimmen der Neukonzeption zur Abschaffung des Gesundheitsrats zu. Die Professionalisierung wird auf breiter Front begrüsst.

§ 6 Bewilligungspflicht

Sind Sie mit der Beibehaltung des liberalen Modells der Zulassung der komplementären und alternativen Medizinalberufe einverstanden?

Interessengruppe	Anzahl	Antwort	Ja	Ja, aber	Nein
Einwohnergemeinden	11	11	2	8	1
Politische Parteien	5	5	1	4	0
Innerkantonale Organisationen und Verbände	18	13	7	5	1
Interkantonale Organisationen und Verbände	21	12	4	1	7
Bundesbehörden	2	2	0	2	0
Kantonale Verwaltung	8	2	1	0	1
Private, Spitäler, Schulen	17	12	5	1	6
Total	82	57	20	21	16

Kurzkommentar

Vor allem von Seiten der Komplementär- und Alternativmedizin wird auf breiter Front eine Bewilligungsregelung für die Zulassung gefordert, damit der Patientenschutz verbessert wird. Mehrfach wird gefordert, dass die Abgabe von komplementärmedizinischen Arzneimitteln an eine Bewilligung zu binden sei. Es besteht auf der anderen Seite die Meinung, dass das liberale Modell sehr fortschrittlich sei und sich bewährt habe. Auch wird befürchtet, dass die Einführung einer Bewilligungspflicht einen sehr hohen administrativen Aufwand erfordern würde, da eine ausgesprochen grosse Vielfalt von komplementär- und alternativmedizinischen Tätigkeiten herrscht.

§ 11 Beendigung und Erlöschen der Bewilligung, Unterbrechung

Sind Sie mit der Regelung, insbesondere der Altersgrenze einverstanden?

Interessengruppe	Anzahl	Antwort	Ja	Ja, aber	Nein
Einwohnergemeinden	11	11	1	7	3
Politische Parteien	5	5	3	1	1
Innerkantonale Organisationen und Verbände	18	11	7	1	3
Interkantonale Organisationen und Verbände	21	5	1	3	1
Bundesbehörden	2	0	0	0	0
Kantonale Verwaltung	8	1	1	0	0
Private, Spitäler, Schulen	17	6	2	2	2
Total	82	39	15	14	10

Kurzkommentar

Für die grosse Mehrheit der Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser ist die Regelung der Altersgrenze ausgewogen und richtig. Teilweise werden höhere (75 Jahre) oder tiefere (55 Jahre) Alterslimiten gefordert.

Die Negativäusserungen beziehen sich fast ausschliesslich auf den administrativen Aufwand für die Betroffenen bei der Umsetzung der jährlichen Kontrolle, weshalb anders als in der ursprünglichen Vernehmlassungsvorlage grundsätzlich nicht mehr der Einjahres-, sondern der Zweijahresrhythmus gelten soll. Damit findet eine komplette Angleichung an die Regelung im Bereich des Strassenverkehrsrechtes statt, gemäss welchem die Lenkerinnen und Lenker motorisierter Fahrzeuge ab dem 70. Altersjahr alle zwei Jahre einen Arztbericht einreichen müssen, der bestätigt, dass die Fahrfähigkeit noch gewährleistet ist.

§ 17 Anzeigepflicht

Sind Sie mit der Ausweitung der Anzeigepflicht einverstanden?

Interessengruppe	Anzahl	Antwort	Ja	Ja, aber	Nein
Einwohnergemeinden	11	11	2	8	1
Politische Parteien	5	5	2	2	1
Innerkantonale Organisationen und Verbände	18	12	7	1	4
Interkantonale Organisationen und Verbände	21	5	2	3	0
Bundesbehörden	2	0	0	0	0
Kantonale Verwaltung	8	2	0	2	0
Private, Spitäler, Schulen	17	6	2	4	0
Total	82	41	15	20	6

Kurzkommentar

Die Ausweitung der Anzeigepflicht findet grundsätzlich eine breite Zustimmung. Gleichzeitig wird aber auch mehrfach die Beibehaltung des Melderechtes in Fällen von über 18-jährigen Opfern beantragt. Teilweise wird befürchtet, dass eine Anzeigepflicht das Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient gefährden könnte und somit sogar die zeitgerechte medizinische Versorgung von Opfern leiden könnte. Der duale Weg der Anzeigeerstattung via Polizei (bzw. Strafverfolgungsbehörden) oder Kantonsarzt wird vereinzelt kritisiert, da dies im Endeffekt meist auch zu einer Anzeige führe. Von gemeindlicher Seite wird festgehalten, dass die vormundschaftliche Information durch die Vorlage nicht abgedeckt werde.

§ 22 Privatapotheke

Sind Sie mit der Beibehaltung der Selbstdispensation (Medikamentenabgabe durch Ärztinnen und Ärzte) einverstanden?

Interessengruppe	Anzahl	Antwort	Ja	Ja, aber	Nein
Einwohnergemeinden	11	11	8	3	0
Politische Parteien	5	5	4	1	0
Innerkantonale Organisationen und Verbände	18	12	9	1	2
Interkantonale Organisationen und Verbände	21	7	5	1	1
Bundesbehörden	2	0	0	0	0
Kantonale Verwaltung	8	1	1	0	0
Private, Spitäler, Schulen	17	6	3	3	0
Total	82	42	30	9	3

Kurzkommentar

Der Status Quo wird mehrheitlich unterstützt. Allerdings wird dieser vor allem für städtische Gebiete mit hoher Apothekendichte auch in Frage gestellt, da die Zweitmeinung der Apothekerin und des Apothekers grundsätzlich als sinnvoll erachtet wird. Es besteht die Befürchtung, dass durch die Selbstdispensation unnötige Medikamentenkosten entstehen.

§ 22 Abs. 1 Privatapotheke mit Abgabeberechtigung auch für Zahnärztinnen und Zahnärzte

Sind Sie mit der Ausweitung der Selbstdispensation auf Zahnärztinnen und Zahnärzte einverstanden?

Interessengruppe	Anzahl	Antwort	Ja	Ja, aber	Nein
Einwohnergemeinden	11	10	1	2	7
Politische Parteien	5	5	2	0	3
Innerkantonale Organisationen und Verbände	18	11	7	2	2
Interkantonale Organisationen und Verbände	21	6	4	1	1
Bundesbehörden	2	0	0	0	0
Kantonale Verwaltung	8	1	0	0	1
Private, Spitäler, Schulen	17	5	3	2	0
Total	82	38	17	7	14

Kurzkommentar

Die Selbstdispensation durch Zahnärztinnen und Zahnärzte ist deutlich umstrittener als jene der Ärztinnen und Ärzte. Während sich die Parteien im Verhältnis 2 : 3 gegen die Selbstdispensation aussprechen, ist der Rest ungefähr im Verhältnis 2 : 1 dafür. Bei den Verbänden der Gesundheitsberufe sind die Meinungen insgesamt ausgeglichen. Die Selbstdispensation wird in erster Linie mit einem höheren Einkommen und höheren Gesundheitskosten in Verbindung gebracht. Zudem wird das pharmakologische Wissen der Zahnärztinnen und Zahnärzte teilweise in Frage gestellt. Die Befürworterinnen und Befürworter argumentieren mit einer für die Kundschaft besseren Dienstleistung.

§§ 26 und 27 Betriebsbewilligungen

Sind Sie mit der vorgeschlagenen Regelung der Betriebsbewilligungen und der zugelassenen Betriebsformen einverstanden?

Interessengruppe	Anzahl	Antwort	Ja	Ja, aber	Nein
Einwohnergemeinden	11	11	2	9	0
Politische Parteien	5	5	3	2	0
Innerkantonale Organisationen und Verbände	18	12	9	2	1
Interkantonale Organisationen und Verbände	21	4	2	2	0
Bundesbehörden	2	0	0	0	0
Kantonale Verwaltung	8	1	1	0	0
Private, Spitäler, Schulen	17	6	3	2	1
Total	82	39	20	17	2

Kurzkomentar

Der Vorschlag wird grossmehrheitlich unterstützt. Eine eher freizügige Erteilungsmöglichkeit für Betriebsbewilligungen an juristische Personen verschiedenster Art (via Verordnungsweg) wird begrüsst. Mehrfach wird moniert, dass die ursprünglich vorgesehene Begriffsumschreibung "gemeinnützige ambulante ärztliche Institutionen" für HMO-Praxen im Gesetz (§ 26 Abs. 2 lit. d) nicht leicht nachvollziehbar sei, weshalb diese zu ändern sei.

§ 29 Ausbildungswesen

Sind Sie mit der neuen gesetzlichen Grundlage zur Förderung des Ausbildungswesens einverstanden?

Interessengruppe	Anzahl	Antwort	Ja	Ja, aber	Nein
Einwohnergemeinden	11	11	1	7	3
Politische Parteien	5	5	3	2	0
Innerkantonale Organisationen und Verbände	18	11	9	2	0
Interkantonale Organisationen und Verbände	21	4	2	1	1
Bundesbehörden	2	0	0	0	0
Kantonale Verwaltung	8	2	2	0	0
Private, Spitäler, Schulen	17	6	5	1	0
Total	82	39	22	13	4

Kurzkommentar

Der Vorschlag wird grossmehrheitlich unterstützt. Es wird darauf hingewiesen, dass in verschiedensten Bereichen des Gesundheitswesens ein Bedarf nach Ausbildungsplätzen vorhanden bzw. deren finanzielle Unterstützung notwendig ist (Hausärztinnen/Hausärzte, Pflegepersonal etc.). Einmal wird die Meinung vertreten, dass eine Klinik mit Belegarztsystem sich nicht für eine ärztliche Aus-/Weiterbildung eigne und deshalb auch keine zwangsweise Ausbildungspflicht auferlegt werden dürfe.

§§ 31 - 42 Patientenrechte und -pflichten

Sind Sie mit den neu auf gesetzlicher Stufe geregelten Patientenrechten und -pflichten einverstanden?

Interessengruppe	Anzahl	Antwort	Ja	Ja, aber	Nein
Einwohnergemeinden	11	11	9	2	0
Politische Parteien	5	5	4	1	0
Innerkantonale Organisationen und Verbände	18	12	7	5	0
Interkantonale Organisationen und Verbände	21	11	7	3	1
Bundesbehörden	2	0	0	0	0
Kantonale Verwaltung	8	1	1	0	0
Private, Spitäler, Schulen	17	12	3	9	0
Total	82	52	31	20	1

Kurzkommentar

Der Vorschlag wird insbesondere wegen der Selbstverantwortlichkeit der Patientinnen und Patienten grossmehrheitlich unterstützt, aber teilweise als sehr detailliert empfunden. Die Erwähnung der Palliativmedizin wird begrüsst.

§ 36 Abs. 4 Aufzeichnung

Sind Sie damit einverstanden, dass die Patientendokumentationen nicht dem kantonalen Archivgesetz unterstellt sind (keine Ablieferungspflicht ins Staatsarchiv)?

Interessengruppe	Anzahl	Antwort	Ja	Ja, aber	Nein
Einwohnergemeinden	11	11	11	0	0
Politische Parteien	5	5	5	0	0
Innerkantonale Organisationen und Verbände	18	11	9	2	0
Interkantonale Organisationen und Verbände	21	12	10	1	1
Bundesbehörden	2	1	0	1	0
Kantonale Verwaltung	8	3	2	0	1
Private, Spitäler, Schulen	17	13	5	7	1
Total	82	56	42	11	3

Kurzkommentar

In der Vernehmlassung fand die Ausnahme von der Archivierungspflicht gemäss § 3 Archivgesetz (BGS 152.4) breiteste Zustimmung. Eine im Archivwesen tätige Einzelperson, eine entsprechende Fachvereinigung sowie das Staatsarchiv wandten sich gegen diesen Vorschlag, weil sie eine Schwächung des Archivgesetzes befürchteten. Zusammenfassend machten sie in unterschiedlicher Gewichtung der einzelnen Argumente geltend, dass die Patientendokumentationen für die Geschichtsschreibung des Gesundheitswesens unserer Zeit einen unverzichtbaren Bestandteil darstellten. Teilweise wurde gefordert, dass die Archivierungspflicht auch auf die privaten Bewilligungsinhaberinnen und -inhaber auszudehnen sei. Die Patientinnen und Patienten seien mit dem Entscheid über die Archivierung ihrer Akten überfordert, da ihnen die entsprechenden (Fach-)Kompetenzen zur Archivierungsfrage fehlten. Es sei nicht einzusehen, weshalb das erst gut dreijährige Archivgesetz im Bereich der Patientendokumentationen de facto ausser Kraft gesetzt werden solle. Die Archivierungspflicht schaffe keinen Wettbewerbsnachteil zwischen öffentlichen und privaten Anbieterinnen und Anbietern und decke sich mit der Verpflichtung der öffentlichen Hand, jeder-

zeit Rechenschaft über die staatlichen Handlungen ablegen zu können. Statt mit der Abschaffung der Archivierungspflicht könne den Datenschutzbedenken mit einer im Gesundheitsgesetz festgesetzten, um 50 Jahre verlängerten Schutzfrist (bei besonders schützenswerten Personendaten bisher 100 Jahre bzw. 50 Jahre nach dem Tod des/der Betroffenen; § 12 Archivgesetz, BGS 154.2) begegnet werden. Zusätzlich könnten die Daten geschützt werden, indem der Zugriff auf die Daten nur mit einer auf den Einzelfall bezogenen Spezialbewilligung erfolgen könne. Allenfalls könnten diese auch noch vor der Archivierung zusätzlich anonymisiert werden. Die geltenden Datenschutzbestimmungen genügten insgesamt aus der Sicht der Patientinnen und Patienten vollauf. Die Begriffe "Patientin/Patient" und "Dokumentation" seien zudem im Kontext unklar.

Von anderer Seite wurden vereinzelt angepasste Aufbewahrungsfristen für die Patientendokumentationen verlangt, ohne dass dabei der vorgeschlagene Verzicht auf die Archivierung angezweifelt wurde. Daneben wurden vereinzelt auch leicht abgeänderte Herausgabe- und Einsichtsregeln vorgeschlagen. Mehrmals wurden der Gesetzestext und der Bericht unter Hinweis auf das Patientenselbstbestimmungsrecht und den sensitiven Dateninhalt der Dokumentationen ausdrücklich begrüsst (vgl. auch Argumentation S. 77 ff.).

Der Datenschutzbeauftragte unterstützt den Gesetzesvorschlag.

§§ 43 und 44 Organentnahme und Obduktion

Sind Sie mit der Schaffung dieser neuen gesetzlichen Grundlage einverstanden?

Interessengruppe	Anzahl	Antwort	Ja	Ja, aber	Nein
Einwohnergemeinden	11	10	9	1	0
Politische Parteien	5	5	5	0	0
Innerkantonale Organisationen und Verbände	18	9	9	0	0
Interkantonale Organisationen und Verbände	21	4	4	0	0
Bundesbehörden	2	0	0	0	0
Kantonale Verwaltung	8	2	2	0	0
Private, Spitäler, Schulen	17	6	5	1	0
Total	82	36	34	2	0

Kurzkommentar

Der Bereich Organentnahme und Obduktion fand einhellige Unterstützung. Die beiden "Ja, aber" wurden einmal ohne Begründung und einmal mit einem ergänzenden Hinweis auf die Obduktionsberechtigungen an öffentlichen Institutionen eingereicht.

§ 48 Nichtraucherchutz

Sind Sie mit dem Ausbau des Nichtraucherschutzes einverstanden?

Variante a)

Sind Sie mit der Einführung dieser Regelung gemäss Variante a) einverstanden?

Variante b)

Sind Sie mit der Einführung dieser Regelung gemäss Variante b) einverstanden?

Stichfrage

Welche Variante bevorzugen Sie, falls beide Vernehmlassungsvarianten eine Mehrheit finden?

Interessengruppe	Anzahl	Antwort	A	B	-
Einwohnergemeinden	11	11	8	3	0
Politische Parteien	5	5	3	1	1* **
Innerkantonale Organisationen und Verbände	18	16	10	5	1*
Interkantonale Organisationen und Verbände	21	15	12	3	0
Bundesbehörden	2	0	0	0	0
Kantonale Verwaltung	8	1	1	0	0
Private, Spitäler, Schulen	17	11	9	2	0
Total	82	59	43	14	2*

* Zwei Vernehmlassungsantworten haben sich nicht zwischen A und B entschieden, unterstützen aber den Nichtraucherschutz im Grundsatz.

** Keine Priorisierung von A oder B. Die SVP ist hier für ein totales Rauchverbot in öffentlichen Räumen. Ein totales Rauchverbot in Restaurants ist in dieser Partei jedoch umstritten. Rauchen in abgetrennten Restaurant-Räumen soll grundsätzlich erlaubt sein.

Kurzkomentar

Der Grundsatz des Nichtraucherschutzes ist ohne Gegenstimme bei 59 "Ja" oder "Ja, aber" befürwortet worden und kann als unbestritten bezeichnet werden. Bei der Stichfrage schwingt A im Verhältnis 3 : 1 gegenüber B deutlich obenaus. Die Befürworterinnen und Befürworter begrüssen den Nichtraucherschutz, insbesondere auch den Schutz der Kinder und Jugendlichen. Die Gegnerinnen und Gegner machen vor allem eine unverhältnismässige und daher unzulässige Einschränkung der Markt-/Gewerbefreiheit geltend, wenn in keinem öffentlichen Raum mehr geraucht werden dürfe.

Im Sinne einer Optimierung wurden folgende Forderungen genannt:

- Definition der Grösse und des prozentualen Anteils der Raucherräume.
- Filterqualität der zu separierenden Lüftungen sei detailliert vorzuschreiben.

- Sonderregelung für Alters-/Pflegeheime, da Heimräume eigentlich die Privaträume der Bewohnerinnen und Bewohner seien.
- Keine Rauchgelegenheiten in öffentlichen Räumen (Schutz des Personals).
- Die Wirtin oder der Wirt soll entscheiden können, ob es sich um ein Raucher- oder Nichtraucherlokal handelt.
- Für die Missachtung eines Rauchverbotes dürfe nicht die Wirtin oder der Wirt belangt werden.

§ 49 - 50 Jugendschutz

Sind Sie grundsätzlich mit der Stärkung des Jugendschutzes einverstanden?

Interessengruppe	Anzahl	Antwort	Ja	Ja, aber	Nein
Einwohnergemeinden	11	11	9	2	0
Politische Parteien	5	5	4	1	0
Innerkantonale Organisationen und Verbände	18	14	10	2	2
Interkantonale Organisationen und Verbände	21	8	6	2	0
Bundesbehörden	2	0	0	0	0
Kantonale Verwaltung	8	1	1	0	0
Private, Spitäler, Schulen	17	6	5	1	0
Total	82	45	35	8	2

Kurzkommentar

Die Gesetzesvorlage wird grossmehrheitlich als notwendig begrüsst. Die beiden ablehnenden Voten stammen aus gewerblichen Kreisen. Die Ablehnung erfolgt zum Teil ohne Begründung und zum Teil unter dem Hinweis, dass es allein Sache der Eltern sei, ob deren Kinder Alkohol und/oder Tabak konsumierten.

§ 49 Plakatwerbeverbot für Tabakwaren

Sind Sie mit der Einführung dieser Regelung einverstanden?

Interessengruppe	Anzahl	Antwort	Ja	Ja, aber	Nein
Einwohnergemeinden	11	11	7	4	0
Politische Parteien	5	5	4	0	1
Innerkantonale Organisationen und Verbände	18	15	7	5	3
Interkantonale Organisationen und Verbände	21	4	4	0	0
Bundesbehörden	2	0	0	0	0
Kantonale Verwaltung	8	2	2	0	0
Private, Spitäler, Schulen	17	5	5	0	0
Total	82	42	29	9	4

Kurzkommentar

Der Vorschlag wird grossmehrheitlich begrüsst. Die Gegnerinnen und Gegner argumentieren, dass ein Plakatwerbeverbot den Konsum nicht reduzieren würde. Werbung sei als Produkteinformation zu verstehen. Es sei willkürlich, die Plakatwerbung für Tabak, nicht aber für alkoholische und gesüsste Getränke oder fetthaltige Nahrungsmittel etc. zu verbieten. Auch ein Zuwarten wird im Einzelfall beantragt, weil eine nationale Regelung zur Abwendung von regionalen Wirtschaftshemmnissen notwendig sei. Verschiedentlich wird von den Befürworterinnen und Befürwortern auch ein generelles Werbeverbot für Tabakwaren (Kino etc.) gefordert. Zudem sei der Begriff "vom öffentlichen Grund her einsehbar" ungenügend definiert.

§ -- Plakatwerbeverbot für alkoholische Getränke

Würden Sie auch ein analoges Plakatwerbeverbot für alkoholische Getränke begrüßen (vom Regierungsrat im Gesetzesentwurf nicht vorgesehen)?

Interessengruppe	Anzahl	Antwort	Ja	Ja, aber	Nein
Einwohnergemeinden	11	10	6	4	0
Politische Parteien	5	4	3	0	1
Innerkantonale Organisationen und Verbände	18	14	11	0	3
Interkantonale Organisationen und Verbände	21	5	5	0	0
Bundesbehörden	2	0	0	0	0
Kantonale Verwaltung	8	2	0	1	1
Private, Spitäler und Schulen	17	5	4	0	1
Total	82	40	29	5	6

Kurzkommentar

Diese Zusatzfrage wurde ähnlich bewertet wie die Frage nach dem Plakatwerbeverbot für Tabakwaren. Die Befürworterinnen und Befürworter führen ins Feld, dass konsequenterweise beides, Tabak und Alkohol, zum Schutz der Jugend nicht mehr via Plakate beworben werden sollte. Die Wirksamkeit von Werbung sei als erwiesen zu betrachten, ansonsten die Wirtschaft schon lange keine Werbung mehr machen würde. Einerseits müssten die Jugendlichen mit diesen Angeboten Erfahrungen sammeln können, andererseits müssten sie davor aber geschützt werden. Die Gegnerinnen und Gegner führen die analogen Argumente wie beim Plakatwerbeverbot für Tabakwaren ins Feld.

§ 50 Verkaufsverbot für Tabakwaren und alkoholische Getränke

Sind Sie mit der Einführung dieser Regelung einverstanden?

Interessengruppe	Anzahl	Antwort	Ja	Ja, aber	Nein
Einwohnergemeinden	11	11	3	7	1
Politische Parteien	5	5	5	0	0
Innerkantonale Organisationen und Verbände	18	13	6	4	3
Interkantonale Organisationen und Verbände	21	5	4	1	0
Bundesbehörden	2	0	0	0	0
Kantonale Verwaltung	8	1	1	0	0
Private, Spitäler, Schulen	17	5	5	0	0
Total	82	40	24	12	4

Kurzkommentar

Die grosse Mehrheit unterstützt diesen Vorschlag. Die Altersregelung falle zusammen mit der Mündigkeit und ergebe somit eine für das Gewerbe einheitliche Altersgrenze. Die Gleichbehandlung von Tabakwaren und Alkohol sei sinnvoll. Vereinzelt wird verlangt, dass die Folgen bei Nichtbeachtung des Gesetzes aufgeführt werden müsse. Teilweise wird der Verkauf von Bier und Wein (nicht aber von hochprozentigen Alkoholika) an 16-Jährige befürwortet. Diese müssten mit Suchtmitteln persönliche Erfahrungen machen können. Die Gegnerinnen und Gegner sind der Meinung, dass die bestehenden Regelungen genügten, man müsse sie nur durchsetzen. Auch sei kein Weitergabeverbot einzuführen, wie es von gewissen Kreisen als Erweiterung der Vorlage gefordert werde. Von polizeilicher Seite wird gewünscht, dass bei Veranstaltungen mit zu erwartenden Sicherheitsproblemen im Sinne des Jugendschutzes die Möglichkeit von gezielten Alkoholverboten als Auflage in der Anlassbewilligung (§ 20 Abs. 3 PolOrgG) vorzusehen sei. Ein einzelner Verbandsantrag befürwortet das Verkaufsverbot für alkoholische Getränke, nicht aber für Tabakwaren.

§ 64 Konsumentenschutz

Sind Sie mit der Einführung dieser Regelung einverstanden?

Interessengruppe	Anzahl	Antwort	Ja	Ja, aber	Nein
Einwohnergemeinden	11	11	8	3	0
Politische Parteien	5	5	2	0	3
Innerkantonale Organisationen und Verbände	18	12	9	0	3
Interkantonale Organisationen und Verbände	21	5	3	1	1
Bundesbehörden	2	0	0	0	0
Kantonale Verwaltung	8	1	1	0	0
Private, Spitäler, Schulen	17	5	3	2	0
Total	82	39	26	6	7

Kurzkommentar

Der Vorschlag wird insgesamt begrüsst, ist aber bei den Parteien (contra: CVP, FDP, SVP; pro: SP, Alternative Kanton Zug) umstritten. Die Gegnerschaft bemängelt, dass eine einheitliche Bewertung aller Betriebsarten nicht möglich sei, da die Risiken in den verschiedenen Branchen völlig unterschiedlich seien und die Zuliefernden im Gegensatz zu den Endanbietenden von der Publizitätswirkung kaum bis gar nicht betroffen seien. Die Konsumentinnen und Konsumenten könnten allfällige aufgeführte Mängel nicht richtig bewerten. Dieser Vorschlag sei deshalb übertrieben. Die Befürworterinnen und Befürworter finden die Informationspflicht gegenüber den Konsumentinnen und Konsumenten wertvoll. Sie habe präventiven Charakter, da die Konsumentinnen und Konsumenten aufgrund der Kontrollergebnisse ihr Konsumverhalten allenfalls anpassen könnten. Dies führe zu einer (noch) besseren Sorgfalt bei der Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben.

3. BESONDERER TEIL

3.1 Erläuterungen zu den einzelnen Gesetzesbestimmungen

1. Kapitel: ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

§ 1 Zweck und Geltungsbereich

Der Zweckartikel zeigt mittels einer allgemein gehaltenen Formulierung die Ausrichtung des Gesetzes auf. Da jede Einwohnerin und jeder Einwohner für ihre bzw. seine eigene Gesundheit weitgehend selbst verantwortlich ist, ist der Eigenverantwortung ein hohes Gewicht beizumessen. Von Minderjährigen wird eine altersgerechte Eigenverantwortung erwartet.

Vorbehalten bleiben die besonderen Bestimmungen in anderen kantonalen Erlassen sowie im interkantonalen, eidgenössischen und internationalen Recht.

2. Kapitel: ORGANISATION UND ZUSTÄNDIGKEITEN

1. Abschnitt: Kantonale Organe

§ 2 Regierungsrat

Der Kantonsärztin oder dem Kantonsarzt, der Kantonstierärztin oder dem Kantonstierarzt und der Kantonschemikerin oder dem Kantonschemiker sind von Bundesrechts wegen hoheitliche Entscheidungskompetenzen übertragen, welche für die betroffenen Dritten einschneidend sein können. Deshalb werden diese Personen vom Regierungsrat ernannt. Die Heilmittelinspektorin oder der Heilmittelinspektor wird nicht vom Regierungsrat, sondern von der Gesundheitsdirektion ernannt. Dies, weil sie bzw. er einerseits keine Amtsstelle leitet - die Heilmittelkontrolle ist eine Abteilung des Medizinalamts - und ihr bzw. ihm andererseits von Bundesrechts wegen keine hoheitliche Entscheidungsgewalt zukommt. Gemäss GesG 1970 wählt der Regierungsrat neben dem Kantonsarzt und dem Kantonstierarzt auch deren Adjunkte (§ 5 Abs. 1 und § 6 Abs. 1 GesG 1970). Neu werden die Stellvertretungen dieser Organe durch die Direktion ernannt, was durchaus stufengerecht ist (§ 5 Gesetz über die Organisation der Staatsverwaltung; BGS 153.1).

§ 3 Gesundheitsdirektion

Aufgabe der Gesundheitsdirektion ist es, die kantonale Gesundheitspolitik umzusetzen und das öffentliche Gesundheitswesen im Kanton Zug zu leiten und zu überwachen, wobei auch internationale und interkantonale Vereinbarungen zu vollziehen sind. Zur Vermeidung einer Gesetzeslücke wird geregelt, dass die Gesundheitsdirektion für alle Massnahmen, Verfügungen und Entscheide auf dem Gebiet des Gesundheitswesens zuständig ist, die nicht ausdrücklich einer anderen Instanz übertragen sind.

Im Übrigen ermächtigt das Organisationsgesetz (OG; BGS 153.1) die Direktionen, die ihnen kraft Gesetz zustehenden Kompetenzen an unterstellte Ämter, Abteilungen oder Mitarbeitende zu delegieren (§ 6 Abs. 2 OG). Die Gesundheitsdirektion kann somit flexibel auf Veränderungen reagieren und ihren Organen einzelne Aufgaben übertragen.

Der Gesundheitsrat als ständige Fachkommission mit gesetzlich zugewiesenen Aufgaben im gesundheitspolizeilichen Bewilligungs- und Aufsichtsverfahren wird nicht mehr in den Erlass aufgenommen. (Zur Begründung siehe oben Ziff. 2.3.2). Die Gesundheitsdirektion kann aber wie bisher bei Bedarf für die fachliche Beratung oder für bestimmte Sachaufgaben Kommissionen bestellen.

Um ihre Aufgaben erfüllen zu können, sind die kantonalen (wie auch die gemeindlichen) Organe teilweise auf die Hilfe und Unterstützung der Polizei angewiesen. Bei diesen Vollzugshilfeinsätzen müssen der Polizei zum Teil Patientengeheimnisse und -daten zur Kenntnis gebracht werden, die besonderen Schutz geniessen und nicht ohne jegliche Rechtsgrundlage ausgetauscht werden dürfen. Das neue Polizei-Organisationsgesetz vom 30. November 2006 schafft in § 14 die erforderliche Rechtsgrundlage für die polizeiliche Vollzugshilfe, so dass auf eine Regelung im Gesundheitsgesetz verzichtet werden kann.

§ 4 Organe der Gesundheitsdirektion

Die Bestimmung zählt die Organe der Gesundheitsdirektion auf. Diese Personen bzw. Organe vollziehen die durch die eidgenössische und die kantonale Gesetzgebung übertragenen Aufgaben. Zudem unterstützen sie die Gesundheitsdirektion in

humanmedizinischen, veterinärmedizinischen, lebensmittel- und chemikalienrechtlichen sowie pharmazeutischen Fragen.

Der Kantonsärztin bzw. dem Kantonsarzt kommen vielfältige gesundheitspolizeiliche Funktionen zu. So hat sie bzw. er unter anderem Massnahmen gegen übertragbare Krankheiten zu ergreifen oder anzuordnen, die Tätigkeit der humanmedizinischen Berufe und die Betriebstätigkeit der Institutionen des Gesundheitswesens zu überwachen und Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu unterstützen. Weitere Aufgaben der Kantonsärztin bzw. des Kantonsarztes sind in Spezialerlassen geregelt, insbesondere im Betäubungsmittel-, Epidemien- und Krankenversicherungsrecht.

Die Kantonstierärztin bzw. der Kantonstierarzt hat insbesondere die Gesundheit der Tiere zu überwachen und tierseuchenpolizeiliche Massnahmen anzuordnen. Sie bzw. er hat den Einsatz von Heilmitteln bei Tieren sowie die Sicherheit bei der Produktion tierischer Lebensmittel zu beaufsichtigen, die Berufstätigkeit von Veterinärmedizinerinnen und Veterinärmedizinern und von Angehörigen anderer Berufe der Gesundheitspflege am Tier zu überwachen und die Tierschutzgesetzgebung (SR 455) zu vollziehen. Zu erwähnen in Zusammenhang mit Letzterem sind auch die der Kantonstierärztin bzw. dem Kantonstierarzt neuerdings übertragenen Aufgaben im Bereich auffälliger Hunde.

Der Kantonschemikerin bzw. dem Kantonschemiker obliegt der Vollzug des Verbraucherschutzes, insbesondere der Bundesgesetzgebung über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände (Lebensmittelgesetz, SR 817.0) und der Bundesgesetzgebung über den Schutz vor gefährlichen Stoffen und Zubereitungen (Chemikaliengesetz, SR 813.1). Die Kantonschemikerin bzw. der Kantonschemiker leitet von Bundesrechts wegen die Lebensmittelkontrolle.

Die Funktion der Heilmittelinspektorin bzw. des Heilmittelinspektors besteht in erster Linie in der Überwachung des Verkehrs und der Abgabe mit Heilmitteln. Sie bzw. er hat die öffentlichen und privaten Apotheken, Spitalapotheken und Drogerien zu kontrollieren und die Berufsausübung im Zusammenhang mit Heilmitteln zu überprüfen. Das Heilmittelgesetz (HMG, SR 812.21) überträgt sowohl dem Bund als auch den Kantonen die Pflicht, den Heilmittelmarkt zu überwachen und periodisch Inspektionen durchzuführen. Den Kantonen obliegt es, insbesondere den Detailhandel zu regeln und zu kontrollieren und - soweit die Voraussetzungen erfüllt sind - im Auftrag von Swissmedic Inspektionen im Bereich Grosshandel (d. h. Grosshandel im Inland, Ex-

port und Handel im Ausland) durchzuführen. Im Kanton Zug haben viele Grosshandelsfirmen ihre Schweizer Niederlassung, weshalb der Inspektionstätigkeit der Zuger Heilmittelkontrolle im Bereich Grosshandel besondere Bedeutung zukommt (vgl. dazu den Kommentar hinten zu § 61 Abs. 3). Dies ist auch der Grund, weshalb der Kanton Zug traditionell über ein Heilmittelinspektorat verfügt.

Wie bereits heute ist der Regierungsrat ermächtigt, bei Bedarf eine Kantonsapothekerin oder einen Kantonsapotheker sowie eine Kantonszahnärztin oder einen Kantonszahnarzt zu ernennen und deren Aufgaben zu umschreiben (§ 9 GesG 1970).

2. Abschnitt: Gemeindliche Organe

§ 5 Gesundheitsbehörde der Gemeinde

Mit der Zuger Finanz- und Aufgabenreform (ZFA), Aufgabenteilung Kanton - Gemeinden (1. Paket vom 2. Juni 2004) entfiel die Genehmigungspflicht von gemeindlichen Reglementen im Gesundheitswesen durch den Regierungsrat (§ 11 Abs. 2 GesG 1970). Zudem wurden die gemeindlichen Gesundheitskommissionen abgeschafft (§ 11 Abs. 3 GesG 1970). Neu sollte der Gemeinderat deren bisheriges Aufgabengebiet übernehmen.

Auch der neue § 5 will den Gemeinden nicht vorschreiben, wie sie ihre Aufgaben zu lösen haben. Allerdings wurde festgestellt, dass die gemeindlichen Gesundheitskommissionen teilweise noch immer bestehen. Deshalb ist in § 5 Abs. 1 vorgesehen, dass der Gemeinderat zwar grundsätzlich die örtliche Gesundheitsbehörde ist, er seine Aufgaben und Befugnisse aber ganz oder teilweise an eine gemeindliche Gesundheitskommission übertragen kann.

Die Gemeinden haben die Anordnungen der kantonalen Gesundheitsbehörden zu vollziehen (§ 5 Abs. 2). Zu denken ist hier namentlich an die Umsetzung von Massnahmen gegen übertragbare Krankheiten.

Die in § 5 Abs. 3 aufgezählten Aufgaben wurden aus dem geltenden Recht übernommen. Dazu kommt neu die Unterstützung der Gesundheitsförderung und Prävention. Es handelt sich um wichtige Aufgaben, die vor Ort zu lösen sind.

3. Kapitel BERUFE IM GESUNDHEITSWESEN

1. Abschnitt: Gemeinsame Bestimmungen

Die Bewilligungspflicht folgt dem so genannten «tätigkeitsspezifischen Modell» und damit der Empfehlung der SDK-Arbeitsgruppe «Zulassung zu beruflichen Tätigkeiten des Gesundheitswesens» vom Juni 2000 (vgl. Ziff. 2.3.3). Bei diesem Modell werden die Voraussetzungen der Bewilligungspflicht auf Gesetzesstufe positiv und abschliessend aufgezählt. Bewilligungspflichtig sind die im Gesetz umschriebenen Tätigkeiten bzw. Gesundheitsberufe, die ein besonderes Gefährdungspotenzial aufweisen resp. die nach den Erkenntnissen der anerkannten Wissenschaften ausgeübt werden oder die im Krankenversicherungsrecht des Bundes als Leistungserbringer genannt sind. Der Bewilligungspflicht untersteht zudem, wer unter einem eidgenössisch anerkannten Diplom der Komplementär- und Alternativmedizin tätig wird. Dadurch kann sichergestellt werden, dass diese Personen die durch den Titel vermittelte berufliche Vertrauenswürdigkeit verdienen. Der Regierungsrat hat auf Verordnungsstufe festzulegen, welche Berufe unter die Bewilligungspflicht fallen. Behandlungsmethoden, die ausserhalb dieser staatlich streng beaufsichtigten Tätigkeits- bzw. Berufsfelder liegen, sollen bewilligungsfrei ausgeübt werden können (SDK-Arbeitsgruppe «Zulassung zu beruflichen Tätigkeiten des Gesundheitswesens», S. 26, Ziff. 3 und S. 28 f.).

Das tätigkeitsspezifische Modell ist zeitgemäss. Es berücksichtigt das Bedürfnis der Bevölkerung nach Angeboten der alternativen Medizin, betont aber auch das Selbstbestimmungsrecht und stärkt damit die Eigenverantwortung der mündigen Patientinnen und Patienten. Heute kann aufgrund der allgemein höheren Bildung und des leichteren Zugangs zu Informationen angenommen werden, dass Patientinnen und Patienten in der Lage sind, selbst zu entscheiden, ob sie ausserhalb der anerkannten Wissenschaften behandelt werden wollen (in diesem Sinn auch BGE 125 I 335 E. 4e S. 344). Dieses Modell hat zudem den Vorteil, dass es durch die positive und abschliessende Aufzählung der Bewilligungsvoraussetzungen auf Gesetzesstufe Rechtssicherheit schafft. Es vermeidet aber auch die Nachteile, die mit dem gefährdungsorientierten Modell verbunden sind (Anschein der Unbedenklichkeit sowie der therapeutischen Wirksamkeit und Zweckmässigkeit). Sowohl das Gesundheitsgesetz des Kantons Luzern vom 13. September 2005 und die Gesundheitsverordnung des Kantons Schwyz vom 16. Oktober 2002 wie auch der Entwurf zum neuen Gesundheitsgesetz des Kantons Nidwalden und der Entwurf zum neuen Gesundheitsgesetz des Kantons Zürich haben das tätigkeitsspezifische Modell übernommen.

Dem Schutzbedürfnis der Bevölkerung wird insofern Rechnung getragen werden, als dem Regierungsrat im Gesetz die Kompetenz erteilt wird, den Tätigkeitsbereich derjenigen Behandlungen zu umschreiben, die frei ausgeübt werden dürfen (§ 8). Die Gesundheitsdirektion kann bestimmten Personen die Ausübung dieser Tätigkeiten verbieten, wenn diese die Gesundheit gefährden (vgl. dazu unten zu § 12).

§ 6 Bewilligungspflicht

Hier wird geregelt, welche Tätigkeiten eine Berufsausübungsbewilligung (Bewilligung genannt) der Gesundheitsdirektion benötigen.

Die universitären Medizinalberufe sind (wie bereits heute) im Gesetz selbst aufgeführt. Dies liegt darin begründet, dass die universitären Medizinalberufe im Bundesrecht ebenfalls auf Gesetzesstufe geregelt sind (Art. 2 Abs. 1 MedBG). Neu werden alle anderen bewilligungspflichtigen Berufe im Gesundheitswesen vom Regierungsrat im Ausführungserlass genannt. Dies im Gegensatz zu heute, wo in § 27 GesG 1970 unter der (eher irreführenden und sicher nicht mehr zeitgemässen) Bezeichnung "Medizinische Hilfspersonen" die geläufigen bzw. traditionellen Berufsgruppen aufgeführt sind. Abgesehen davon, dass die heute auf Gesetzesstufe erwähnten Berufsgruppen in der Regel als Berufe des KVG im Sinne von Absatz 2 Bst. b erfasst werden, wäre es nicht praktikabel, sämtliche bewilligungspflichtigen Berufe im Gesundheitswesen auf Gesetzesstufe abschliessend aufzuzählen. Würde etwa im Krankenversicherungsrecht ein neuer Beruf als Leistungserbringer aufgenommen, müsste das Gesetz geändert werden.

Als universitäre Medizinalberufe gelten die Berufe gemäss Medizinalberufegesetz des Bundes: Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Chiropraktorinnen und Chiropraktoren, Apothekerinnen und Apotheker sowie Tierärztinnen und -ärzte (vgl. § 21 und Art. 2 MedBG). Diese Berufe fallen auch unter die Bewilligungspflicht gemäss Absatz 1 Bst. a, da sie nach den Erkenntnissen der anerkannten Wissenschaften arbeiten. Die drei Berufsgruppen Medizin, Chiropraktik und Pharmazie sind im Übrigen auch Leistungserbringer nach dem Krankenversicherungsrecht (Art. 35 Abs. 2 Bst. a–c KVG), weshalb bei ihnen eine Bewilligungspflicht auch nach Absatz 2 Bst. b besteht. Unter den Begriff der anerkannten Wissenschaften zählen im weiteren Sinne auch die Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter, die Augenoptikerinnen und -optiker sowie die Dentalhygienikerinnen und -hygieniker, die ihren Beruf nach

den Regeln der Medizin bzw. der Zahnmedizin ausüben. Diese Berufsgruppen wenden im Übrigen regelmässig (verschreibungspflichtige) Arzneimittel an, weshalb sie der Bewilligungspflicht auch gestützt auf Absatz 1 Bst. f unterliegen (vgl. dazu auch Art. 25 HMG i. V. m. Art. 27a VAM [Arzneimittelverordnung, SR 812.212.21]).

Als KVG-Leistungserbringer bewilligungspflichtig sind gemäss Absatz 2 Bst. b die Hebammen (Art. 35 Abs. 2d KVG), die Physiotherapeutinnen und -therapeuten (Art. 46 Abs. 1a KVV), die Ergotherapeutinnen und -therapeuten (Art. 46 Abs. 1b KVV), die Pflegefachfrauen und -männer (vormals Krankenschwestern und -pfleger; Art. 46 Abs. 1c KVV), die Logopädinnen und Logopäden (Art. 46 Abs. 1d KVV), die Ernährungsberaterinnen und -berater (Art. 46 Abs. 1e KVV) und die Leiter von medizinischen Laboratorien (Art. 53 KVV).

Aufgrund der Tätigkeitsumschreibung in Absatz 1 Bst. b sind etwa Akupunkteurinnen und Akupunkteure, Podologinnen und Podologen sowie medizinische Masseurinnen und Masseur bewilligungspflichtig. Die medizinischen Masseurinnen und Masseur üben einen nichtärztlichen Heilberuf mit physiotherapeutischen Mitteln aus, wobei sie sich auf die Anwendung passiver Therapiemassnahmen wie Heilmassagen, Elektrophotherapie und Hydrotherapie zu beschränken haben (BGE 117 Ia 440 E. 4b S. 447).

Absatz 1 Bst. c widmet sich den psychologischen und psychotherapeutischen Angeboten. Um das Schutzziel zu erreichen, wurden die bewilligungspflichtigen Tätigkeiten bewusst weit umschrieben. Für eine Bewilligungspflicht genügt bereits, Ansätze der Psychotherapie zu verwenden oder psychologische Gesprächstherapien durchzuführen.

Mit Absatz 1 Bst. d erfasst werden insbesondere die Hebammen und auch sämtliche Personen, welche Verrichtungen zur Veränderung der Empfängnis- und Zeugungsfähigkeit vornehmen.

Zu der wichtigsten Neuerung gegenüber der Vernehmlassungsvorlage gehört die Bewilligungspflicht für Personen, die ihren Beruf unter einem eidgenössisch anerkannten Diplom der Komplementär- und Alternativmedizinisch ausüben (Abs. 1 Bst. e). Mit § 6 Absatz 1 Bst. e bedürfen Inhaberinnen und Inhaber entsprechender Diplome einer Praxisbewilligung der Gesundheitsdirektion. Mit deren Einbindung in das umfassende staatliche Aufsichtssystem wird gewährleistet, dass die durch den Titel vermittelte berufliche Vertrauenswürdigkeit im Rahmen eines formellen Bewilligungsverfahrens geprüft wird. Der Vertrauensschutz im Geschäftsverkehr lässt es aus ge-

sundheitspolizeilicher Sicht als richtig erscheinen, dass diese Personen gleich behandelt werden wie alle übrigen Personen mit eidgenössisch anerkannten Ausbildungstiteln. Insofern unterscheiden sie sich eben klar von andern komplementär- und alternativmedizinisch Tätigen, bei denen Hunderte von komplementär- und alternativmedizinischen Methoden zur Anwendung kommen. Die eidgenössische Heilmittelgesetzgebung sieht die Schaffung von komplementär-medizinischen Diplomabschlüssen durch den Bund ausdrücklich vor. Das Zuger hfnh-Projekt, das von der Volkswirtschaftsdirektion begleitet wird, will dieses Ziel erreichen. Auf kantonaler Ebene wurde der Lehrgang Homöopathie am 11. September 2007 vom Regierungsrat bewilligt. Bis die Diplomanerkennung auf Ebene Bund abgeschlossen ist, soll der Regierungsrat in eigener Kompetenz über den Titelschutz verfügen können. Zu diesem Zweck wird eine Übergangsbestimmung in § 68 Abs. 6 eingefügt.

Schliesslich fallen unter die Bewilligungspflicht nach Absatz 1 Bst. f neben den bereits erwähnten Apothekerinnen und Apothekern, Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitätern sowie Dentalhygienikerinnen und -hygienikern insbesondere die Drogistinnen und Drogisten (Art. 25 Abs. 4 HMG). Für die Abgabe nicht verschreibungspflichtiger komplementärmedizinischer Arzneimittel ist eine Ausnahme von der Bewilligungspflicht vorgesehen (Abs. 1 Bst. f letzter Satz). Die Kantone können gestützt auf Art. 25 Abs. 5 HMG Personen, die über eine kantonal anerkannte Ausbildung verfügen, zur Abgabe nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel wie z. B. nicht verschreibungspflichtiger komplementärmedizinischer Arzneimittel zulassen. Das Vorhandensein einer kantonalen Berufsausübungsbewilligung wird vom Bundesrecht nicht verlangt. Der Regierungsrat bestimmt die Voraussetzungen für diese Personen, insbesondere für komplementär- und alternativ-medizinisch Tätige auf Verordnungsstufe (vgl. § 61 Abs. 2 Bst. b).

Der Regierungsrat regelt die fachlichen Voraussetzungen für die Erteilung der Berufsausübungsbewilligung und die Berufsausübung durch Verordnung (Abs. 3).

§ 7 Ausnahmen

Die bilateralen Verträge mit der EU haben eine neue Art der grenzüberschreitenden Dienstleistungserbringung ermöglicht. Gemäss Spezialrichtlinien der EU sollen Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Tierärztinnen und Tierärzte, Hebammen sowie Krankenschwestern und Krankenpfleger ohne Niederlassung das Recht haben, ihre Dienstleistungen in einem Vertragsstaat während höchstens 90 Tagen pro Kalenderjahr ohne Bewilligung zu erbringen. Für die Schweiz ist diese

staatsvertragsrechtliche Regelung in Art. 35 des neuen Medizinalberufegesetzes eingeflossen. Absatz 1 übernimmt die Freizügigkeitsregelung und setzt sie auf Ebene Kanton um, wobei der Adressatenkreis erweitert wird. Nebst den universitären Medizinalpersonen sind damit auch die Angehörigen der anderen Berufe im Gesundheitswesen, welche die Voraussetzungen erfüllen, von der Bewilligungspflicht im Zusammenhang mit dem so genannten kleinen Grenzverkehr ausgenommen. Das Ausnehmen von der Bewilligungspflicht ist nicht auf das Grenzgebiet der benachbarten Kantone beschränkt, sondern wird auf alle Kantone ausgedehnt.

Keiner Berufsausübungsbewilligung bedürfen gemäss Absatz 2 fachlich ausgebildete Personen, die unselbstständig tätig sind und unter der Verantwortung und direkten Aufsicht einer Fachperson mit der entsprechenden Bewilligung stehen. Dieser Schluss folgt e contrario aus § 6, wird mit Blick auf die Rechtssicherheit und -klarheit aber ausdrücklich im Gesetz erwähnt. Vorbehalten bleiben dabei die besonderen Bestimmungen über die Assistenzen (vgl. §§ 24 und 25).

§ 8 Bewilligungsfreie Tätigkeiten

Tätigkeiten bzw. Berufe, welche nicht unter die Bewilligungspflicht gemäss § 6 fallen, können wie bis anhin im ganzen Kantonsgebiet frei ausgeübt werden (vgl. § 27^{bis} GesG 1970). Allerdings unterstehen diese Tätigkeiten der Aufsicht der Gesundheitsdirektion, sofern sie gewerbsmässig ausgeübt werden und der Beseitigung von gesundheitlichen Störungen oder der Verbesserung des Gesundheitszustandes von Menschen oder Tieren dienen. Der gesundheitspolizeilichen Aufsicht unterstellt sind etwa die Berufstätigkeiten der Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker, der Homöopathinnen und Homöopathen sowie aller alternativmedizinischen Therapeutinnen und Therapeuten. Personen, die solche bewilligungsfreie Tätigkeiten ausüben, sind auskunfts- und meldepflichtig. Der Regierungsrat regelt die Rechte und Pflichten bei der Ausübung der Tätigkeit durch Verordnung (Abs. 2, letzter Satz). Dabei sollen die komplementär- und alternativmedizinischen Therapeutinnen und Therapeuten wie heute schon keine Handlungen vornehmen dürfen, die Fachkenntnisse eines universitären Medizinalberufs oder eines andern Berufs im Gesundheitswesen voraussetzen. Darunter fallen unter anderem Diagnosen, die sich auf medizinische Begriffe stützen. Hinzu kommen dürfte ein ausdrückliches Verbot für die Behandlung von übertragbaren Krankheiten gemäss Epidemiengesetz und von Seuchen gemäss Tierseuchengesetz, von Geschlechtskrankheiten, chirurgische, geburtshilfliche und gynäkologische Eingriffe, Injektionen und diagnostische Massnahmen wie Röntgen, Ultraschalluntersuchungen und Blutentnahmen. Weiter sollten in Anlehnung an § 17

Bst. b auch komplementär- und alternativmedizinisch Behandelnde im Ausführungserlass verpflichtet werden, übertragbare Krankheiten und den Verdacht auf solche Krankheiten zu melden. Bei andern festgestellten Krankheiten, die einer ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Behandlung bedürfen, sollen sie im Rahmen der ihnen obliegenden Sorgfaltspflicht die Personen, die sie aufsuchen, an eine zuständige Medizinalperson verweisen. Weiter sollen sie alles unterlassen, was Personen, die sie aufsuchen, davon abhalten könnte, die Hilfe einer Medizinalperson oder von Angehörigen eines andern Berufes im Gesundheitswesen in Anspruch zu nehmen. Sie müssen die sie aufsuchenden Personen darüber informieren, dass kein Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung besteht (vgl. § 35 Abs. 1).

§ 9 Erteilung der Bewilligung

Absatz 1 nennt die Voraussetzungen, die für die Erteilung der Bewilligung erfüllt sein müssen. Gemäss Bst. a erhält die Bewilligung, wer die von der Gesetzgebung verlangten fachlichen Anforderungen erfüllt. Unter Gesetzgebung sind Gesetze und Verordnungen zu verstehen. Für die universitären Medizinalberufe bedeutet dies, dass die fachlichen Anforderungen des Medizinalberufegesetzes erfüllt sein müssen. Für die andern Berufe im Gesundheitswesen werden die fachlichen Anforderungen wie heute auf Verordnungsstufe umschrieben. Die vom Gesetz gemäss Bst. b verlangte Handlungsfähigkeit und berufliche Vertrauenswürdigkeit bildet bereits heute Bewilligungsvoraussetzung. Bst. c schliesslich, wonach von der Gesuchstellerin bzw. vom Gesuchsteller physisch und psychisch Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung gefordert ist, lehnt sich in der Formulierung an Art. 36 Abs. 1 Bst. b MedBG an. Zu ergänzen ist, dass ab dem Zeitpunkt der Tätigkeitsaufnahme neu der Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung verlangt ist. Die Versicherungspflicht ist heute im Sinne des Patienten- und Konsumentenschutzes unbestritten. Sie ist in § 18 Abs. 1 geregelt. Die Versicherungspflicht zählt damit genau genommen nicht zu den Bewilligungsvoraussetzungen, sondern zu den so genannten Berufspflichten. Die Klassifizierung als Berufspflicht ist Ausfluss der Bundesgesetzgebung (vgl. Art. 40 Bst. h Medizinalberufegesetz).

Die Möglichkeit der Ausnahmezulassung bei Unterversorgung gemäss Absatz 2 entspricht weitgehend dem geltenden Recht (§ 19 GesG 1970).

Wie heute können Bewilligungen an Bedingungen und Auflagen geknüpft und befristet erteilt werden (Abs. 3). Neu ist vorgesehen, dass die Bewilligungen von Gesetzes wegen bis zur Erfüllung des 70. Altersjahres befristet sind (§ 11 Abs. 2).

§ 10 Entzug der Bewilligung

Die Entzugsgründe gemäss Absatz 1 Bst. a und e entsprechen inhaltlich § 24 Abs. 1 GesG 1970, wobei sprachliche Anpassungen vorgenommen wurden. Ergänzt wurde, dass eine Bewilligung auch entzogen werden kann, wenn nachträglich Tatsachen bekannt werden, aufgrund deren die Bewilligung hätte verweigert werden müssen (Abs. 1 Bst. b). Die positivrechtliche Verankerung dieses Entzugsgrundes dient vorab der Klarstellung, wurde er doch vom Bundesgericht bereits nach heutigem Recht als rechtmässig beurteilt (BGE vom 17. Mai 2006 in Sachen Regierungsrat des Kantons Zug betreffend Entzug der Berufsausübungsbewilligung). Weiter wurde Absatz 1 mit Bst. c ergänzt, wonach die Bewilligung auch entzogen werden kann, wenn die Inhaberin oder der Inhaber wiederholt oder schwerwiegend Berufspflichten verletzt oder die berufliche Stellung missbräuchlich ausgenützt hat. Schliesslich muss die Bewilligung auch entzogen werden können, wenn die Inhaberin oder der Inhaber wiederholt oder schwerwiegend Patientinnen und Patienten oder deren Kostenträger finanziell übervorteilt oder dazu Beihilfe geleistet hat (Abs. 1 Bst. d). Entzogen werden kann die Bewilligung nicht nur dann, wenn die Inhaberin oder der Inhaber wiederholt oder schwerwiegend gegen dieses Gesetz oder darauf gestützte Erlasse verstossen hat (Abs. 1 Bst. e), sondern auch in Fällen, in denen sie oder er sich den (rechtskräftig) verfügten Anordnungen widersetzt hat.

Ein Entzug kann für die ganze oder für einen Teil der Berufstätigkeit und auf bestimmte oder unbestimmte Zeit verfügt werden (Abs. 2). Massgebend ist dabei die Art und die Schwere des Verstosses, aber auch das Verhalten der fehlbaren Person. Die Verwaltungs- und Strafverfolgungsbehörden sowie die Gerichte werden dazu angehalten, der Gesundheitsdirektion Wahrnehmungen mitzuteilen, die für einen Bewilligungsentzug erheblich sein können (Abs. 3).

§ 11 Beendigung und Erlöschen der Bewilligung, Unterbrechung

Die Bewilligung endet in den Fällen von § 10 mit dem rechtskräftig verfügten Entzug (Abs. 1). Zudem erlischt die Bewilligung ohne weiteres mit dem Tod der Inhaberin oder des Inhabers, dem Ablauf der Frist gemäss § 9 Abs. 3 (befristete Bewilligung) bzw. der schriftlichen Verzichtserklärung der Inhaberin oder des Inhabers gegenüber

der Gesundheitsdirektion. Diese Erlöschungstatbestände sind selbstverständlich und müssen im Gesetz nicht erwähnt werden. Als gesetzlicher Erlöschungsgrund wird neu das Erreichen der Altersgrenze von 70 Jahren vorgesehen (Abs. 2). Diese Regelung lehnt sich insbesondere an entsprechende Lösungen in anderen Zentralschweizer Kantonen an. Die Altersgrenze in Luzern liegt bei 65 Jahren (Gesundheitsgesetz vom 13. September 2005), während der Kanton Nidwalden in seinem Gesetzesentwurf die Altersgrenze bei 70 Jahren vorsieht. Die Altersgrenze sollte angesichts der aktuellen Diskussionen um die Erhöhung des ordentlichen Rentenalters nicht auf 65 Jahre festgelegt werden. Auch im Lichte des Patientenschutzes dürfte die Grenzziehung bei 70 Jahren angemessen sein. Immerhin entspricht diese Altersgrenze wie auch die Periodizität der Verlängerung derjenigen für vertrauensärztliche Kontrolluntersuchung für Fahrzeuglenkerinnen und Fahrzeuglenker der Kategorien A und B, wie sie seit dem Jahr 1976 unverändert gilt (vgl. Art. 27 der Verkehrszulassungsverordnung; SR 741.51). Die Betroffenen haben die Möglichkeit, die Bewilligung um jeweils höchstens zwei Jahre verlängern zu lassen, sofern sie die Bewilligungsvoraussetzungen erfüllen (Abs. 2 Bst. b letzter Satz). Eine kürzere Bewilligungsverlängerung ist möglich.

Neu sollen die Bewilligungsinhaberinnen und -inhaber der Gesundheitsdirektion das vorübergehende Einstellen sowie die Wiederaufnahme der Tätigkeit mitteilen (Abs. 3). Diese Angaben dienen auch dem Vollzug der Zulassungsbeschränkung der Leistungserbringer zulasten der sozialen Krankenversicherung, geht es doch darum, die Versorgungssicherheit im Auge zu behalten.

§ 12 Verbot zur Ausübung der Tätigkeit

Gegen Berufsangehörige, die durch ihre Tätigkeit Patientinnen und Patienten gefährden, ergreift die Gesundheitsdirektion die notwendigen Massnahmen. Diese reichen bis hin zum Entzug der Bewilligung nach § 10. Bei bewilligungsfreien Heiltätigkeiten im Sinne von § 8 sowie bei Personen, die gestützt auf § 7 von der Bewilligungspflicht ausgenommen sind, besteht in Analogie dazu die Möglichkeit, diese Heiltätigkeit oder eine Tätigkeit im Gesundheitswesen überhaupt zu verbieten (Abs. 1). Auch hier haben die Verwaltungs- und Strafverfolgungsbehörden sowie die Gerichte der Gesundheitsdirektion Wahrnehmungen mitzuteilen, die für ein Verbot erheblich sein können (Abs. 2).

§ 13 Veröffentlichung

Gemäss geltendem Recht hat die Gesundheitsdirektion Bewilligungen zur Berufsausübung zu veröffentlichen (§ 20 GesG 1970). Neu wird sie gesetzlich dazu angehalten, neben den erteilten Bewilligungen auch deren Entzug oder anderweitiges Erlöschen sowie die verfügten Verbote zu veröffentlichen, sobald entsprechende Entscheide rechtskräftig sind. Mit der Publikation von rechtskräftig entzogenen und von erloschenen Bewilligungen sowie rechtskräftig verfügten Berufsverboten soll mehr Transparenz geschaffen und die Bevölkerung besser geschützt werden.

2. Abschnitt: Rechte und Pflichten bei der Berufsausübung

§ 14 Aufsicht

Wie bereits heute ist es Aufgabe der Gesundheitsdirektion, über die Einhaltung der Bewilligungs- und Berufspflichten zu wachen. Mit dem gesetzlich verankerten Zutritts- und Einsichtsrecht besteht die Möglichkeit, die Kontrollen nötigenfalls auch gegen den Willen der Betroffenen durchzusetzen.

§ 15 Persönliche Berufsausübung

Die Inhaberin oder der Inhaber der Bewilligung hat die bewilligte Tätigkeit persönlich auszuüben (Abs. 1). Bewilligungsinhaberinnen und -inhaber sind damit auch für ihre Handlungen verantwortlich. Dieser Gedanke wird im heutigen Gesundheitsgesetz nicht ausdrücklich erwähnt. Im Übrigen gilt die persönliche Verantwortung auch dann, wenn die Bewilligungsinhaberin oder der Bewilligungsinhaber eine konkrete Tätigkeit an eine so genannte Hilfsperson delegiert.

Die Gesundheitsdirektion kann wie heute schon bei Krankheit, während den Ferien oder bei anderweitiger vorübergehender Verhinderung eine Vertretung mit gleichwertiger Ausbildung zulassen (Abs. 2). Sowohl die Stellvertretung wie auch die Beschäftigung von Assistentinnen und Assistenten stellen Ausnahmen vom Grundsatz der persönlichen Berufsausübung dar, weshalb dazu Spezialregelungen auf Verordnungsstufe notwendig sind. Diese Regelungen sollen auf alle Berufe im Gesundheitswesen ausgedehnt werden. Wer die zuständige Behörde für die Erteilung von Stellvertretungsbewilligungen ist, wird ebenfalls in der Verordnung festzulegen sein (heute: Medizinalamt).

§ 16 Sorgfalts- und Beistandspflicht

Gemäss §§ 25 Abs. 1 und 27 Abs. 4 GesG 1970 haben Medizinalpersonen und Angehörige der anderen Berufe im Gesundheitswesen bei der Berufsausübung alle Sorgfalt anzuwenden. Neu wird nicht nur ein Handeln nach den anerkannten Grundsätzen des jeweiligen Berufs, sondern auch nach den Grundsätzen der Ethik und der Wirtschaftlichkeit (für die Patientinnen und die Patienten) verlangt.

Berufspflichten aufgrund des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe bleiben vorbehalten, was im Gesetz aber nicht ausdrücklich erwähnt werden muss.

§ 17 Anzeigepflicht und Melderecht

Bewilligungsinhaberinnen und -inhaber haben der Strafverfolgungsbehörde oder der Kantonsärztin bzw. dem Kantonsarzt gewisse Wahrnehmungen unverzüglich zu melden. In diesen Fällen wird das Berufsgeheimnis durch eine gesetzliche Anzeigepflicht aufgehoben. Teilweise besteht zudem ein Melderecht. Letzteres sollte ursprünglich mit Blick auf die Eigenverantwortung von mündigen Patientinnen und Patienten ganz entfallen, so dass das Berufs- bzw. Patientengeheimnis gemäss Art. 321 StGB bzw. § 37 volle Wirkung entfaltet hätte. Von dieser Zäsur wurde aufgrund der Rückmeldungen aus der Vernehmlassung aber abgesehen.

Die Meldepflicht für aussergewöhnliche Todesfälle besteht entsprechend bereits nach geltendem Recht (§ 26 Abs. 1 GesG 1970). Im Sinne der Klärung wurde die Bestimmung erweitert, dass es sich dabei insbesondere um Unfälle, Delikte, Selbsttötungen, Fehldiagnosen oder Fehlbehandlungen (einschliesslich ihrer Spätfolgen) handelt.

Ein Interesse besteht auch an der raschen Aufklärung von anderweitigen deliktischen Vorfällen, namentlich wenn es darum geht, weitere Tatbegehungen zum Schutz der Betroffenen oder der Öffentlichkeit zu verhindern. Die anzeigepflichtigen Tatbestände wurden entsprechend ausgedehnt auf Fälle, wo Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren Opfer von Verbrechen oder Vergehen gegen Leib und Leben oder gegen ihre sexuelle Integrität wurden. Diese Personengruppe verdient einerseits einen besonderen Schutz, umso mehr als hier Abhängigkeitsverhältnisse zu den Täterinnen und Tätern bestehen können und die betroffenen Kinder und Jugendlichen sich bei Unterbleiben einer Anzeige durchaus auch Wiederholungsgefahren aussetzen können. Neu sind zudem auch Wahrnehmungen zu melden, die auf ein Verbrechen oder Vergehen gegen die öffentliche Gesundheit schliessen lassen. Es geht dabei insbe-

sondere um die Aufklärung und die Verhinderung von vorsätzlicher Verbreitung gefährlicher übertragbarer Krankheiten. § 26 Abs. 2 GesG 1970 hält lediglich fest, dass die Medizinalpersonen befugt sind, solche Wahrnehmungen zu melden.

Das bisherige Gesundheitsrecht kennt in § 26 GesG 1970 neben der Anzeigepflicht für aussergewöhnliche Todesfälle ein generelles Melderecht für Wahrnehmungen, die auf ein Verbrechen oder Vergehen gegen Leib und Leben oder die sexuelle Integrität schliessen lassen. Dieses Recht wird grundsätzlich beibehalten, da sich etliche Vernehmlassungsantworten und insbesondere die Justiz gegen die ursprünglich beabsichtigte Streichung ausgesprochen haben. Aufgrund der neu eingeführten Anzeigepflicht bei Delikten und Vergehen an Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren (Bst. c) beschränkt sich das Melderecht der Bewilligungsinhaberinnen und -inhaber neu nur noch auf Straftaten, die an erwachsenen Personen begangen wurden. Kommt eine Bewilligungsinhaberin oder -inhaber im konkreten Einzelfall zum Entschluss, dass eine Anzeige angebracht ist, kann sie bzw. er sich in den Fällen von § 17 Bst. c den Behörden Meldung erstatten. Die Bewilligungsinhaberin oder -inhaber wird diesen Entschluss nicht leichtfertig treffen.

§ 18 Berufshaftpflichtversicherung und Infrastruktur

Neu verlangt das Gesetz, dass die Bewilligungsinhaberinnen und -inhaber auf den Zeitpunkt der Tätigkeitsaufnahme eine angemessene Berufshaftpflichtversicherung abschliessen und dass die Ausrüstung, Einrichtung und Räumlichkeiten dem Berufsstandard entsprechen. Da die Gesuchstellerinnen und Gesuchsteller im Zeitpunkt der Einreichung ihrer Bewilligungsgesuche oftmals noch über keine eigenen Praxisräumlichkeiten verfügen, wurde darauf verzichtet, die Erfüllung der Infrastrukturvoraussetzungen in den Katalog der Bewilligungsvoraussetzungen gemäss § 9 Abs. 1 aufzunehmen. Dies gilt auch für die Berufshaftpflichtversicherung, wobei einer Qualifikation der Versicherungspflicht als Bewilligungsvoraussetzung zusätzlich noch Art. 40 Bst. h Medizinalberufegesetz entgegenstand.

§ 19 Ausserordentliche Ereignisse

Die Einsatzpflicht zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung gilt einzig im Falle von ausserordentlichen Ereignissen (z. B. Katastrophen, Epidemien). Die Pflicht trifft zusätzlich auch die Institutionen des Gesundheitswesens (§ 28 Abs. 2). Hier wie dort handelt es sich um eine Konkretisierung und Ausweitung der allgemeinen Bei-

standspflicht (§ 16 bzw. § 28). Eine solche Norm ist erforderlich, damit bei Notlagen sofort die notwendigen Anordnungen verbindlich getroffen werden können.

§ 20 Tarife

Als Novum wird eine Bestimmung zu den Tarifen ins Gesetz aufgenommen. Die Vergütung der Leistungen soll grundsätzlich der ausdrücklichen oder stillschweigenden Vereinbarung überlassen bleiben (Abs. 1). In all diesen Fällen ist es vorab auch Sache der Zivilbehörden, beanstandete Rechnungen zu begutachten. Um allfällige Lücken im Tarifwesen zu schliessen, soll der Regierungsrat neu Tarife festsetzen können, die bei Fehlen einer Vereinbarung gelten. Die betreffenden Berufsorganisationen sind anzuhören (Abs. 2). Die Möglichkeit von subsidiär geltenden Behördentarifen dient der Rechtssicherheit und dem Schutz der Patientinnen und Patienten vor unangemessen hohen Rechnungen. Mit dem Vorbehalt des Sozialversicherungsrechts in Absatz 3 wird insbesondere auf die Tarife und Preise der Leistungserbringer nach dem Krankenversicherungsrecht des Bundes verwiesen (Art. 46–50 KVG). Hier entfaltet sich der Tarifschutz uneingeschränkt (Art. 44 Abs. 1 KVG).

3. Abschnitt: Universitäre Medizinalberufe

§ 21 Begriff

Wer zu der Berufskategorie der universitären Medizinalberufen zählt, bestimmt das Bundesrecht, konkret Art. 2 Abs. 1 MedBG. Gemäss Art. 2 Abs. 2 MedBG kann der Bundesrat unter gewissen Voraussetzungen weitere Berufe des Gesundheitswesens als universitäre Medizinalberufe bezeichnen. Zum Zwecke der Rechtssicherheit wird auf diese Möglichkeit in Abs. 2 explizit hingewiesen.

§ 22 Privatapotheke

Gemäss dem heutigen § 23 Abs. 1 GesG 1970 können Ärztinnen und Ärzte, Tierärztinnen und Tierärzte sowie Spitäler mit Bewilligung der Gesundheitsdirektion eine Privatapotheke führen (sog. Selbstdispensation). Neu wird explizit geregelt, dass die Selbstdispensation auch für Zahnärztinnen und -ärzte zulässig ist. Chiropraktorinnen und Chiropraktoren fallen wie bis anhin nicht unter diese Regel, obwohl sie ebenfalls als universitärer Medizinalberuf gelten.

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung hat der Bund seine Kompetenz zum Erlass von Vorschriften über den Umgang mit Heilmitteln (Art. 118 Abs. 2 BV), soweit

sie die Selbstdispensation betrifft, nicht ausgeschöpft. Vielmehr hat er in Art. 37 Abs. 3 KVG die Regelung der Selbstdispensation ausdrücklich den Kantonen zugewiesen. Danach können die Kantone bestimmen, unter welchen Voraussetzungen die Ärztinnen und Ärzte mit einer kantonalen Bewilligung bei der Führung einer Apotheke den zugelassenen Apothekerinnen und Apothekern gleichgestellt sind. Die Kantone müssen bei der Zulassung von Apotheken die Zugangsmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten zu einer Apotheke berücksichtigen (Art. 37 Abs. 3 KVG, letzter Satz). Das Heilmittelgesetz vom 15. Dezember 2000 enthält keine eigene bundesrechtliche Regelung der Selbstdispensation.

Art. 37 Abs. 3 KVG lässt den Kantonen einen sehr weiten Spielraum für die Regelung der Selbstdispensation. Insbesondere verlangt das Bundesrecht nicht, dass ein Ort oder eine Region unterversorgt sein muss, damit eine Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke erteilt werden kann (Bedürfnisnachweis). Im KVG finden sich keine Angaben über eine optimale Apothekendichte.

Im Kanton Zug bestehen 13 Apotheken. Damit kommt auf 8'000 Einwohnerinnen und Einwohner eine Apotheke. Allerdings befindet sich mehr als die Hälfte der Apotheken (7) in der Stadt Zug. Zug ist eine ausgesprochene Arbeits- und Einkaufsstadt. Betriebe in der Stadt Zug versorgen auch ausserkantonale Personen. Die Apothekendichte im Kanton Zug ist insgesamt eher tief.

Die heutige Regelung darf als kostengünstige Lösung betrachtet werden, wie die periodisch veröffentlichten Kennzahlenvergleiche von *santésuisse* bestätigen. Die oftmals ins Feld geführte Behauptung, dass eine Ärztin oder ein Arzt aus finanziellen Überlegungen mehr Medikamente als notwendig abgibt, wird durch Kostenvergleiche der sozialen Krankenversicherung mit Kantonen ohne Selbstdispensation widerlegt. Die heutige Regelung deckt die Bedürfnisse der Praxispatientinnen und -patienten optimal ab. Neben allen Zentralschweizer Kantonen kennen auch die Kantone Zürich, Solothurn, Thurgau, Appenzell-Innerrhoden, Appenzell-Ausserrhoden, St. Gallen und Glarus eine ähnliche Lösung. Insgesamt gibt es keine Veranlassung, die Regelung über die Selbstdispensation zu ändern. Es besteht kein öffentliches Interesse an einer Einschränkung der Selbstdispensation.

Neu wird in Absatz 3 betont, dass der Inhaberin oder dem Inhaber einer Privatapotheke die Abgabe von Arzneimitteln lediglich für den eigenen Praxisbedarf gestattet ist bzw. der Handverkauf oder die Belieferung von Wiederverkäuferinnen und -verkäufern verboten ist. Schliesslich weist das Gesetz darauf hin, dass die Patientin-

nen und Patienten sowie die Tierhalterinnen und Tierhalter die Möglichkeit haben müssen, Arzneimittel in einer öffentlichen Apotheke oder in einem anderen Detailhandelsgeschäft beziehen zu können.

§ 23 Notfalldienste

§ 25 Abs. 2 GesG 1970 verpflichtet die Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Tierärztinnen und Tierärzte, Apothekerinnen und Apotheker sowie Hebammen, in dringenden Fällen Beistand zu leisten. Diese Pflicht wird - ausgenommen für Hebammen - in Absatz 1 übernommen, wobei neu die Pflicht zur persönlichen Beteiligung an einem Notfalldienst ausdrücklich vorgeschrieben wird.

In der jüngsten Vergangenheit wurde darauf hingewiesen, dass der ärztliche Notfalldienst teilweise nicht befriedigend gelöst werden könne, da sich immer wieder Pflichtige sowohl der Beteiligung als auch der von der Ärztesgesellschaft für die Befreiung vorgesehenen Ersatzabgaben entziehen, indem sie ganz einfach aus der Gesellschaft austreten. Absatz 2 hält neu explizit fest, dass die Berufsverbände für qualitativ hoch stehende Notfalldienste zu sorgen haben und die Mitwirkung am Notfalldienst auch für Nichtmitglieder verbindlich ist. Die Berufsverbände werden zudem gesetzlich ermächtigt, bei Personen, die aus wichtigen Gründen ausnahmsweise keinen Notfalldienst leisten, jährlich eine Ersatzabgabe von Fr. 4'000 bis Fr. 7'000 zu erheben. Ist der Notfalldienst ungenügend, kann die Gesundheitsdirektion die erforderlichen Massnahmen verfügen. Personen, welche sich am Notfalldienst eines Betriebes des Gesundheitswesens (z. B. am Notfalldienst eines Spitals) beteiligen, müssen freilich keine Ersatzabgabe leisten, erfüllen sie doch die gesetzlich auferlegte Notfall- bzw. Beistandspflicht bereits.

Der Kanton leistet neu einen Beitrag an einen qualitativ hoch stehenden ärztlichen Notfalldienst, indem er sich an den Ausrüstungs- und Weiterbildungskosten beteiligt (Abs. 4). Dies entspricht den Empfehlungen der Schlussberichte «Notfalldienst» und «Finanzierung spezifische Weiterbildung», welche der Vorstand der GDK und das Eidgenössische Departement des Innern an der Dialogsitzung Nationale Gesundheitspolitik vom 26. Oktober 2006 verabschiedet haben.

§ 24 Ausführungsrecht

Wie heute schon soll der Regierungsrat die besonderen Rechte und Pflichten für Personen, die einen universitären Medizinalberuf fachlich selbstständig und gewerbmässig ausüben, auf Verordnungsstufe ausführen (vgl. § 28 Bst. a GesG 1970). Der Regierungsrat hat dabei namentlich den Tätigkeitsbereich, das Verfahren und die Zulassung von Assistenzen und Stellvertretungen sowie die Auskündungen (Bekanntmachungen) durch Verordnung zu bestimmen.

4. Abschnitt: Andere Berufe im Gesundheitswesen

§ 25 Ausführungsrecht

Mit § 25 wird eine genügende Rechtsgrundlage geschaffen, damit der Regierungsrat die anderen bewilligungspflichtigen Berufe im Gesundheitswesen auf Verordnungsebene bestimmen sowie deren fachliche Voraussetzungen und die besonderen Rechte und Pflichten bei der Berufsausübung regeln kann. Durch Verordnung zu regeln ist auch das Verfahren und die Zulassung von Assistenzen und Stellvertretungen. Dabei kann der Regierungsrat die Zahl der zugelassenen Assistenzen beschränken. Damit kann das kantonale Recht bei Änderungen in der Ausbildung rasch angepasst werden. Diese rahmengesetzliche Konzeption gilt bereits heute. Der Regierungsrat hat mit der Verordnung I zum Gesundheitsgesetz (medizinische und pharmazeutische Berufe, Hilfsberufe sowie wissenschaftlich nicht anerkannte Behandlungen) vom 22. Dezember 1981 (BGS 821.11) die Details bereits heute auf Verordnungsstufe geregelt.

4. Kapitel: SPITÄLER, PFLEGEHEIME UND ANDERE BETRIEBE IM GESUNDHEITSWESEN

Die Bewilligungspflicht, die Aufsicht, die Beistands- und Aufnahmepflicht sowie die Patientendokumentation werden neu und umfassender geregelt.

§ 26 Betriebsbewilligung, a) Grundsatz

Absatz 1 definiert die bewilligungspflichtigen Betriebe. Eine Betriebsbewilligung ist immer dann erforderlich, wenn medizinische Verrichtungen nicht im Rahmen einer Privatpraxis vorgenommen oder wenn stationäre Betten betrieben werden.

Damit das Gesundheitswesen für die Patientinnen und Patienten überschaubar bleibt, sind die möglichen Zulassungsformen für Betriebe des Gesundheitswesens beschränkt. Absatz 2 enthält in diesem Sinne eine abschliessende Aufzählung. Gegenüber der geltenden gesetzlichen Regelung wurde die Liste erweitert, etwa um die Spitex, um Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen (z. B. HMO) und um die Geburtshäuser. Mit der Neuzulassung dieser Institutionen wird den geänderten tatsächlichen Versorgungsbedürfnissen und den durch das KVG eröffneten neuen Möglichkeiten Rechnung getragen. Insbesondere wird für die so genannte Health Maintenance Organization (HMO) die formalrechtliche Bewilligungsvoraussetzung auf Gesetzesstufe geschaffen. Der Regierungsrat kann weitere Betriebsformen zulassen (Abs. 3). Er kann somit bei Bedarf auch für die immer häufiger anzutreffenden Gemeinschaftspraxen eine Betriebsbewilligung vorsehen.

Das medizinische Versorgungskonzept des GesG 1970 beruht auf zwei Säulen: Der ambulanten ärztlichen Versorgung durch ein breites Netz von Privatpraxen sowie der stationären Versorgung durch die Spitäler, Alters- und Pflegeheime und die weiteren Institutionen. Um das ambulante Versorgungsnetz durch ärztliche Privatpraxen und namentlich Grundversorger auch längerfristig möglichst flächendeckend zu erhalten, schafft das Gesundheitsgesetz die Möglichkeit, dass der Regierungsrat neue Betriebsformen auf Verordnungsstufe zulässt. Die ambulanten ärztlichen Institutionen bilden eine zusätzliche Säule. Damit wird die Bildung von Netzwerken (inkl. freier gesellschaftsrechtlicher Ausgestaltung) erleichtert. In der Verordnung sind die gesundheitspolizeilichen Dienstleistungs- und Strukturvoraussetzungen für die Zulassung dieser Institutionen (inkl. Höchstzahlen von Mitarbeitenden) zu bezeichnen. Denkbar ist, dass sich die Betriebszulassung auf Praxen im Grundversorgungsbereich beschränkt. Derartige Grundversorgerbetriebe könnten Praktikumsplätze für angehende Hausärztinnen und Hausärzte und Grundversorgerinnen und Grundversorger anbieten, diesen Bereich dadurch stärken und eine Ergänzung zu den Ausbildungsplätzen in den Spitälern schaffen, wo vorab Spezialärztinnen und Spezialärzte ausgebildet werden.

§ 27 b) Voraussetzungen

Die Voraussetzungen für die Bewilligungserteilung (Abs. 1) und den Bewilligungsentzug (Abs. 3) sind im Wesentlichen an die Voraussetzungen für Bewilligungen für die Berufsausübung in eigenem Namen und auf eigene Rechnung angelehnt. Die Institutionen müssen ihren Angeboten entsprechend eingerichtet sein (Abs. 1 Bst. a), über das notwendige Personal verfügen (Abs. 1 Bst. b) und das fachliche Leitungspersonal einsetzen und bezeichnen (Abs. 1 Bst. d). Bei Letzterem geht es bei Spitalbetrieben konkret etwa um die Führungsverantwortlichen der Abteilungen Pflege, Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Anästhesie und Radiologie. Diese Personen haben das Leistungsangebot der Institution bzw. ihrer Abteilung fachlich abzudecken, sind sie doch für die Einhaltung der gesundheitsrechtlichen Vorschriften verantwortlich. In diesem Sinne müssen sie wie bereits heute über eine Bewilligung zur Berufsausübung verfügen (Abs. 1 Bst. d, letzter Satz). Die genannten Bewilligungsvoraussetzungen entsprechen der bisherigen Praxis. Zusätzlich wird für Betriebe eine geeignete Qualitätssicherung verlangt (Abs. 1 Bst. c); dies aufgrund der (im Vergleich zu Privatpraxen) komplexen Organisationsstruktur. Je nach Art und Grösse des Betriebes sind eigentliche Qualitätssicherungssysteme erforderlich. Schliesslich muss ein Betrieb (in Analogie zu den Inhaberinnen und Inhabern von Berufsausübungsbewilligungen) über eine angemessene Haftpflichtversicherung verfügen (Abs. 1 Bst. e).

Absatz 2 hält den bereits heute geltenden Grundsatz fest, wonach nicht nur das Führungspersonal, sondern alle Personen, die fachlich selbstständig tätig sind, eine Bewilligung gemäss den §§ 6 ff. benötigen.

§ 28 Beistands- und Aufnahmepflicht

Neu werden die Institutionen des Gesundheitswesens gesetzlich verpflichtet, in dringenden Fällen Beistand zu leisten (analog der heutigen für die Medizinalpersonen geltenden Regelung gemäss § 25 GesG 1970). Bei Katastrophen, Epidemien oder anderen aussergewöhnlichen Ereignissen muss die Gesundheitsdirektion die Betriebe des Gesundheitswesens zu Einsatzleistungen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung verpflichten können. Mit Absatz 2 wird die Grundlage dazu geschaffen. Im Interesse der Rechtssicherheit wird als Grundsatz neu vorgesehen, dass alle Spitäler und Kliniken behandlungsbedürftige Personen im Rahmen ihres Leistungsauftrags gemäss Spitalliste aufzunehmen haben (Abs. 3). Dieser Punkt führte in der Vergangenheit immer wieder zu Beschwerden. Patientinnen und Patien-

ten haben im Bereich der obligatorischen Grundversicherung grundsätzlich einen Anspruch auf eine umfassende medizinische Versorgung, solange diese den KVG-Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechen. Betroffen von der Behandlungs- und Aufnahmepflicht sind Zuger Kantonsspital, AndreasKlinik (beides somatische Akutspitäler), Psychiatrische Klinik Zugersee, Psychiatrische Klinik Meissenberg (beschränkt auf Frauen) und Klinik Adelheid (für die Rehabilitation). Diese Spitäler und Kliniken verfügen über einen entsprechenden Leistungsauftrag in der Zuger Spitalliste 1997. Über die Pflichtleistungen der eidgenössischen Kranken- und Unfallversicherungsgesetzgebung hinaus besteht allerdings kein Anspruch auf medizinische Leistungen (Abs. 3, letzter Satz).

Bei Nichtpflichtleistungen gilt die Beistandspflicht der Institutionen solange und im Umfang, wie es nach den Umständen zumutbar ist (Abs. 4). Nichtpflichtleistungen dürfen somit beispielsweise verweigert werden, wenn ihre Finanzierung nicht sichergestellt ist. Eine solche Leistungsverweigerung ist im Hinblick auf die allgemeine Beistandspflicht allerdings nur zulässig, wenn keine unmittelbare Lebensgefahr (mehr) besteht.

Analog zu § 23, wonach Berufsverbände für qualitativ hoch stehende Notfalldienste zu sorgen haben, ist die Gesundheitsdirektion ergänzend dazu ermächtigt, zur Sicherstellung der Versorgung Spitäler, Pflegeheime und andere Betriebe im Gesundheitswesen zu verpflichten, einen Notfalldienst zu organisieren.

§ 29 Ausbildungswesen

Mit dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002 über die Berufsbildung (Berufsbildungsgesetz, BBG; SR 412.10) ging die Kompetenz zur Regelung der Berufe des Gesundheitswesens an den Bund über. Zuvor waren die Kantone zuständig. Wie in den meisten Kantonen fiel auch im Kanton Zug die Ausbildung in Gesundheitsberufen in den Zuständigkeitsbereich der Gesundheitsdirektion. Daher rührt, dass sich im bisherigen Gesundheitsgesetz ein Paragraph (§ 32 GesG 1970) über die Ausbildung für Berufe im Gesundheitswesen findet.

Diese separate Bestimmung braucht es nicht mehr. Die Berufsbildungsgesetzgebung bietet ausreichende gesetzliche Grundlagen.

Im Zuge der Umsetzung der neuen Bildungssystematik hat die in § 32 GesG 1970 genannte Berufsschule für Gesundheits- und Krankenpflege nur noch eine begrenzte Lebensdauer. Die Absolventinnen und Absolventen der Ausbildung zum (neuen) Be-

ruf Fachangestellte Gesundheit absolvieren den schulischen Teil der Ausbildung bereits jetzt am Gewerblich-industriellen Bildungszentrum. Die per 2010 auslaufende Berufsschule für Gesundheits- und Krankenpflege hat eine ausreichende gesetzliche Grundlage in § 2 des Einführungsgesetzes zu den Bundesgesetzen über die Berufsbildung und die Fachhochschulen (EG Berufsbildung; BGS 413.11). Insofern kann § 32 GesG 1970 ersatzlos aufgehoben werden.

Allerdings wächst die Sorge um den Nachwuchs bei den Pflegeberufen und um die Sicherung der ärztlichen Grundversorgung (inkl. Notfalldienst). Diese Themen wurden auch in der Zentralschweizer Gesundheits- und Sozialdirektorenkonferenz (ZGSDK) mehrmals besprochen.

In den letzten Monaten wurde von verschiedener Seite wiederholt auf den Wandel hingewiesen, der sich in der hausärztlichen Versorgung abzeichnet. Die Situation ist regional unterschiedlich. Namentlich für die Randregionen gilt es die Entwicklung aufmerksam zu verfolgen, damit die Grundversorgung und der Notfalldienst auch längerfristig sichergestellt bleiben. Vom Wandel sind aber auch eher städtische Gebiete und Agglomerationen nicht verschont. Der Anteil der Spezialistinnen und Spezialisten steigt, und zunehmend etablieren sich Gemeinschaftspraxen in verschiedenen Ausprägungen, um nur zwei Beispiele zu nennen. Aktuell erheben die Gesundheitsdirektionen der Zentralschweiz die Ist-Situation in ihren Kantonen. Danach soll die Situation gemeinsam analysiert und Massnahmen geprüft werden.

Für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung ist es unabdingbar, dass auch in Zukunft genügend und gut ausgebildetes Personal vorhanden ist. Die Entwicklung namentlich bei der grössten Personalkategorie, dem Pflegepersonal, ist besorgniserregend. Auch die ZGSDK erachtet konkrete und rasch zu realisierende Massnahmen als notwendig. Wenn zu wenig Pflegepersonal vorhanden ist, bekommen das die Pflegepersonen selbst und dann sehr direkt die Patientinnen und Patienten negativ zu spüren.

Absatz 1 ermächtigt den Regierungsrat, Aus- und Weiterbildungsbetriebe für Berufe im Gesundheitswesen nach Massgabe der Benützung durch Personen mit Wohnsitz im Kanton Zug durch Betriebsbeiträge (somit keine Investitionsbeiträge) zu unterstützen. Mit der Unterstützung von Aus- und Weiterbildungsbetrieben soll der Nachwuchs gefördert werden können. Aus versorgungspolitischen Gründen betrifft dies allein Berufe, die zur Tätigkeit zulasten der sozialen Krankenversicherung zugelassen sind. Absatz 2 sieht als weitere Massnahme vor, dass die Gesundheitsdirektion be-

willigungspflichtige Betriebe gegen angemessene Entschädigung dazu verpflichten kann, eine bestimmte Zahl von Aus- und Weiterbildungsstellen zur Verfügung zu stellen. Damit kann die praktische Ausbildung in den Betrieben nötigenfalls auch rechtlich durchgesetzt werden. Dies erscheint dem Grundsatz nach angemessen und gerechtfertigt. Die Betriebe haben selbst ebenfalls ein Interesse an einer befriedigenden Personalmarktsituation.

§ 30 Aufsicht

Neu wacht die Gesundheitsdirektion über die Einhaltung der Dienstleistungs- und Infrastrukturvoraussetzungen der bewilligungspflichtigen Betriebe. Die gesundheitspolizeiliche Aufsicht über die bewilligungspflichtigen Institutionen oblag bisher dem Gesundheitsrat.

5. Kapitel: PATIENTENRECHTE UND -PFLICHTEN

Das Gesundheitsgesetz von 1970 enthielt ursprünglich keine Bestimmungen über die Rechte und Pflichten von Patientinnen und Patienten. Erst im Zusammenhang mit den neuen Bestimmungen zu Zwangsmassnahmen wurde 2001 der Grundsatz der Selbstbestimmung eingefügt (§ 36 GesG 1970) - gewissermassen als Regelfall, der im Ausnahmefall bei Zwangsmassnahmen durchbrochen wird. Im neuen Gesundheitsgesetz wird den Patientenrechten und -pflichten mehr Platz eingeräumt, zumal in diesem Bereich ein deutlicher Wertewandel in Richtung Selbstbestimmung und Selbstverantwortung stattgefunden hat.

1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen

§ 31 Grundsätze

Es versteht sich von selbst, dass sich die Behandlung nach den anerkannten Regeln der Berufsausübung, d. h. nach dem allgemein geltenden Wissens- und Praxisstand, richten muss. Neben dem Gebot der Verhältnismässigkeit und Wirtschaftlichkeit sind insbesondere auch die Menschenwürde und die Persönlichkeitsrechte, namentlich die persönliche Freiheit, zu wahren.

Für unheilbar Kranke und sterbende Menschen hält Absatz 4 den Anspruch auf eine Behandlung nach den Grundsätzen der Palliativmedizin und -pflege fest, mit dem Ziel, das Leiden zu lindern und die Lebensqualität in der verbleibenden Zeit zu verbessern. Wie der Regierungsrat am 20. Mai 2003 in seiner Antwort auf die Interpellation von Berty Zeiter und Mitunterzeichnenden betreffend Stand und Förderung der Palliative Care im Kanton Zug ausgeführt hat, sind dafür keine neuen Institutionen nötig (Vorlage Nr. 1100.1 - 11104). Der Kanton Zug besitzt bereits heute ein taugliches und grundsätzlich gut funktionierendes palliatives Versorgungsnetz, welches in erster Linie von den Hausärztinnen und -ärzten, dem Zuger Kantonsspital, den gemeindlichen Spitexorganisationen, den regionalen Pflegeheimen und Hospiz Zug getragen wird. Somit geht es vor allem darum, das bestehende Netzwerk weiter zu verbessern.

§ 32 Selbstbestimmung

Nach herrschender Lehre und Rechtsprechung ist eine medizinische oder pflegerische Massnahme, die in die körperliche Integrität eingreift, eine Verletzung der Persönlichkeit der Patientin oder des Patienten, selbst wenn sie nach den Regeln der Kunst ausgeführt wird. Sie ist deshalb rechtswidrig, sofern nicht ein Rechtfertigungsgrund vorliegt. Nach Art. 28 Abs. 2 ZGB ist eine Persönlichkeitsverletzung nur rechtmässig, wenn sie durch Einwilligung des Verletzten, durch ein überwiegendes privates oder öffentliches Interesse oder durch Gesetz gerechtfertigt ist. Die Einwilligung ist im medizinischen Kontext der wichtigste Rechtfertigungsgrund. Sie setzt voraus, dass die Patientin oder der Patient urteilsfähig ist.

Die Einwilligung kann stillschweigend oder ausdrücklich sein. Bei einer nicht invasiven Untersuchung oder einer Routinebehandlung, wie zum Beispiel einer Blutdruckmessung oder einer Blutabnahme, reicht die stillschweigende Einwilligung. Für grössere oder mit erheblichen Risiken verbundene Eingriffe muss dagegen stets die ausdrückliche Zustimmung der urteilsfähigen Patientin oder des urteilsfähigen Patienten vorliegen.

Absatz 2 f. regelt die Patientenverfügung. Darin nimmt eine Person eine Krankheits-situation vorweg und bestimmt für den Fall, dass sie mangels Urteilsfähigkeit nicht mehr selber entscheiden kann, wie sie behandelt werden will bzw. welchen medizinischen Massnahmen sie zustimmt oder nicht zustimmt. Die Möglichkeit, eine Patientenverfügung zu errichten, besteht für alle Fälle, in denen die betroffene Person nicht mehr urteilsfähig ist, sei es aufgrund einer psychischen Erkrankung, einer fortschrei-

tenden Altersdemenz oder für den Fall, dass eine Person beispielsweise nach einem Unfall das Bewusstsein verloren hat.

In einer Patientenverfügung kann auch eine Person bezeichnet werden, die für den Fall, dass die auftraggebende Person urteilsunfähig wird, in deren Namen die notwendigen Entscheidungen in Bezug auf medizinische Massnahmen treffen soll. Die behandelnde Fachperson hat der beauftragten Vertretung, deren Zustimmung eingeholt werden muss, alle Informationen über die vorgeschlagene Behandlung zu geben, die für eine Entscheidung erheblich sind. Angesichts seines sehr persönlichen Charakters kann der Auftrag nur einer natürlichen Person erteilt werden.

Für die Errichtung einer Patientenverfügung genügt die Urteilsfähigkeit. Die Handlungsfähigkeit wird nicht vorausgesetzt, da es sich um die Ausübung eines höchstpersönlichen Rechts handelt. Auch urteilsfähige Minderjährige können somit eine Patientenverfügung errichten.

Die Patientenverfügung bedarf der Schriftform. Das heisst, dass das Dokument durch die Verfasserin oder den Verfasser eigenhändig zu unterschreiben ist (Art. 13 f. OR). Wird die Form nicht gewahrt, ist die Patientenverfügung rechtlich nicht einfach unbeachtlich. Wenn zum Beispiel mündlich Anordnungen getroffen worden sind, gelten diese zwar nicht als vorgängige Zustimmung oder Ablehnung zu einer Behandlung. Sie können indessen als mutmasslicher Wille der urteilsunfähigen Person interpretiert werden.

Wer eine Patientenverfügung errichtet, muss selber dafür besorgt sein, dass die Adressatinnen und Adressaten der Verfügung zu gegebener Zeit Kenntnis davon erhalten. Insbesondere kann von den behandelnden Personen nicht verlangt werden, dass sie alles unternehmen, um herauszufinden, ob eine urteilsunfähige Person eine Patientenverfügung errichtet hat. Hingegen kann eine Patientenverfügung beispielsweise bei der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt hinterlegt werden. Die Verfasserin oder der Verfasser kann sie aber auch bei sich tragen oder einer vertretungsberechtigten Person bzw. einer Vertrauensperson übergeben. Zudem ist geplant, dass der Hinterlegungsort auf der Versichertenkarte eingetragen werden kann.

Der in Absatz 3 festgehaltene Ansatz richtet sich an der geplanten Änderung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches aus (Erwachsenenschutzrecht, Personenrecht und Kindesrecht; Botschaft des Bundesrates vom 28. Juni 2006). Danach sind die

behandelnden Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, einer Patientenverfügung grundsätzlich zu entsprechen.

Von der Patientenverfügung kann abgewichen werden, wenn die Verfügung gegen gesetzliche Vorschriften verstösst, z. B. wenn die Patientin oder der Patient direkte aktive Sterbehilfe verlangt. Weiter ist eine Abweichung möglich, wenn begründete Zweifel bestehen, dass die Anordnung in der eingetretenen Situation noch dem mutmasslichen Willen der Patientin oder des Patienten entspricht. Dafür müssen aber konkrete Hinweise vorliegen. Folglich dürfen Anweisungen nicht jedes Mal hinterfragt werden, wenn sie eine Lösung vorsehen, welche von den behandelnden Personen als unpassend beurteilt wird. Hingegen bestehen zum Beispiel begründete Zweifel, wenn die Patientenverfügung vor längerer Zeit errichtet worden ist und deren Verfasserin oder Verfasser später eine andere Meinung geäussert hat. Begründet können Zweifel auch dann sein, wenn die medizinische Entwicklung Massnahmen ermöglicht, die in der Verfügung nicht vorhergesehen wurden, z. B. den Einsatz neuer Medikamente mit geringeren Nebenwirkungen. Bei begründeten Zweifeln muss vom mutmasslichen Willen der Patientin oder des Patienten ausgegangen werden.

§ 33 Behandlung urteilsunfähiger Personen

Bei der Behandlung einer urteilsunfähigen Person ist zuerst die Patientenverfügung zu beachten, welche die Person im Zustand der Urteilsfähigkeit verfasst hat. Fehlt eine solche Verfügung, ist für die Behandlung die Zustimmung der gesetzlichen Vertretung erforderlich.

Verweigert die berechtigte Vertreterin oder der berechtigte Vertreter die Zustimmung zu einer aus medizinischer Sicht nötigen Massnahme, können sich die behandelnden Personen zur Wahrung der Interessen der urteilsunfähigen Person an die Vormundschaftsbehörde wenden. Diese prüft dann die Anordnung vormundschaftlicher Massnahmen. Den behandelnden Personen verbleibt ein Ermessensspielraum, weil keine Pflicht festgelegt wird, bei jeder Behandlungsverweigerung die Vormundschaftsbehörde zu informieren.

In Fällen, in denen wegen der Dringlichkeit einer medizinischen Massnahme keine Zeit besteht, um die vertretungsberechtigte Person zu informieren und deren Zustimmung einzuholen, sind die geeigneten und unaufschiebbaren medizinischen Massnahmen im Sinn der Patientin oder des Patienten zu ergreifen. Dies gilt nicht

nur bei einer eigentlichen Notfallsituation, sondern auch wenn die Vertretungsberechtigung objektiv unklar ist.

§ 34 Mitwirkungspflicht

Patientinnen und Patienten haben nicht nur Rechte, sondern auch Pflichten. So ist eine erfolgreiche Behandlung nur unter partnerschaftlicher Mitwirkung der Patientinnen und Patienten möglich. Sie sind deshalb angehalten, im Rahmen der eigenen Möglichkeiten alles zu tun, was die Besserung oder Heilung fördert.

Zudem sind sie verpflichtet, dem Fachpersonal die nötigen Auskünfte zu erteilen. Dazu gehören Informationen zur eigenen Person, zum körperlichen und psychischen Gesundheitszustand und Angaben zum persönlichen Umfeld, soweit diese im Zusammenhang mit der Erkrankung von Bedeutung sind.

§ 35 Aufklärung

Der Anspruch der Patientinnen und Patienten auf umfassende, verständliche und rechtzeitige Aufklärung ist heute unbestritten und Voraussetzung für einen selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Entscheid der Patientinnen und Patienten darüber, ob und welche Behandlung sie wollen. Massstab für den notwendigen Umfang der Aufklärung sind einerseits die Diagnose und andererseits die Risiken, die mit dem Eingriff verbunden sind. Aufzuklären ist nicht nur über die Vor- und Nachteile der Behandlung, sondern ausdrücklich auch über Alternativen wie beispielsweise über konservative oder operative Behandlungsvarianten und deren Kostenfolgen.

Die Beweispflicht für eine rechtsgenügend erfolgte Aufklärung trägt die behandelnde Fachperson. Dabei genügt es gemäss Bundesgericht unter dem Gesichtspunkt der Beweistauglichkeit nicht, wenn in den Unterlagen nur allgemein vermerkt wird, die Patientin bzw. der Patient sei über die geplante Operation und ihre möglichen Komplikationen informiert worden. Ebenfalls hat das Bundesgericht entschieden, dass - von Notfällen abgesehen - die Patientin bzw. der Patient die Einwilligung bei einer mit üblichen Risiken verbundenen Operation spätestens einen Tag vor dem Eingriff und bei einer schweren Operation spätestens drei Tage vor dem Eingriff abgeben können muss. Damit wird der Patientin bzw. dem Patienten ausreichend Zeit eingeräumt, um Entscheide im Sinne eines "informed consent" zu fällen bzw. die Zustimmung allenfalls nach reiflicher Überlegung noch rechtzeitig zurückziehen zu können.

Wenn eine Patientin oder ein Patient ausdrücklich keine umfassende Aufklärung wünscht, kann diese beschränkt werden. In solchen Fällen empfiehlt es sich, die Patientin oder den Patienten den Verzicht schriftlich bestätigen zu lassen. Im Übrigen darf eine umfassende Aufklärung nur in Ausnahmefällen unterbleiben, nämlich wenn sie der Patientin oder dem Patienten Schaden zufügen würde. Dieses so genannte therapeutische Privileg bedeutet im Kern, dass die Aufklärungspflicht im Interesse der betroffenen Person selbst eingeschränkt werden kann, etwa zur Vermeidung von Angstzuständen, welche den Therapieerfolg beeinträchtigen würden. Das Selbstbestimmungsrecht hat aber auch hier Vorrang, indem die Aufklärung trotz der damit verbundenen Gefährdung des Therapiezieles zu erfolgen hat, wenn sie von der Patientin bzw. dem Patienten ausdrücklich gewünscht wird.

Wenn eine vorgängige Aufklärung wegen einer Notfallsituation nicht möglich ist, muss sie so bald als möglich nachgeholt werden.

§ 36 Aufzeichnung

Der Dokumentation kommt aus verschiedenen Gründen grosse Bedeutung zu. Sie wird unter Verantwortung der Bewilligungsinhaberin bzw. des Bewilligungsinhabers geführt und beschreibt nicht nur den Gesundheitszustand und die Behandlungsmassnahmen, sondern enthält auch die Untersuchungsergebnisse und Angaben zur Aufklärung. Sie bezeichnet die Patientinnen und Patienten in hinreichender Form. Diese Aufzeichnung kann schriftlich oder elektronisch erstellt werden, wobei in beiden Fällen die Urheberschaft und Datierung ersichtlich und die jederzeitige Einsehbarkeit und die Unveränderbarkeit gewährleistet sein müssen. Eine falsche Eintragung darf deshalb nicht gelöscht werden, sondern muss mit einer entsprechenden Ergänzung korrigiert werden.

In Bezug auf die Aufbewahrung der Dokumentation stehen sich verschiedene Interessen gegenüber. Einerseits müssen die Interessen der Patientinnen und Patienten und ihr Selbstbestimmungsrecht beachtet werden. Andererseits ist zu berücksichtigen, dass die Öffentlichkeit einen wesentlichen Teil der Gesundheitskosten trägt und insofern ein berechtigtes Interesse an kostendämpfenden Massnahmen hat (z. B. Vermeidung von Doppeluntersuchungen). Zudem ist die Kenntnis der Krankengeschichte oft auch eine wichtige Voraussetzung für eine gute Behandlungsqualität. Drittens besteht ein öffentliches Interesse an der Nachvollziehbarkeit staatlichen Handelns sowie an der Möglichkeit, sich auf der Grundlage von unverfälschten Unterlagen ein geschichtliches Bild vergangener Entwicklungen erarbeiten zu können.

Das in die Vernehmlassung geschickte Ergebnis der ersten Lesung des Regierungsrates sah vor, die Patientendokumentationen grundsätzlich von der Archivierung auszuschliessen und ihre Vernichtung zwingend vorzuschreiben. In einem eigens zu diesem Zweck vom Regierungsrat angeforderten Fachbericht erläuterte das Staatsarchiv den historischen Quellenwert von Patientenunterlagen sowie die Überlieferungspraxis in der Schweiz und im Ausland und wies darauf hin, dass es keineswegs darum gehe, Überlieferungsbedürfnisse und Patienteninteressen gegeneinander auszuspielen. Das Ziel bestehe vielmehr darin, die berechtigten Bedürfnisse des Persönlichkeitsschutzes, die Patienteninteressen und die ebenso berechtigten Überlieferungs- und Informationsbedürfnisse der Forschung und der Öffentlichkeit nach Möglichkeit miteinander zu versöhnen. Auf dieser Grundlage und in Abwägung der verschiedenen Interessen hat der Regierungsrat in zweiter Lesung beschlossen, in § 36 einen Mittelweg einzuschlagen, der einen Ausgleich zwischen privaten und öffentlichen Interessen zu Stande bringt – zwischen dem informationellen Selbstbestimmungsrecht, dem Bedürfnis nach geschichtlicher Überlieferung und dem Interesse am optimalen Funktionieren der Institutionen des Gesundheitswesens. Eine analoge Vorgehensweise ist beispielsweise auf eidgenössischer Ebene im Bereich der Forschung am Menschen im Gesundheitsbereich formuliert worden: «Aufgabe des Staates ist es nun, den Persönlichkeitsschutz einerseits und die Forschungsfreiheit andererseits zu einem Ausgleich zu bringen, der beide Seiten wirksam werden lässt» (Erläuternder Bericht vom Februar 2006 zum Vorentwurf der Verfassungsbestimmung über die Forschung am Menschen, S. 7).

Der Interessenausgleich präsentiert sich wie folgt: Die Dokumentation muss nach Abschluss der letzten Behandlung grundsätzlich zehn Jahre aufbewahrt werden und ist während dieser Zeit Eigentum der behandelnden Person oder Institution. Sie kann auf freiwilliger Basis vorzeitig der Patientin oder dem Patienten übergeben werden. Dies gilt allerdings nur, soweit nicht längere bundesrechtliche Aufbewahrungsfristen gelten (so z. B. Art. 40 Heilmittelgesetz für alle wichtigen Unterlagen im Zusammenhang mit Blut und Blutprodukten sowie Art. 35 Transplantationsgesetz für alle wichtigen Unterlagen im Zusammenhang mit menschlichen Organen, Geweben und Zellen). Nach Ablauf der zehn Jahre haben Patientinnen und Patienten bei allen Gesundheitsinstitutionen sowohl des privaten wie auch des öffentlichen Rechts das Recht, die Herausgabe der Unterlagen im Original und ohne Rückbehalt von Kopien zu verlangen. Spätestens zwanzig Jahre nach der letzten Behandlung muss die Dokumentation vernichtet werden, wenn es sich um eine Gesundheitsinstitution des privaten Rechts (z. B. eine Arztpraxis) handelt. Bei Gesundheitsinstitutionen, welche öf-

fentliche Aufgaben erfüllen, kommt das Archivgesetz zur Anwendung. Das heisst: Die noch vorhandenen Dokumentationen müssen dem zuständigen Archiv zur Archivierung angeboten werden. Das Archiv trifft daraus eine gezielte Auswahl; der Rest wird vernichtet.

Mit diesem Vorgehen wird die Verfügbarkeit der Unterlagen zu Gunsten der Effizienz und Qualität einer möglichen Folgebehandlung in der Regel während zehn bzw. maximal zwanzig Jahren gewährleistet. Dies liegt im Interesse der Kostenträger und der Betroffenen. Gleichzeitig wird das informationelle Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten gewahrt, indem sie die Herausgabe der Dokumentation nach zehn Jahren verlangen können, in gegenseitigem Einvernehmen auch früher – evtl. gegen eine Saldoerklärung.

Das öffentliche Interesse an der geschichtlichen Überlieferungsbildung mit unverfälschten Unterlagen der öffentlichen Organe tritt also im Bereich der Patientendokumentation zurück vor dem informationellen Selbstbestimmungsrecht des Individuums. Verzichtet das Individuum auf die Wahrnehmung seines Rechts, tritt das öffentliche Interesse an der zumindest teilweisen Aufbewahrung wieder in den Vordergrund. Dieses öffentliche Interesse durch einen generellen Zwang zur Vernichtung sämtlicher Patientendokumentationen noch weiter einzuschränken, wäre unverhältnismässig.

Im Übrigen ist mit Nachdruck darauf hinzuweisen, dass es beim beschriebenen Interessensausgleich keineswegs um ein Abwägen zwischen Datenschutz und Archivierungs- bzw. Überlieferungsinteresse geht. Auch für archivierte Patientendokumentationen ist der Datenschutz durch das Archivgesetz umfassend gewährleistet (Schutzfrist von 100 Jahren mit Erweiterungsmöglichkeit). Bei medizinischen bzw. medizinhistorischen Forschungen ist gemäss Strafgesetzbuch § 321^{bis} zudem die Expertenkommission für das Berufsgeheimnis in der medizinischen Forschung anzurufen, welche die Forschungsvorhaben prüft.

Selbstverständlich haben Patientinnen und Patienten ein umfassendes Einsichtsrecht in alle Teile ihrer Krankengeschichte (Berichte, Röntgenbilder usw.). Sie können die sie betreffende Dokumentation kostenlos einsehen oder Kopien verlangen. Die Kostenlosigkeit bezieht sich einzig auf das Einsichtsrecht. Ist mit den Kopien ein grösserer Aufwand verbunden, können die Kosten dafür der Gesuchstellerin oder dem Gesuchsteller auferlegt werden. Diese Regelung ist konsistent mit Art. 8 Abs. 5 des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG; SR 235.1) und § 17 Abs. 1 und 2

des kantonalen Datenschutzgesetzes (BGS 157.1). Die Einsicht ist immer kostenlos, die Kopien sind in der Regel kostenlos. Das Einsichts- und Herausgaberecht darf nur ausnahmsweise mit Rücksicht auf überwiegende öffentliche oder schutzwürdige Interessen Dritter eingeschränkt werden. Zu denken ist hier vor allem an die Psychiatrie, wo die Herausgabe der Akten an Patientinnen bzw. Patienten mit Fremdgefährdungspotential in aller Regel zu verweigern ist. Zu denken ist aber auch an Fälle, wo Angehörige vertrauliche, aber für die Behandlung wichtige Auskünfte über sich und ihre Beziehung zur Patientin oder zum Patienten erteilen.

Schliesslich muss gewährleistet sein, dass auch im Fall einer Betriebsaufgabe oder beim Tod der Bewilligungsinhaberin oder des Bewilligungsinhabers die Dokumentation zugänglich bleibt. Dies ergibt sich aus der Forderung nach der jederzeitigen Einsehbarkeit, aber auch aus dem öffentlichen Interesse nach einer effizienten Folgebehandlung. Deshalb müssen die Bewilligungsinhaberinnen und -inhaber entsprechende Vorkehrungen für eine gesicherte Verfügbarkeit der Aufzeichnungen treffen, namentlich auch bei elektronisch gespeicherten Daten. Ist die Zugänglichkeit nicht gewährleistet, ist sie durch die Kantonsärztin oder den Kantonsarzt sicherzustellen (Abs. 7).

Ausnahmen von der Aufzeichnungspflicht können vom Regierungsrat festgelegt werden. Ein Beispiel in diesem Zusammenhang sind Drogistinnen und Drogisten, wenn sie Arzneimittel abgeben.

§ 37 Berufsgeheimnis, Entbindung vom Berufsgeheimnis

Das Strafgesetzbuch stellt die Offenbarung eines Berufsgeheimnisses, das Arztpersonen und ihren Hilfspersonen in ihrer Berufsausübung anvertraut worden ist oder das sie in dessen Ausübung wahrgenommen haben, unter Strafe. Der Täter ist dann nicht strafbar, wenn er das Geheimnis aufgrund der Einwilligung des Berechtigten oder aufgrund einer schriftlichen Bewilligung der vorgesetzten Behörde oder Aufsichtsbehörde offenbart hat (Art. 321 Ziff. 2 StGB; SR 311.0).

§ 37 regelt das Berufsgeheimnis für alle Personen, die einen Beruf des Gesundheitswesens ausüben, für deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Betriebe des Gesundheitswesens. Der Kreis der Betroffenen ist somit grösser als der Geltungsbereich von Art. 321 StGB (Berufsgeheimnis von Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Apothekerinnen und Apothekern, Hebammen sowie ihrer Hilfspersonen).

Eine Befreiung von der Schweigepflicht sollte grundsätzlich durch die Patientin oder den Patienten selbst erfolgen. Sonst ist für die Entbindung eine schriftliche Bewilligung der Gesundheitsdirektion als Aufsichtsbehörde erforderlich (mit Ausnahme der Anzeigepflicht der Bewilligungsinhaberinnen und -inhaber gemäss § 17).

Entsprechend dürfen Informationen an Dritte, zu denen aus rechtlicher Sicht auch enge Bezugspersonen zählen, nur mit dem Einverständnis der Patientinnen und Patienten erteilt werden. Allerdings geschieht dieses Einverständnis im Alltag häufig stillschweigend oder konkludent, z. B. wenn sich Angehörige beim Fachpersonal nach dem Gesundheitszustand der anwesenden Patientin erkundigen und diese dagegen keinen Einspruch erhebt.

Um Klarheit zu schaffen und eine praxisnahe Lösung zu ermöglichen, wird deshalb für Auskünfte an enge Bezugspersonen die Zustimmung gesetzlich vermutet, soweit es um Informationen über den allgemeinen Gesundheitszustand geht – Details der Krankengeschichte gehören nicht dazu. Selbstverständlich können die Patientinnen und Patienten diese Vermutung durch eine gegenteilige Erklärung entkräften und damit auch die beschränkte Auskunftserteilung gänzlich untersagen.

Eine analoge Regelung wurde für Fachpersonen getroffen, die mitbehandeln, nachbehandeln oder an der Behandlung beteiligt sind. Hier steht nicht das persönliche Interesse, sondern die berufliche Beziehung zur Patientin bzw. zum Patienten im Vordergrund. In diesem Rahmen ist ein Informationsaustausch sachgerecht und in der Regel sogar notwendig. Gleichwohl ist auch hier Zurückhaltung geboten. So umfasst die gesetzlich vermutete Zustimmung keineswegs die gesamte Krankengeschichte, sondern nur die medizinisch notwendigen Auskünfte.

In Absatz 4 geht es um einen Spezialfall der Befreiung von der Schweigepflicht, indem den Geheimnisträgerinnen bzw. Geheimnisträgern zur Durchsetzung von strittigen Forderungen aus einem Behandlungsverhältnis erlaubt wird, der beauftragten Rechtsvertretung, der Inkassostelle und den zuständigen Behörden die notwendigen Angaben zu machen. Bislang mussten sie dazu ein Gesuch um Befreiung vom Berufsgeheimnis an die Gesundheitsdirektion stellen. Dabei hat sich gezeigt, dass es keine überwiegenden Gründe gibt, solche Gesuche abzulehnen. Es wäre nämlich rechtsmissbräuchlich, wenn eine Patientin oder ein Patient unter Berufung auf das Berufsgeheimnis der Leistungserbringer die Durchsetzung von Forderungen verhindern möchte. Deshalb ist eine entsprechende gesetzliche Ausnahmeregelung recht-

lich unproblematisch und vermeidet unnötigen bürokratischen Zusatzaufwand für alle Beteiligten.

§ 38 Berechtigte Personen

Die in § 38 genannten Personen sind - vorbehältlich einer anderen Regelung durch die Patientin oder den Patienten - berechtigt, Informationen gemäss § 37 Abs. 3 Bst. a zu erhalten sowie gemäss § 44 der Obduktion ihre Zustimmung zu erteilen oder zu verweigern. Die explizite Aufzählung dient der Klarheit und Rechtssicherheit.

In Übereinstimmung mit dem Selbstbestimmungsrecht steht an erster Stelle die in einer Patientenverfügung bezeichnete Vertretung. Es folgen die gesetzliche Vertretung und dann die engsten Bezugspersonen. Im Rahmen von § 37 Abs. 3 Bst. a sind die Personen nebeneinander berechtigt, während sie bei der Obduktion (§ 44) der Reihe nach berechtigt sind. Das heisst, dass sie der Reihe nach angefragt werden. Sobald jemand einen Entscheid trifft - positiv oder negativ - ist dieser definitiv gültig und kann nicht von einer nachfolgenden Person umgestossen werden. Sind mehrere Personen gleichzeitig berechtigt (z. B. vier Nachkommen), so haben sie grundsätzlich gemeinsam zu entscheiden. Die gutgläubige Fachperson darf indessen voraussetzen, dass jede im Einverständnis mit den anderen handelt.

2. Abschnitt: Medizinische und pflegerische Zwangsmassnahmen

Nach den bundesrechtlichen Bestimmungen über die fürsorgerische Freiheitsentziehung (FFE) darf eine Person „wegen Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Trunksucht, anderen Suchterkrankungen oder schwerer Verwahrlosung“ in einer Anstalt untergebracht oder zurückbehalten werden, wenn ihr die nötige persönliche Fürsorge nicht anders erwiesen werden kann (vgl. Art. 397a ZGB; SR 210). Laut Bundesgericht genügen diese Bestimmungen jedoch nicht für die Anordnung von eigentlichen medizinischen Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen gegen den Willen einer Patientin oder eines Patienten (Zwangsmassnahmen). Durch die FFE-Bestimmungen abgedeckt sind lediglich die unmittelbar im Anschluss an eine FFE durchgeführte medikamentöse Behandlung zur Beruhigung und zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes im Rahmen eines kurzen zwangsweisen Klinikaufenthaltes (vgl. BGE 125 III 169; BGE 121 III 204; BGE 118 II 254, jeweils mit Hinweisen). Im Ergebnis bedeutet dies, dass die betroffene Person kraft Bundesrechts zwar gegen ihren Willen eingewiesen und zurückbehalten, ihr aber therapeutisch nicht geholfen werden kann. Das ist stossend. In Ausnahmesituationen müssen in Spitälern,

psychiatrischen Kliniken und in Pflegeheimen medizinische und pflegerische Massnahmen auch gegen den Willen der zu behandelnden Person auch ausserhalb der FFE durchgeführt werden können. Die Anwendung solcher Massnahmen mag in den überwiegenden Fällen zum Schutz der Betroffenen oder Dritter geboten sein. Aus rechtsstaatlicher Sicht ist jedoch unzweideutig verlangt, dass jede Zwangsmassnahme durch eine klare gesetzliche Grundlage abgedeckt ist.

Mit der Gesetzesrevision vom 30. August 2001 schuf der Kantonsrat die nötige gesetzliche Grundlage für medizinische und pflegerische Zwangsmassnahmen (§ 37 ff. GesG 1970) und ordnete zugleich auch die Verfahrensregeln dazu (§ 50^{bis} GesG 1970). Die Bestimmungen wurden unter Einbezug des Verwaltungsgerichts, der psychiatrischen Kliniken Oberwil (heute Psychiatrische Klinik Zugersee), Meissenberg und Littenheid sowie der Patientenorganisation Pro Mente Sana erarbeitet. Sie haben sich in der Praxis bewährt und können damit weitgehend unverändert ins neue Gesetz übernommen werden.

§ 39 Anordnung von medizinischen und pflegerischen Zwangsmassnahmen

Das Gesetz erklärt den Begriff der Zwangsmassnahme wie bisher nicht ausdrücklich. Der Begriff ergibt sich aber aus der Systematik. Anknüpfungspunkt bildet das Selbstbestimmungsrecht gemäss § 32 bzw. bei Urteilsunfähigen die Zustimmung von deren gesetzlichen Vertretung (§ 33). Zwangsmassnahmen im Sinne des Gesundheitsgesetzes sind folglich - vereinfacht ausgedrückt - medizinische oder pflegerische Massnahmen gegen den Willen der Patientin oder des Patienten.

Jede Zwangsmassnahme wie Zwangsmedikation, physischer Zwang, Fixation oder Isolation bedarf der Anordnung durch eine Arztperson. Pflegerische Zwangsmassnahmen wie Fixation oder Isolation dürfen auch durch diplomierte Pflegepersonen angeordnet werden. Auch die Beschränkung des Besuchsrechtes oder des Telefonverkehrs sind als medizinische bzw. pflegerische Massnahmen einzustufen, wenn sie bezwecken, die Patientin bzw. den Patienten vor einer gesundheitsgefährdenden Aufregung zu bewahren. Jede Anwendung von Zwangsmassnahmen muss selbstverständlich unter grösstmöglicher Schonung der betroffenen Person erfolgen.

Gemäss Absatz 2 ist die Anordnung einer Zwangsmassnahme nur bei Patientinnen und Patienten zulässig, die urteilsunfähig sind oder die gemäss den Bestimmungen über den fürsorgerischen Freiheitsentzug in eine Behandlungseinrichtung eingewiesen wurden. Folgende Fälle sind etwa denkbar:

- Urteilsunfähige ohne gesetzliche Vertretung (so dass keine fürsorgepflichtige Vertretung zustimmen könnte);
- Urteilsunfähige mit gesetzlicher Vertretung in Fällen, in denen die Vertretung nicht zustimmen kann, weil ein vertretungsfeindliches, absolut höchstpersönliches Recht in Rede steht;
- Personen, die im Rahmen der FFE in eine Behandlungseinrichtung eingewiesen wurden, unbesehen davon, ob sie urteilsfähig oder urteilsunfähig sind.

Gemäss ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts sind Einschränkungen in die persönliche Freiheit zulässig, soweit sie auf einer hinreichenden gesetzlichen Grundlage beruhen, im öffentlichen Interesse liegen und verhältnismässig sind (statt vieler vgl. BGE 124 I 308). Absatz 3 legt die materiellen Eingriffsvoraussetzungen - öffentliches Interesse und Verhältnismässigkeitsgebot - fest. Ein öffentliches Interesse an der Zwangsmassnahme besteht vereinfacht ausgedrückt dort, wo die betroffene Person wegen erheblicher Selbst- oder Fremdgefährdung nicht sich selbst überlassen werden kann oder wo das Zusammenleben akut und schwerwiegend gestört ist.

Nach dem Verhältnismässigkeitsprinzip ist jene Massnahme zu wählen, die den Zweck mit den geringsten Einschränkungen erreicht. Es ist die mildeste pflegerische oder medizinische Massnahme anzuwenden (z. B. Verabreichung von Psychopharmaka ambulant statt stationär; medikamentöse Behandlung statt eines psychochirurgischen Eingriffes). Eine Massnahme darf immer nur so lange durchgeführt bzw. angewendet werden, als die erhebliche Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit der Patientin bzw. des Patienten oder Dritter oder eine schwerwiegende Störung des Zusammenlebens tatsächlich auch vorhanden ist bzw. andauert.

§ 40 Aufzeichnungen und Mitteilungen

Damit der Schutz der Patientin bzw. des Patienten umfassend gewährleistet ist, stellt das Gesetz formale Regeln auf. Die Zwangsmassnahme muss auch in der Patientendokumentation bzw. der Krankengeschichte Eingang finden (vgl. § 36 Abs. 1).

Die Patientinnen und Patienten sind auf das Recht, eine Vertrauensperson zu bezeichnen, aufmerksam zu machen. Psychisch kranke, demente, hirnverletzte oder aus andern Gründen dauernd oder vorübergehend urteilsunfähige Menschen sind oftmals nicht in der Lage, eine Rechtsmittelbelehrung zu verstehen oder gar von sich aus ein Rechtsmittel zu ergreifen. Das Dokument über die Anordnung einer Zwangsmassnahme ist deshalb zusätzlich auch einer Vertrauensperson wie angehörige oder sonst nahe stehende Person zuzustellen, die von der Patientin oder dem Patienten bezeichnet worden ist bzw. bezeichnet werden kann.

Eine Ausfertigung des Dokuments ist auch unverzüglich der Kantonsärztin bzw. dem Kantonsarzt auszuhändigen bzw. zuzustellen. Der Mitteilungspflicht an die Kantonsärztin und den Kantonsarzt kommt auch eine Präventivfunktion zu. Dieses Verfahren hat sich in der Praxis sehr bewährt und soll unverändert weitergeführt werden.

§ 41 Vorprüfung der Anordnung

Die Kantonsärztin oder der Kantonsarzt hat aufgrund der Angaben im Anordnungsdokument unter anderem zu prüfen, ob die Massnahme zulässig und ihre Notwendigkeit aus medizinischer Sicht glaubhaft gemacht ist. Zu überprüfen ist auch, ob die Gründe für die Massnahme, die Rechtsmittelbelehrung und die weiteren Hinweise formell richtig aufgeführt sind. Erweist sich die Anordnung aufgrund dieser summarischen Vorprüfung als fragwürdig, so hat die Kantonsärztin oder der Kantonsarzt sie einer näheren Prüfung zu unterziehen (vgl. § 42).

Das amtliche Prüfverfahren erfolgt zum Schutz der Patientinnen und Patienten und ist einfach und administrativ vertretbar. In den fünf Jahren des Bestehens der Regelung haben sich Befürchtungen betreffend allzu hoher Kostenfolgen dieses automatisierten Prüfverfahrens nicht bestätigt. Pro Arbeitstag gehen durchschnittlich ein bis zwei Meldungen ein. Das Verfahren trägt auch dazu bei, die Institutionen und Gerichte vor unnötigen Prozessen zu bewahren.

§ 42 Nähere Überprüfung der Anordnung

Die Kantonsärztin oder der Kantonsarzt muss die Zwangsmassnahme näher überprüfen, wenn Zweifel an der Notwendigkeit oder Angemessenheit der Massnahme bestehen. Die Kantonsärztin oder der Kantonsarzt trifft dabei keinen förmlichen Entscheid im Sinne von § 4 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes (VRG; BGS 162.1). Vielmehr gibt sie oder er als medizinische Fachperson eine Erklärung darüber ab, ob aus medizinischer Sicht die Gründe zur Anordnung der Massnahme ausreichend und die Art und Weise ihrer Durchführung, ihr Verlauf und gegebenenfalls ihre voraussichtliche Dauer angemessen sind bzw. waren. Der Kantonsärztin oder dem Kantonsarzt kommt demnach lediglich eine aufsichtsrechtliche, nicht aber eine richterliche Funktion zu. Die eigentliche Frage der Rechtmässigkeit bzw. Widerrechtlichkeit der angeordneten Zwangsmassnahme ist damit nicht verbindlich entschieden. Der Kantonsärztin oder dem Kantonsarzt steht gegenüber der anordnenden Arztperson kein Weisungsrecht zu. Sie oder er kann jedoch gegen die Anordnung der Zwangsmassnahme beim Verwaltungsgericht Beschwerde einreichen (§ 66).

3. Abschnitt: Organentnahme und Obduktion

§ 43 Entnahme von Organen, Geweben oder Zellen

Mit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen vom 8. Oktober 2004 (Transplantationsgesetz; BBl 2004 5453) auf den 1. Juli 2007 hat die Schweiz für diesen Bereich eine moderne, einheitliche und umfassende Gesetzgebung bekommen. Das Transplantationsgesetz regelt (zusammen mit den erforderlichen Verordnungen des Bundes) das Handelsverbot und die Unentgeltlichkeit der Spende, legt das Todeskriterium fest, bestimmt die Anforderungen an die Zustimmung zur Entnahme von Organen, Geweben und Zellen bei verstorbenen Personen, die Kriterien und das Verfahren der Organzuteilung, die Voraussetzungen der Lebendspende, die Xenotransplantation und die Transplantation embryonaler und fötaler menschlicher Gewebe oder Zellen. Die wenigen im Zusammenhang mit dem Transplantationsgesetz zu treffenden Bestimmungen sollen durch den Regierungsrat in der Verordnung geregelt werden.

§ 44 Obduktion

Aus ethischen Gründen bedarf es zur Vornahme einer Obduktion der vorgängigen Zustimmung der oder des Verstorbenen oder - was wohl häufiger der Fall ist - der Personen gemäss § 38. Aus wichtigen Gründen kann die Obduktion gegen den Willen der oder des Verstorbenen oder der Bezugspersonen vorgenommen werden. Beispielsweise kann die Kantonsärztin oder der Kantonsarzt im Interesse der öffentlichen Gesundheit eine Obduktion verfügen, wenn die Gefahr einer Epidemie droht. Hingegen sieht der Gesetzesentwurf keine Möglichkeit vor, eine Ärztin oder einen Arzt zur Obduktion zu zwingen, wenn die Angehörigen eine solche wünschen, die Massnahme jedoch von der Arztperson abgelehnt wird.

6. Kapitel: GESUNDHEITSFÖRDERUNG, PRÄVENTION UND WEITERE AUFGABEN

1. Abschnitt: Gesundheitsförderung und Prävention

§ 45 Zweck und Grundsätze

Der Zweckartikel des Abschnittes Gesundheitsförderung und Prävention wurde inhaltlich unverändert aus dem geltenden Recht übernommen (§ 29 GesG 1970). Absatz 1 wurde redaktionell angepasst. Von Minderjährigen wird eine altersgemässe Eigenverantwortung erwartet. Die Gesundheitsdirektion unterstützt und koordiniert Massnahmen und Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention (Abs. 2). Solche Massnahmen und Projekte betreffen insbesondere die Unterstützung und Beratung der unmittelbar betroffenen Personen und Personengruppen, die Früherkennung, Verhütung und frühzeitige Behandlung von Gesundheitsproblemen sowie die Information der Bevölkerung im Hinblick auf die Gesundheit und die beeinflussenden Faktoren, mit dem Ziel, das Verantwortungsbewusstsein der Einzelpersonen und der Allgemeinheit zu fördern.

§ 46 Suchtprävention und Suchtberatung

Der Kanton soll wie bisher die Suchtprävention und Suchtberatung sicherstellen. Tabakrauchen und Alkoholmissbrauch sind die beiden wichtigsten Ursachen für einen vermeidbaren, vorzeitigen Tod. Jährlich sterben in der Schweiz rund 8300 Personen

an den Folgen des Rauchens und 2300 aufgrund ihres Alkoholmissbrauchs. Zusammen sind dies rund 18 % aller Todesfälle. Der schweizerischen Volkswirtschaft entstehen dadurch Kosten in Milliardenhöhe (Tabak: 10 Milliarden Franken, Alkohol: 6,5 Milliarden Franken)¹⁾.

Tabak:

Rund die Hälfte der Bevölkerung (40 % der Männer und 58 % der Frauen) hat nie geraucht, rund 30 % rauchen aktuell und etwa 20 % rauchen nicht mehr. Zwischen 1970 und 1995 hat der Anteil der Rauchenden in der Bevölkerung abgenommen, ohne dass sich die Zahl der gerauchten Zigaretten wesentlich verändert hat. Die neuere Entwicklung (Vergleich 2002 mit 1997 und 1992) zeigt keinen Rückgang des Anteils der Raucherinnen bzw. der Raucher an der Gesamtbevölkerung¹⁾.

Alkohol:

	Schweiz	abgeleitet	Kanton Zug
Keinen oder praktisch keinen Alkohol trinken	1 750 000	24 500	Männer und Frauen
Risikoarm trinken	3 645 000	51 000	Männer und Frauen
Chronisch zu viel alkoholische Getränke trinken	87 000	1 200	Männer und Frauen
Episodisch zu viel Alkoholisches trinken	895 000	12 500	Männer und Frauen
Sowohl chronisch als auch episodisch zu viel Alkohol trinken (Risikokumulierer)	164 000	2 300	Männer und Frauen

Rund 25 % der Alkohol konsumierenden Bevölkerung²⁾ (hochgerechnet rund 16'000 Zugerinnen und Zuger) tun dies zumindest zeitweise risikoreich. Suchtprävention und die Behandlung von Suchtkranken bleiben deshalb auch in Zukunft wichtige Aufgaben des Kantons.

Das bisherige Gesundheitsgesetz verpflichtet den Kanton, eine Abteilung für Suchtfragen und Prävention zu führen. Neu soll nicht mehr die Verwaltungsstruktur, sondern die Verantwortlichkeit des Kantons im Gesetz festgehalten werden. Der Kanton stellt weiterhin die Suchtprävention und Suchtberatung sicher. Deren Zielsetzungen werden im Gesetz genannt. Mit der getroffenen Formulierung wird die Möglichkeit eröffnet, diese Aufgaben ganz oder teilweise an private Institutionen zu übertragen. Es besteht jedoch zum heutigen Zeitpunkt nicht die Absicht, diese Dienstleistungen auszulagern.

¹⁾ Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) 2004. Zahlen und Fakten.

²⁾ Gmel G. und Müller R. (2003). Risikoreicher Alkoholkonsum in der Schweiz im Wandel - Die Alkoholkampagne "Alles im Griff". Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.

§ 47 Schwangerschafts- und Elternberatung

Nach Art. 1 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Schwangerschaftsberatungsstellen vom 9. Oktober 1981 (SR 857.5) sind die Kantone verpflichtet, Stellen für eine umfassende Schwangerschaftsberatung zu errichten. Sie können solche Stellen gemeinsam errichten, bestehende anerkennen sowie für die Einrichtung und den Betrieb private Organisationen heranziehen. Im Kanton Zug betreibt die Frauenzentrale eine Sexual- und Schwangerschaftsberatung, der Verein punkto Jugend und Kind eine Mütter- und Väterberatung. Im bisherigen § 30 GesG 1970 wird die Mütter- und Väterberatung geregelt. Neu soll der Bereich der Schwangerschafts- und Elternberatung klarer definiert werden, und mit den Zielsetzungen sollen auch die Grenzen der öffentlichen Verantwortung festgehalten werden. Die entsprechenden Stellen sollen Eltern nicht bloss bei der Säuglings- und Kleinkinderpflege beraten. In der Gesundheitsförderung und Prävention spielen die ersten Lebensjahre eine besondere Rolle. Bis zum Schuleintritt werden Grundlagen für die körperliche und die psychische Entwicklung gelegt. Gleichzeitig erhalten Eltern gerade in dieser Lebensphase nur unterdurchschnittlich Unterstützung. Deshalb will der Kanton ein Zeichen setzen und diesen wichtigen Beratungsbereich über das Kleinkindalter hinaus bis zum Beginn der Schulpflicht fördern. Der Kanton kann die Aufgabe privaten Institutionen übertragen. Das Schliessen der Beratungslücke (Kleinkind bis Schuleintritt) verursacht zusätzliche Kosten von rund Fr. 60'000.-- jährlich. Fehlentwicklungen und Krankheiten lassen sich früher erkennen, Förderungsmassnahmen rechtzeitig einleiten. Der Regierungsrat kann deshalb mittels Leistungsvereinbarung Dritte wie Hebammen oder andere entsprechend spezialisierte Fachpersonen im Gesundheitswesen mit solchen Beratungen beauftragen. Ab Eintritt in den Kindergarten stehen Früherkennungs- und Beratungsangebote auf Schulebene zur Verfügung.

§ 48 Nichtraucherchutz

Dass Passivrauchen schädlich ist, zeigen eine grosse Anzahl unabhängiger Untersuchungen. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) schätzt, dass mehrere hundert Personen jährlich an den Folgen des Passivrauchens sterben. Die Kosten des Passivrauchens sind hoch.¹⁾

Der Kanton Zug hat vor zwei Jahren die Initiative ergriffen und mit Gastro Zug, Lungenliga Zug, Krebsliga Zug und der Stadt Zug das Projekt «rauchfrei (geni-)essen» lanciert. Heute haben 75 Restaurants ein rauchfreies Angebot. Gemäss einer Unter-

¹⁾ Bundesamt für Gesundheit Basisinformation zum Passivrauchen (BAG 2006).

suchung der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz verfügt der Kanton Zug nach dem Kanton Tessin, wo das Rauchen in Gaststätten gesetzlich verboten ist, über den grössten Anteil rauchfreier Gastronomieangebote in der Schweiz.

Der Regierungsrat musste zur Kenntnis nehmen, dass es immer schwieriger wird, weitere Gastronomiebetriebe für die Teilnahme am Projekt «rauchfrei (geni-)essen» zu gewinnen. Häufig äussern die Gastwirtinnen und Gastwirte den Wunsch nach einer gesetzlichen Regelung im Bereich des Nichtrauchererschutzes.

In letzter Zeit konnte ein deutlicher Stimmungswandel in der Bevölkerung bezüglich des Nichtrauchererschutzes festgestellt werden. Der Kanton Tessin war der erste Kanton, der mit dem Rauchverbot in der Gastronomie den Schutz vor dem Passivrauchen gesetzlich regelte (Abstimmung vom 13. März 2006). Auf Bundesebene setzte die parlamentarische Initiative von Nationalrat Felix Gutzwiller vom 20. Oktober 2004 zum Passivrauchen am Arbeitsplatz die Diskussion in Gang. Der Bundesrat gab Ende August 2007 seine Zustimmung zum Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) vom 1. Juni 2007 und unterstützte den Entwurf eines Bundesgesetzes zum Schutz vor Passivrauchen. Das Gesetz bezweckt die bundesweite Regelung des Schutzes vor Passivrauchen in geschlossenen Räumen, die öffentlich zugänglich sind oder als Arbeitsplätze dienen. Der Nichtraucherschutz wurde in weiteren Kantonen gesetzlich geregelt und in Abstimmungen gutgeheissen, zuletzt im Kanton Solothurn, wo 56 % der Bevölkerung der schärferen von zwei Varianten zustimmten. Demnach gilt im Kanton Solothurn ab 2009 ein Rauchverbot in allen geschlossenen Räumen, die der Öffentlichkeit zugänglich sind. Eine gesetzliche Regelung zum Nichtrauchererschutz kennen die Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Bern, Freiburg, Jura, Luzern, Nidwalden, Solothurn, Tessin, Waadt, Wallis und Zürich. In den folgenden Kantonen ist ein gesetzgeberischer Prozess im Gange: Aargau, Basel-Landschaft, Bern, Freiburg, Genf, Glarus, Graubünden, Luzern, Neuenburg, Obwalden, Schwyz, St. Gallen, Uri, Waadt, Wallis und Zürich.¹⁾

Nicht nur die Abstimmungsergebnisse in verschiedenen Kantonen belegen die Zustimmung der Bevölkerung zum Schutz vor dem Passivrauchen. Gemäss Umfragen befürworteten 80 % der Bevölkerung (65 % der Rauchenden) ein generelles Rauch-

¹⁾ Bundesamt für Gesundheit. Tabakprävention: Übersicht politische Aktivitäten in den Kantonen. Stand 8.8.2007.

verbot am Arbeitsplatz und 64 % der Bevölkerung (37 % der Rauchenden).¹⁾ ein generelles Rauchverbot in Gaststätten. Eine analoge Befragung von pro aere zeigt, dass rund 80 % der Befragten mit Massnahmen im Sinne der Initiative Gutzwiller oder mit weiterreichenden Regelungen vor den Folgen des Passivrauchens geschützt werden wollen. Dabei zeigte sich im Antwortverhalten kaum ein Unterschied zwischen Wählerinnen und Wähler der politischen Mitte, der "Linken" oder der "Bürgerlichen".²⁾

Der Regierungsrat hat zum Schutz vor dem Passivrauchen zwei unterschiedlich weit gehende Regelungen als Variantenvorlage in die Vernehmlassung gegeben, wobei er der weniger weit gehenden Variante b den Vorzug gab. Die Variante b entsprach der schwächeren Variante im Kanton Solothurn, die in der Volksabstimmung dem direkten Vergleich mit der schärferen Variante mit 44.4 % zu 55.6 % unterlag. Danach sollte das Rauchen in Gebäuden der öffentlichen Verwaltung, der Schulen und anderen Bildungsstätten, der Heime, der Spitäler, der Kliniken, der Pflegeheime und der Sportstätten verboten werden. Die Variante a will das Rauchen in allen öffentlich zugänglichen Räumen verbieten.

In der Vernehmlassung ereilte die Variante b dasselbe Schicksal wie im Kanton Solothurn. Konkret sprach sich eine deutliche Mehrheit von 73 % für die Variante a aus. Der Regierungsrat anerkennt diese Ergebnis. Laut der überarbeiteten Vorlage soll das Rauchen im Kanton Zug künftig in allen öffentlich zugänglichen Räumen verboten sein. Innerhalb der betroffenen Räumlichkeiten können abgetrennte und entsprechend gekennzeichnete Räume mit ausreichender Lüftung für volljährige Personen vorgesehen werden. Zum Schutz der Angestellten soll in diesen Räumen nicht bedient werden. Ausserhalb der vom Rauchverbot betroffenen Gebäude ist das Rauchen grundsätzlich erlaubt. Allfällige Einschränkungen in Schulordnungen oder Anordnungen der Betreiberinnen und Betreiber solcher Institutionen bleiben vorbehalten. Im Übrigen können die Betreiberinnen und Betreiber nicht öffentlich zugänglicher, d. h. privater Räume (geschlossene Clubs, nicht öffentliche Veranstaltungen, nur Mitgliedern zugängliche Vereinslokale usw.) weiterhin frei entscheiden, ob sie das Rauchen erlauben oder verbieten wollen.

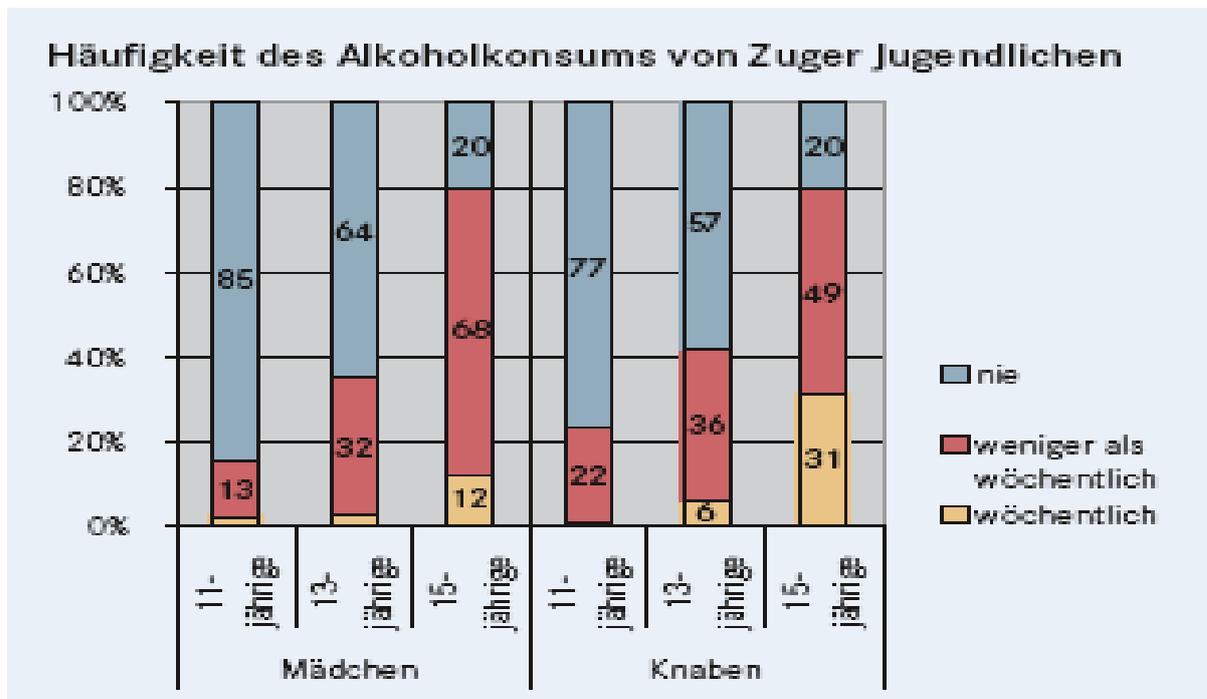
¹⁾ Krebs H., Keller, R. und Hornung R. (2006). Werbe- und Verkaufseinschränkungen für Tabakwaren, höhere Zigarettenpreise und Rauchverbote: Einstellung der Schweizer Bevölkerung 2003-2006.

²⁾ pro aere (Hrsg.) (2006). Schweizer wollen Schutz vor Passivrauch. Repräsentative Erhebung von Konso im Auftrag der schweizerischen Stiftung pro aere.

Der Bund wird aller Voraussicht nach das Bundesrecht dahingehend anpassen, dass das Rauchen am Arbeitsplatz verboten wird (Initiative Gutzwiller). Mit § 48 wird das Rauchen im Kanton Zug auch in Gaststätten verboten, die nicht dem Arbeitsgesetz unterstehen. Damit kommt die Regelung der gewünschten Gleichbehandlung aller Betriebe nach.

2. Abschnitt: Jugendschutz

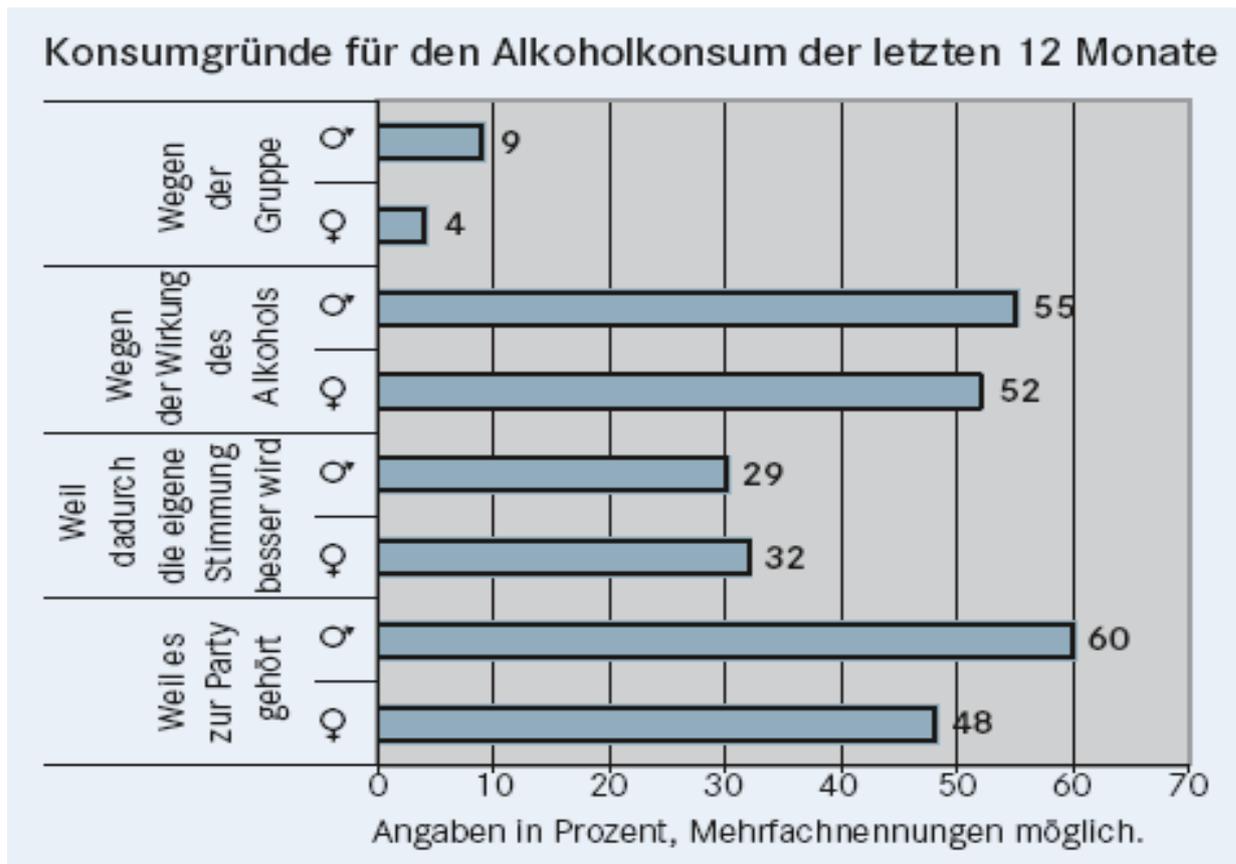
Dem Jugendschutz muss besondere Beachtung geschenkt werden. Das neue Gesundheitsgesetz trägt diesem Umstand mit einem eigenen Abschnitt Jugendschutz Rechnung. Die Bestimmungen sind in dieser oder ähnlicher Form in vielen Kantonen bereits Gesetz oder werden aktuell im gesetzgeberischen Prozess behandelt.



Quelle: Gesundheitsdirektion des Kantons Zug (2007). Gesundheitsverhalten der Zuger Jugend - Ergebnisse und Massnahmen Alkohol.

Nur 20 % der 15-Jährigen sagen, dass sie nie Alkohol konsumieren. 31 % der Knaben (Schweiz 25 %) und 12 % der Mädchen (Schweiz 17 %) in diesem Alter trinken wöchentlich Alkohol. Die Zuger Knaben trinken damit häufiger, die Zuger Mädchen jedoch weniger oft Alkohol als Gleichaltrige in anderen Kantonen.

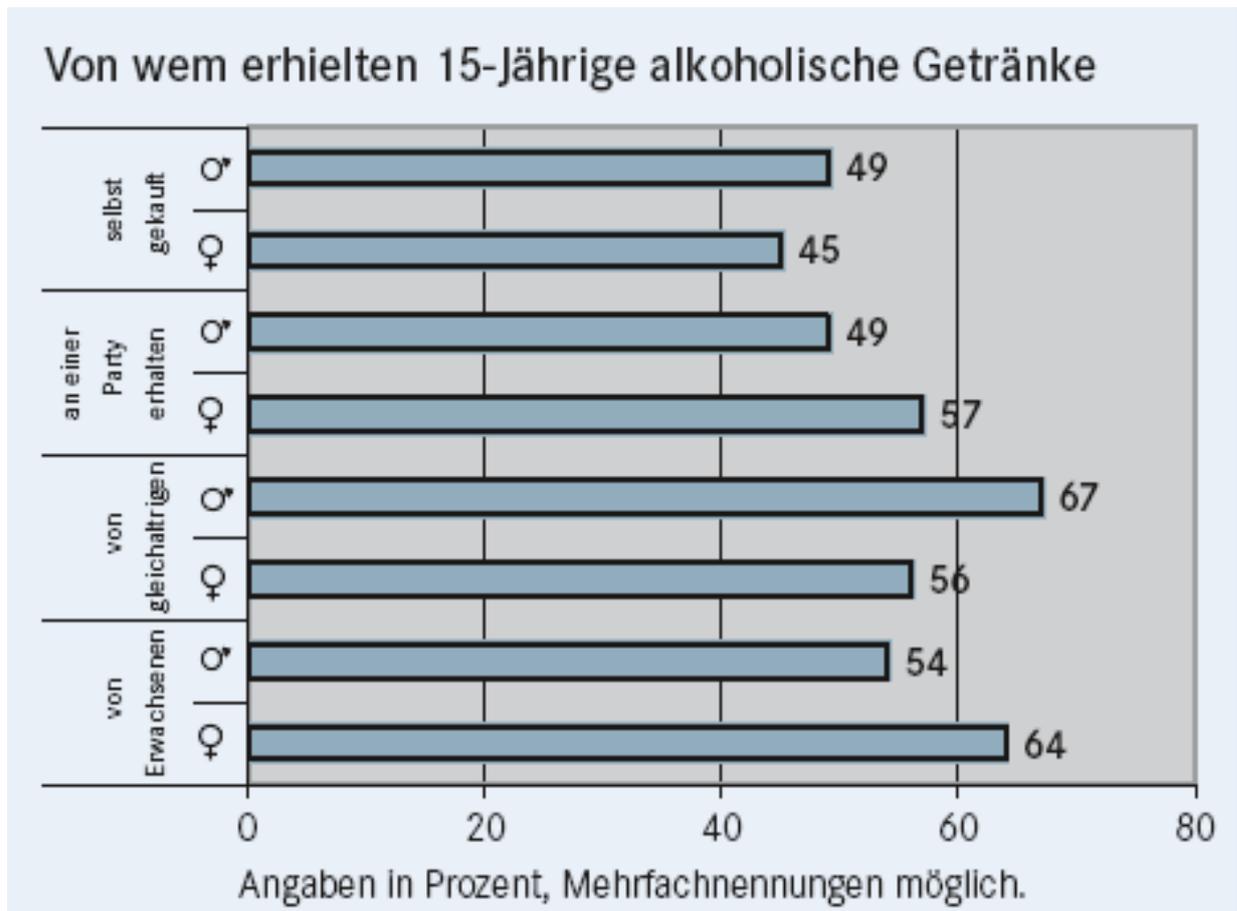
Über die Hälfte der 15-jährigen Knaben war bereits mindestens einmal betrunken, jeder Zehnte mehr als zehnmals. Auch bei den 15-jährigen Mädchen waren bereits 35 % mindestens einmal betrunken. Bei der Häufigkeit von Spitaleinweisungen wegen Alkoholkonsums figuriert der Kanton Zug bei den Jugendlichen in der Schweiz auf Platz zwei.¹⁾



Quelle: Gesundheitsdirektion des Kantons Zug (2007). Gesundheitsverhalten der Zuger Jugend - Ergebnisse und Massnahmen Alkohol.

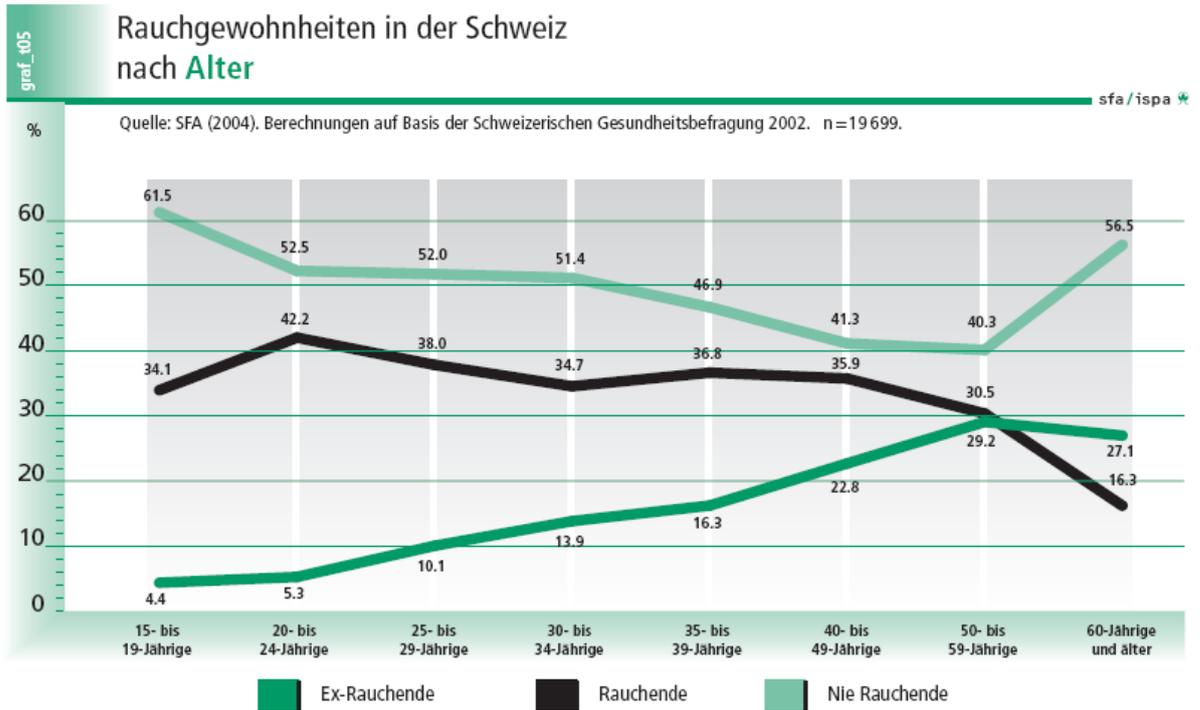
Gut die Hälfte der 15-Jährigen trinkt Alkohol, weil es an einer Party dazugehört oder weil sie dessen Wirkung sucht. Jede und jeder Dritte dieser Altersgruppe konsumiert Alkohol, weil so die eigene Stimmung besser wird. Bedenklich ist, dass die 15-jährigen Zuger Knaben (25 %) Alkoholisches häufiger als ihre Altersgenossen in der gesamten Schweiz (18 %) einsetzen, um die eigenen Probleme zu vergessen.

¹⁾ Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA (2006). Alkohol-Intoxikationen Jugendlicher und junger Erwachsener. Forschungsbericht.

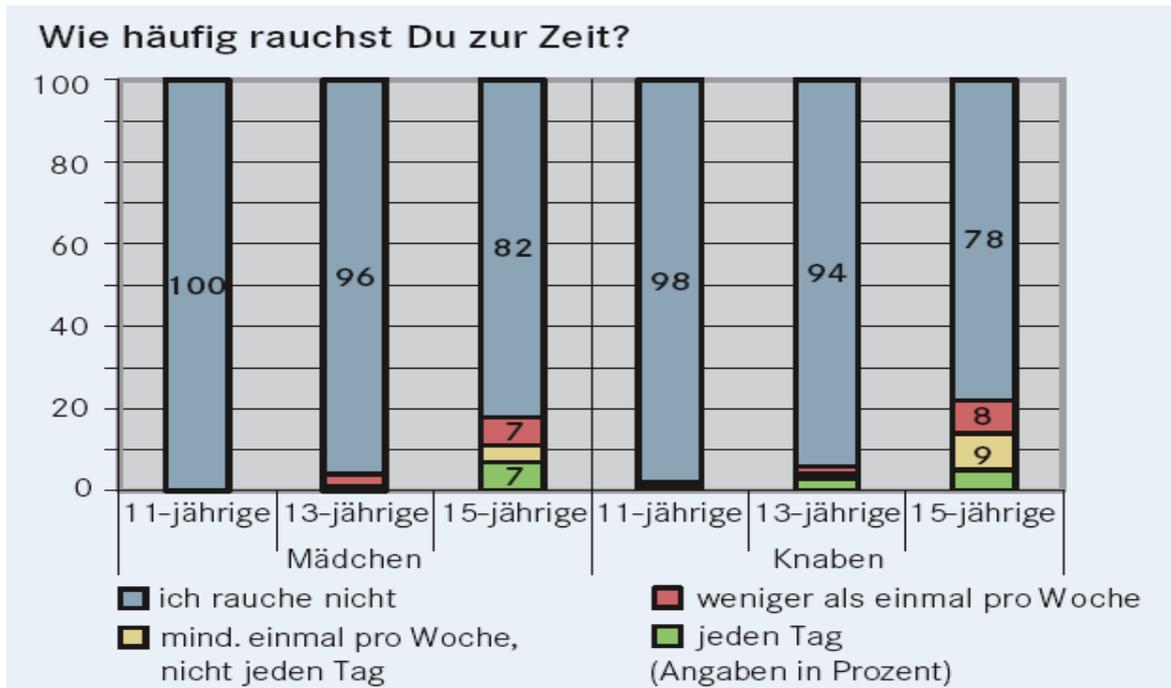


Quelle: Gesundheitsdirektion des Kantons Zug (2007). Gesundheitsverhalten der Zuger Jugend - Ergebnisse und Massnahmen Alkohol.

Über die Hälfte der Zuger Jugendlichen im Alter von 15 Jahren erhält alkoholische Getränke von Erwachsenen geschenkt. Etwas weniger als die Hälfte kauft sie sich aber auch selber. Der Anteil derjenigen, die sich die alkoholischen Getränke im Handel oder in der Gastronomie gekauft haben, ist deutlich höher (rund 47 %) als in der gesamten Schweiz (rund 30 %).



Den grössten Raucheranteil hat die Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen. Danach nimmt der Raucheranteil kontinuierlich ab: Je älter die Menschen werden, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie nicht (mehr) rauchen.



Quelle: Gesundheitsdirektion des Kantons Zug (2007). Gesundheitsverhalten der Zuger Jugend - Ergebnisse und Massnahmen Tabak und Cannabis.

Mit zunehmendem Lebensalter wird der Anteil der Jugendlichen, die regelmässig rauchen, grösser. Bei den 15-Jährigen rauchen bereits über 10 % gewohnheitsmässig. 80 % der Raucherinnen und Raucher dieser Alterskategorie können damit nicht mehr aufhören.

Rauchen und missbräuchlicher Alkoholkonsum bei Jugendlichen sind im Vergleich zu früheren Jahren etwas zurückgegangen, verbleiben aber immer noch auf ein hohes Niveau. Bedenklich ist dabei insbesondere, dass sich die Zuger Jugendlichen eher risikoreicher als der gesamtschweizerische Durchschnitt verhalten. Die Folgen des Alkoholmissbrauchs bei Jugendlichen sind bereits heute negativ spürbar: Abfallberge, nächtliche Ruhestörungen, Gewalt und sexueller Missbrauch unter Jugendlichen haben deutlich zugenommen.

Die langfristigen gesundheitlichen Folgen dieses gesundheitsschädigenden Verhaltens der Jugendlichen sind heute noch nicht abzusehen. Mittel- und langfristig werden jedoch die alkohol- und tabakbedingten Krankheitsfälle deutlich zunehmen (z. B. Lungenkrebs, Karzinome an den Verdauungsorganen, Bluthochdruck usw.).

Deshalb haben die Massnahmen der Tabakpräventionsstrategie und des Kantonalen Alkohol-Aktionsplanes vornehmlich zum Ziel, das Rauchen und den Alkoholmissbrauch bei Jugendlichen zu reduzieren.

Im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation in Genf hat eine internationale Forschergruppe die Wirksamkeit von Präventionsmassnahmen in Bezug auf die Reduzierung alkoholbedingter Probleme untersucht.¹⁾ Eine besonders hohe Wirksamkeit zeigen Verkaufsverbote, Begrenzung der Öffnungs- und Verkaufszeiten sowie Altersbeschränkungen. Marketingrestriktionen sind etwas weniger wirksam, haben aber wie die anderen hier aufgeführten Massnahmen ebenfalls eine besonders gute Kosteneffizienz.

Die Ergebnisse lassen sich auf die Tabakprävention übertragen. Prävention in Schulen und andere Massnahmen, die auf Information und Bildung basieren, haben eine deutlich schlechtere Wirksamkeit und sind vor allem deutlich weniger kosteneffektiv.

¹⁾ Babor et al. (2003). *Alcohol: No Ordinary Commodity - Research and Public Policy*. Oxford: Oxford University Press.

§ 49 Plakatwerbeverbot für Tabakwaren und alkoholische Getränke

Zur Wirksamkeit von Werbeverboten äussert sich das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seiner Basisinformation zur Tabakwerbung folgendermassen¹⁾:

- Der Zigarettenkonsum wird durch eine Reihe von Faktoren beeinflusst. Davon ist die Tabakwerbung einer. Der Zusammenhang zwischen Tabakwerbung und Konsumverhalten ist durch mehrere Untersuchungen belegt. Tabakwerbung beeinflusst dabei nicht nur die Markenwahl der Raucherinnen und Raucher, sondern erhöht auch die Gesamtnachfrage. Dies gilt für die direkte Werbung für das Produkt Zigarette, wie auch für die indirekte Werbung für Markenartikel und das Sponsoring.
- Sowohl Kinder und Jugendliche als auch Erwachsene verbinden die Allgegenwärtigkeit der Tabakwerbung mit der Überzeugung, dass Rauchen nicht gesundheitsschädigend sei. In Grossbritannien ist zum Beispiel jeder zweite Rauchende der Auffassung, dass das Rauchen nicht so gefährlich sei, weil die Regierung die Werbung für Zigaretten erlaubt. Die Tabakwerbung schadet dadurch der Präventionsarbeit.
- Durch Werbeeinschränkungen kann der Tabakkonsum in der Bevölkerung deutlich gesenkt werden. Zu diesem Schluss kam die im Auftrag der Weltbank durchgeführte Untersuchung: Innerhalb von zehn Jahren verringerte sich der Pro-Kopf-Verbrauch an Zigaretten in Ländern mit einem umfassenden Werbeverbot deutlicher als in Staaten, in denen es kein Werbeverbot für Tabakprodukte gab. Als Einzelmassnahme bewirkt ein umfassendes Tabakwerbeverbot eine Konsumreduktion pro Raucher von bis zu 7 %.
- Besonders bei Jugendlichen ist eine Werbeeinschränkung höchst wirksam. Die Tabakwerbung übt einen grossen Einfluss auf das Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen aus. Analysen von Philip Morris ergaben, dass die ausserordentliche Wachstumsrate von Marlboro in der Vergangenheit grösstenteils dem starken Eindringen in den Markt der 15- bis 19-jährigen Rauchenden zuzuschreiben ist.
- Kinder und Jugendliche sind für Zigarettenwerbung viel stärker empfänglich als Erwachsene. Sie können der Anziehungskraft und den Verlockungen von

¹⁾ Bundesamt für Gesundheit. Basisinformation zur Tabakwerbung, S. 5 (BAG 2005).

Werbekampagnen viel weniger widerstehen. Tabakwerbung unterläuft deshalb den positiven Erziehungseinfluss von Eltern, ihre Kinder vom Rauchen abzuhalten.

Diese Aussagen gelten auch für alkoholische Getränke, da die Verkaufsstrategien der grossen internationalen Alkoholkonzerne ähnlich sind wie diejenigen der Tabakindustrie.

Alkohol- und Tabakindustrie versuchten in den letzten Jahren mit speziellen Produkten und Werbekampagnen verstärkt Minderjährige anzusprechen. Es wurden Plüschtiere (Camel-Joe, Cardinal-Eule) in der Werbung als Sympathieträger eingesetzt und spezielle Produkte entwickelt (Alcopops, süssere und süffigere Biersorten).

Der Kanton Genf hat als erster Kanton die vom öffentlichen Grund aus einsehbare Plakatwerbung eingeschränkt. Verboten wurden die Tabakwerbung sowie die Werbung für Spirituosen und andere alkoholische Getränke mit mehr als 15 Volumenprozent Alkohol. In jüngster Zeit wurde die Werbung für Suchtmittel in mehreren Kantonen eingeschränkt (Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Bern, Genf, Graubünden, St. Gallen, Solothurn, Thurgau und Wallis), zuletzt durch eine Volksabstimmung im Kanton Solothurn, wo am 26. November 2006 über 75 % der Stimmenden ein Verbot der Tabakwerbung unterstützten. In weiteren Kantonen sind gesetzgeberische Aktivitäten in Richtung eines Werbeverbotes im Gange: Aargau, Appenzell-Innerrhoden, Neuenburg, Nidwalden, Tessin, Wallis und Zürich.

Bei einer Umfrage der Universität Zürich im Auftrag des BAG sprachen sich fast 70 % der Befragten dafür aus, die Tabakwerbung nur noch an den Verkaufsorten (z.B. am Kiosk) zu erlauben.¹⁾

Das Plakatwerbeverbot für Tabakwaren hat heute breite Akzeptanz. Bei den alkoholischen Getränken sind zusätzliche Aspekte zu beachten:

- Jugendliche konsumieren vor allem Bier und alkoholische Süssgetränke (so genannte Alcopops). Um dem Alkoholmissbrauch entgegenzuwirken, muss aus Jugendschutzgründen vor allem die Bierwerbung eingeschränkt werden. Eine derart weitreichende Massnahme wurde bisher in der Schweiz in keinem Kanton beschlossen. In der Vernehmlassung hat sich jedoch eine klare Mehr-

¹⁾ Krebs H., Keller, R. und Hornung R. (2006). Werbe- und Verkaufseinschränkungen für Tabakwaren, höhere Zigarettenpreise und Rauchverbote: Einstellung der Schweizer Bevölkerung 2003-2006.

heit (29 von 40; nur 6 waren dagegen) für ein Werbeverbot für alle alkoholische Getränke ausgesprochen.

- Gerade die kommunikative Wirkung eines Werbeverbotes ist aus Sicht des Jugendschutzes von Bedeutung: Die Werbung für ein Produkt wird deshalb verboten, weil es für die Konsumierenden gesundheitsgefährdend sein kann. Wenn die Werbung für Spirituosen und andere alkoholische Getränke mit mehr als 15 Volumprozenten Alkohol verboten wird (Genfer Modell), dann wird gleichzeitig kommuniziert, dass Bier und Wein nicht bedenklich sind. Dies stimmt zumindest aus Sicht des Jugendschutzes für Bier nicht.
- Die Wirksamkeit von Werbeverboten für alkoholische Getränke wurde in verschiedenen Studien internationaler Experten belegt (z.B. Babor et al. (2003), *Alcohol: No Ordinary Commodity - Research and Public Policy.*; Rehm (2004), Werbung und Alkoholkonsum - Wissenschaftliche Grundlagen und Konsequenzen für politische Massnahmen). Im European Alcohol Action Plan der WHO Europa ist die Reglementierung der Werbung für alkoholische Getränke ein wichtiges Ziel.

Im Interesse des Jugendschutzes soll die von öffentlichem Grund einsehbare Plakatwerbung für Tabakwaren und alkoholische Getränke verboten werden. Das vorliegende Gesetz beschränkt sich bewusst auf Werbung mit Plakaten. Davon nicht betroffen sind Verkaufsangebote in Schaufenstern oder an Verkaufsständen usw. Eine weitergehende Formulierung müsste gleichzeitig eine umfangreiche Aufzählung von Ausnahmen beinhalten (Firmenschilder usw.) und wäre wenig praktikabel. Das Bundesgericht hat ein vergleichbares Plakatwerbeverbot des Kantons Genf im Jahre 2002 als verfassungskonform geschützt (BGE 128 I 295). Darin wurde bestätigt, dass durch die Genfer Gesetzgebung, welche mit der hier vorgeschlagenen vergleichbar ist, die Wirtschaftsfreiheit (früher Handels- und Gewerbefreiheit genannt), die Eigentumsgarantie, die Pressefreiheit, die Meinungs- und Informationsfreiheit, das Rechtsgleichheitsgebot, das Willkürverbot und den Grundsatz des Vorranges des Bundesrechts nicht verletzt werden. Da der Bundesgesetzgeber diesen Bereich nicht abschliessend geregelt hat, darf der Kanton in diesem Bereich auch selber gesetzgeberisch tätig werden. Insbesondere darf der Kanton im Bereich Alkohol- und Tabakwerbung legiferieren, solange er sich im gesundheitspolizeilichen Feld bewegt und sich dabei nicht gegen die Ziele der Bundesregeln stellt. Letzteres ist hier nicht der Fall, da der Gesetzesentwurf eindeutig im Sinne der Bundesgesetzgebung ist.

§ 50 Verkaufsverbot für Tabakwaren und alkoholische Getränke

An der Sitzung vom 23. Februar 2006 hat der Kantonsrat den Bericht und Antrag des Regierungsrats (Nr. 1318.2 – 11939) zur Motion von Lilian Hurschler-Baumgartner betreffend Jugendschutz beim Verkauf von Tabakwaren vom 8. März 2005 (Nr. 1318.1 – 11678) mit 44:10 Stimmen erheblich erklärt und den Regierungsrat beauftragt, eine entsprechende Gesetzesvorlage auszuarbeiten. Dies geschieht nun im Rahmen der Revision des Gesundheitsgesetzes.

Motivation und Wirksamkeit des Verkaufsverbotes für Tabakwaren wie auch dessen gesetzgeberische Ausgestaltung wurden in der Vorlage Nr. 1318.2 - 11939 bereits ausführlich dargestellt, weshalb nachstehend einzig noch auf das Verkaufsverbot für alkoholische Getränke näher eingetreten wird.

Ziel 8 des Kantonalen Alkohol-Aktionsplanes (KAAP) sieht vor, für Verkaufsstellen geeignete Massnahmen zu treffen, um das Rauschtrinken von Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu reduzieren. Das zunehmende Rauschtrinken bei Jugendlichen stellt eine besondere Gefahr und eine Belastung für die Jugendlichen und für die Gesellschaft dar. Die Verfügbarkeit von alkoholischen Getränken durch eine hohe Alterslimite einzuschränken ist erwiesenermassen die wirksamste und dabei kostengünstige Massnahme, um dieser Entwicklung entgegenzuwirken.¹⁾ In vielen Ländern ist der Alkoholerwerb erst mit 18 Jahren gestattet, und auch die EU prüft eine derartige Regelung.

Die Altersgrenzen für den legalen Erwerb alkoholischer Getränke sind gesamtschweizerisch geregelt:

- Die Lebensmittel- und Gebrauchsgegenständeverordnung (LGV; SR 817.02) verbietet den Verkauf von so genannten vergorenen alkoholischen Getränke an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahre (LGV Art. 11.1).
- Das Bundesgesetz über die gebrannten Wasser (Alkoholgesetz; SR 680) verbietet den Verkauf von Spirituosen (gebrannte Wasser einschliesslich Alcopops) und anderen alkoholischen Getränken mit einem Alkoholgehalt von mehr als 15 Volumprozenten an unter 18-Jährige (Alkoholgesetz Art. 41i).

¹⁾ Babor et al. (2003). *Alcohol: No Ordinary Commodity - Research and Public Policy*. Oxford: Oxford University Press.

Die Kantone können jedoch weiterführende Bestimmungen erlassen. So kennt der Kanton Tessin schon seit Jahren ein Verkaufsverbot aller alkoholischen Getränke an unter 18-Jährige.

Die jetzigen Altersbestimmungen werden nur zum Teil eingehalten. Dies zeigt sich unter anderem darin, dass rund 20 % der 15- und 16-Jährigen mindestens einmal in der Woche ein Alcopop-Getränk konsumieren¹⁾ - ein Getränk, welches sie von Rechts wegen nicht kaufen dürften. In diesem Zusammenhang wird von den Verkaufsstellen häufig argumentiert, dass es schwierig sei, 15-Jährige von 17-Jährigen zu unterscheiden. Mit der Regelung gemäss § 50 wird es für das Verkaufspersonal sehr viel einfacher, da für alle alkoholischen Getränke die gleiche Altersgrenze gilt.

Ein weiteres Problem stellt die Weitergabe von alkoholischen Getränken von Älteren an Jüngere dar. Dieses Problem dürfte sich reduzieren, da 16-Jährige die Freizeit eher wenig mit über 18-Jährigen verbringen.

3. Abschnitt: Weitere Aufgaben

§ 51 Ambulante psychiatrische Dienste

Das geltende Gesundheitsgesetz verpflichtet den Kanton, einen ambulanten psychiatrischen Dienst für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche zu führen (§ 29^{ter} Abs. 1 GesG 1970). Diese Bestimmung ist neueren Datums und wurde mit der Änderung vom 26. Juni 2003 eingefügt. Die Ambulanten Psychiatrischen Dienste (AP-Dienste) in Baar haben sich bestens etabliert und positioniert. Sie sind aus dem Versorgungsangebot nicht mehr wegzudenken. In diesem Sinne nimmt § 51 die Pflicht des Kantons zur Führung eines eigenen ambulanten psychiatrischen Diensts auf. Die Führung dieser Dienste wird ausdrücklich dem Kanton auferlegt. Die Einbindung der AP-Dienste in die Verwaltungsstrukturen der Gesundheitsdirektion zeigt nur Vorteile. Dem Thema psychische Gesundheit wird dadurch gebührende politische Bedeutung beigemessen (vgl. aktuell das Konzept Psychische Gesundheit im Kanton Zug 2007 - 2012 vom 8. Januar 2007). Der frühere § 29^{ter} Abs. 2 sah vor, dass die Gesundheitsdirektion den ambulanten psychiatrischen Diensten Leistungsaufträge erteilt, die Organisation und den Betrieb regelt und jährlich ein Globalbudget festlegt. Auf diese

¹⁾ Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2004). Zahlen und Fakten.

Bestimmung kann ohne weiteres verzichtet werden. Die AP-Dienste werden seit Anbeginn als Pragma-Amt geführt.

§ 52 Rettungsdienst

Auch hier wird die Pflicht des Kantons festgehalten, selber einen Rettungsdienst zu führen. Damit wird die Bedeutung des Rettungsdienstes für das öffentliche Gesundheitswesens manifestiert. Diese neue rechtliche Regelung ist auch Ausdruck dafür, dass sich die bisherige Lösung bewährt hat.

Bei Anlässen liegt die Verantwortung für die Sicherheit der Besucherinnen und Besucher grundsätzlich bei der Veranstalterin bzw. beim Veranstalter. Sie bzw. er hat für die Erstellung eines adäquaten Sicherheitskonzeptes besorgt zu sein und die Bereitschaftskosten für den Sanitätsdienst vor Ort zu tragen. Neu soll der Regierungsrat Publikumsveranstaltungen mit erhöhtem Risiko einer Meldepflicht unterstellen können (Abs. 2). Dies ermöglicht es den Rettungsdiensten, die Schnittstellen (z. B. Zufahrtswege, Kommunikationsabläufe) mit den Organisationen vorgängig abzusprechen.

§ 53 Hebammenwesen

Das Wartegeld für Hebammen wurde mit der Änderung des Gesundheitsgesetzes vom 26. Januar 1989 eingeführt. Im Rahmen der Vorlage für ein neues Spitalgesetz beantragte der Regierungsrat dem Kantonsrat im Jahr 1998, § 33 GesG 1970, der das Wartegeld regelt, aufzuheben. Der Kantonsrat sprach sich entgegen dem Antrag für Beibehaltung aus. Er übergab diesen spitalexternen Dienst jedoch in Einklang mit der neuen Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden in die Verantwortung der Gemeinden und umschrieb die Anspruchsvoraussetzungen neu auf Gesetzesstufe. § 53 übernimmt inhaltlich die bisherige Regelung. Die Bestimmung wurde leicht umformuliert, da sie in der Vergangenheit Anlass zu Missverständnissen gegeben hatte. Anspruch auf ein Wartegeld hat eine frei praktizierende Hebamme in zwei Fällen: Sofern sie die Gebärende mit Wohnsitz im Kanton Zug während der Geburt betreut oder sofern sie die Wöchnerin mit Wohnsitz im Kanton Zug im Wochenbett pflegt (Abs. 1). Der Regierungsrat legt die Höhe des Wartegeldes fest (Abs. 2), damit eine einheitliche Regelung gewährleistet ist. Das Wartegeld beträgt aktuell für die Geburtshilfe und die Wochenbettbetreuung je Fr. 300.-- (RRB vom 5. Juni 2001). Aus gesundheitsökonomischer Sicht erscheint diese Form der Förderung der Hausgeburten sachgerecht. Die Gemeinde, in welcher die Schwangere oder Wöchnerin zur Zeit

der Geburt Wohnsitz hatte, richtet das Wartegeld aus (Abs. 3). Die Finanzierungsbestimmung entspricht damit der Aufgabenteilung gemäss Spitalgesetz.

7. Kapitel: KRANKHEITSBEKÄMPFUNG UND HYGIENE

1. Abschnitt: Übertragbare Krankheiten

§ 54 Allgemeine Hygiene

Wie bisher sollen die Gemeinden über die Erhaltung der Hygiene auf ihrem Gemeindegebiet wachen. Es ist für den Kanton nicht möglich, auf dem Gemeindegebiet alle Aufgaben gemäss eidgenössischem Epidemiengesetz selber zu vollziehen. Einerseits fehlen die personellen Ressourcen, andererseits sind die Kenntnisse vor Ort nicht vorhanden. Die Gemeinden haben den Kanton folglich bei der Kontrolle und der Umsetzung gemäss Epidemiengesetz zu unterstützen. Die Kosten des Vollzugs haben die Verursacherinnen und Verursachern zu tragen.

§ 55 Massnahmen gegen übertragbare Krankheiten; a) Zuständigkeit

Nach Art. 38 Abs. 2 des Epidemiengesetzes (SR 818.101) haben die Kantone für ihr Gebiet die notwendigen Ausführungsbestimmungen zu erlassen. Laut geltendem § 38 GesG 1970 erlässt der Regierungsrat Vorschriften zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, soweit dies nicht durch Bundesrecht geregelt ist. Gestützt auf diese Bestimmung hat der Regierungsrat die Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen vom 8. Juli 1980 (BGS 825.31) erlassen. Die Regelungskompetenz für den Regierungsrat wird unverändert übernommen. Zuständig für die Leitung der Massnahmen ist die Kantonsärztin bzw. der Kantonsarzt (Abs. 2). Bei Massnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten muss rasch gehandelt werden. Es ist deshalb notwendig, dass die Kantonsärztin bzw. der Kantonsarzt diese vollzieht, wobei sie bzw. er sich selbstverständlich mit den zuständigen Fachleuten (Kantonstierärztin bzw. Kantonstierarzt, Kantonschemikerin bzw. Kantonschemiker) abspricht und insbesondere die Gesundheitsdirektion informiert. Gemäss Abs. 4 besteht die Möglichkeit, dass der Regierungsrat Institutionen unterstützt, die sich der Bekämpfung und Verhütung von Krankheiten widmen. Diese Unterstützungsmöglichkeit ist bewusst nicht auf

übertragbare Krankheiten eingeschränkt. Wie heute schon muss der Kanton auch Massnahmen gegen andere Krankheiten unterstützen können (§ 40 GesG 1970). So stützt sich etwa die Leistungsvereinbarung, die der Kanton mit der Lungenliga abgeschlossen hat, auf diesen Paragraphen.

§ 56 b) Massnahmen

Zum Schutz der Bevölkerung und zur Vermeidung bzw. Bekämpfung von Epidemien müssen der Regierungsrat sowie die Kantonsärztin bzw. der Kantonsarzt eine Palette von Massnahmen zur Verfügung haben. Übergeordnet gelten freilich stets die vom Bund angeordneten Massnahmen. § 56 folgt dem Grundsatz, dass besonders einschneidende Massnahmen vom Regierungsrat beschlossen werden müssen. Massgebendes Abgrenzungskriterium im Epidemiebereich bildet dabei weniger die Betroffenheit des Einzelnen als die Auswirkung auf die Allgemeinheit. Die umfangreichen Möglichkeiten auf Stufe Kantonsärztin bzw. Kantonsarzt sind dadurch gerechtfertigt, dass der Ausbreitung nur durch rasches Einschreiten wirksam begegnet werden kann. Bei zentralen Fragen wird der kantonale Führungsstab in Aktion treten.

Absatz 3 hebt hervor, dass die Massnahmen verhältnismässig sein müssen. Sie müssen in dem Sinne angemessen und erforderlich sein, als sich die Ausbreitung einer übertragbaren Krankheit nicht auf andere Weise wirksam bekämpfen lässt.

§ 57 c) Übernahme der Kosten

Die Massnahmen werden in der Regel nicht freiwillig vollzogen. Die Kontaktpersonen müssen deshalb durch den Kanton ganz oder teilweise entschädigt werden. Konkret soll der Kanton angeordnete Untersuchungen bezahlen, die von den anerkannten Laboratorien durchgeführt werden und der Abklärung von übertragbaren Krankheiten dienen. Dabei gilt der Vorbehalt, dass die Kosten nur übernommen werden, sofern sie nicht anderweitig gedeckt sind, was dank unserem gut ausgebauten Sozialversicherungssystem selten der Fall ist.

§ 58 Impfungen

Gemäss Abs. 1 kann der Regierungsrat öffentliche Impfungen anordnen. Diese sind grundsätzlich freiwillig. Aus epidemiologischen Gründen können sie allerdings obligatorisch erklärt werden, wobei aus wichtigen Gründen auch Massnahmen gemäss § 56 Abs. 2 ergriffen werden können. Im Rahmen eines Impfbliatoriums werden

Impfungen dann angeordnet, wenn die Massnahmen im Sinne von § 56 nicht genügen.

In jedem Fall bleiben die Vorschriften und Massnahmen des eidgenössischen Epidemien- und Tuberkuloserechts vorbehalten. Die meisten Kantone kennen dieses Präventionsinstrument zur Verhinderung bzw. Bekämpfung von Epidemien.

2. Abschnitt: Bäder und Badewasser

§ 59 Bewilligungspflicht

§ 34^{bis} GesG 1970 sieht vor, dass Neu- und Umbauten sowie der Betrieb von öffentlichen See- und Flussbädern und von öffentlichen Bädern mit künstlichen Schwimmbecken einer Bewilligung der Gesundheitsdirektion bedürfen. Der Regierungsrat hat gestützt auf diese Bestimmung die Verordnung II zum Gesundheitsgesetz (Anforderungen an die Qualität des Badewassers und an die Bäder) vom 7. Dezember 1981 (BGS 821.12) erlassen. Ähnliche Bestimmungen kennen die Kantone Luzern, Bern, Aargau und Solothurn. Die Regelung erfolgt zur Verhinderung von Gesundheitsgefährdungen. Die Bewilligungspflicht beschränkt sich auf die öffentlichen Bäder. Der Regierungsrat regelt das Nähere.

3. Abschnitt: Bestattungen

§ 60 Zuständigkeit

Bestattungen sind Aufgabe der Einwohnergemeinden. Das Bestattungs- und Friedhofwesen hat gewisse Grundsätze sowie gemeindeübergreifende Aspekte, die in den Friedhofreglementen nicht immer lückenlos geregelt werden (z. B. Leichenschau, Leichentransporte, Leichenpässe, Exhumierung etc.). Bei der Genehmigung der gemeindlichen Friedhofreglemente beschränkt sich die Gesundheitsdirektion auf die Rechtskontrolle. Entsprechend kann sie keine Korrekturen anbringen. Der Regierungsrat hat unter Beachtung der Regelungskompetenzen der Gemeinden gewisse Grundsätze durch Verordnung festzulegen und Regelungslücken zu füllen.

Absatz 2 entspricht in etwa den gemeindlichen Regelungen. Verstorbene werden auf einem Friedhof ihrer Wohngemeinde bestattet. Auf Wunsch einer verstorbenen Person oder ihrer nächsten Angehörigen kann die Bestattung auch in einer anderen Gemeinde erfolgen, sofern diese zustimmt. Hatte der oder die Verstorbene keinen festen Wohnsitz oder kommt niemand für die Kosten des Rücktransportes in die

Wohnsitzgemeinde auf, so wird sie oder er in jener Gemeinde bestattet, in welcher der Tod eingetreten ist oder der Leichnam gefunden wurde.

8. Kapitel: HEILMITTEL

§ 61 Ausführungsrecht

Am 1. Januar 2002 ist das Heilmittelgesetz (HMG) in Kraft getreten. Damit hat der Bund seine umfassende Gesetzgebungskompetenz im Bereich der Arzneimittel und Medizinprodukte bzw. Heilmittel wahrgenommen. Die den Kantonen verbleibenden Befugnisse beschränken sich auf Kontroll- und Vollzugsaufgaben sowie auf die Regelung des Detailhandels. Dem Regierungsrat obliegt es, die Vorschriften zum Vollzug des HMG zu erlassen. Verschiedene Bestimmungen der kantonalen Verordnung über die Herstellung, den Handel und die Abgabe von Heilmitteln vom 25. November 1980 (Heilmittelverordnung; BGS 823.2) sind aufgrund des Bundesrechts obsolet geworden. Umgekehrt muss der Regierungsrat durch Verordnung neu festlegen, welche Berufskategorien neben Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten sowie Tierärztinnen und Tierärzten verschreibungspflichtige Arzneimittel anwenden dürfen. Gemäss Art. 27a Arzneimittelverordnung (VAM, SR 812.212.21) kommen diplomierte Hebammen, Dentalhygienikerinnen und Dentalhygieniker, Chiropraktorerinnen und Chiropraktoren, Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter sowie Personen in Frage, die gemäss HMG verschreibungspflichtige Arzneimittel abgeben dürfen.

Weiter hat der Regierungsrat für komplementär- und alternativmedizinisch tätige Personen sowie für Personen anderer Berufe der Gesundheitspflege die Voraussetzungen zur Abgabe bestimmter Arzneimittel wie komplementärmedizinische Arzneimittel zu bestimmen. Das HMG sieht diese Möglichkeit in Art. 25 Abs. 5 vor. Damit kann insbesondere Berufsangehörigen aus dem komplementärmedizinischen Bereich, die unter einem eidgenössisch anerkannten Diplom der Komplementär- und Alternativmedizin tätig sind, eine angemessene Abgabekompetenz erteilt werden.

Absatz 3 ermächtigt die Gesundheitsdirektion, regionale oder andere kantonale Inspektorate beizuziehen oder diese mit der Durchführung der Inspektionen zu beauftragen. Im Kanton Zug haben viele Grosshandelsfirmen ihre Schweizer Niederlas-

sung, weshalb der Inspektionstätigkeit der Zuger Heilmittelkontrolle im Bereich Grosshandel besondere Bedeutung zukommt. Die Anforderungen an die kantonalen Inspektorate, denen Swissmedic Inspektionen von Herstellungs- und Grosshandelsbetrieben delegiert, werden von der Arzneimittel-Bewilligungsverordnung (AMBV; SR 812.212.1) geregelt. Eine kantonale Heilmittelkontrolle ohne Akkreditierung muss sich auf die Kontrolle der Detailabgabestellen mit kantonomer Bewilligung beschränken. Konkret sind dies Inspektionen im Detailhandel und bei den Abgabestellen (öffentliche Apotheken, Spitalapotheken, Arztpraxen, Drogerien) sowie in Betrieben, die Blut und stabile Blutprodukte lediglich lagern.

Eine selbstständige Akkreditierung der kantonalen Heilmittelkontrolle des Kantons Zug ist theoretisch möglich. Allerdings nähme die Beschreibung und Definition der Verfahrensabläufe enorme zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen in Anspruch. Eine vollumfängliche Akkreditierung als selbstständige Inspektionsstelle dauert gemäss Swissmedic etwa 12 - 24 Monate und ist äusserst kostenintensiv (rund Fr. 20'000.-- pro Jahr). Die Akkreditierung erfolgt technisch aufgrund vorgängiger Audits unter Beizug externer Fachexpertinnen und -experten durch die Schweizerische Akkreditierungsstelle beim Bundesamt für Metrologie und Akkreditierung (METAS).

Der Kanton Zug hat bereits 1996 die Inspektionen der Herstellungsbetriebe an die Fachstelle Ost- und Zentralschweiz (RFS-OZ) delegiert. Auf den 1. Januar 2007 hat er die Verwaltungsvereinbarung mit der RFS-OZ erneuert und an die veränderten Verhältnisse angepasst. Die Auslagerung des Inspektionswesens im besagten Bereich erfolgte kraft Bundesrechts. Art. 60 Abs. 1 HMG erklärt nämlich dem Grundsatz nach Swissmedic für das Inspektionswesen in der Schweiz für verantwortlich.

Die Kantone können gestützt auf Art. 60 Abs. 4 HMG regionale oder andere kantonale Inspektorate oder Swissmedic zu Inspektionen beiziehen oder mit solchen Inspektionen beauftragen. Im aktuellen Vertrag mit der RFS-OZ wurde die bestmögliche Lösung für den Kanton Zug erzielt, indem die Übertragung der Inspektionstätigkeit bei den Grosshandelsbetrieben mit einer Rückübertragung verbunden wurde, so dass der Vollzug letztlich bei der kantonalen Heilmittelkontrolle bleibt. Dies ist zulässig, obschon die Zuger Heilmittelkontrolle nicht akkreditiert ist. Nach Art. 18 der Akkreditierungs- und Bezeichnungsverordnung des Bundes (AkkBV) können akkreditierte Stellen Unteraufträge erteilen.

Der Grund für diese so genannte Anlehnungsvariante liegt in den wirtschaftspolitischen Interessen des Kantons. Der Kanton Zug ist für weit mehr als 100 Bewilligun-

gen von Grosshandelsfirmen zuständig, mehr als jeder andere Kanton. Aufgrund der Bedeutung dieser Betriebe für die Zuger Volkswirtschaft erscheint eine möglichst autonome Zuger Lösung zwingend. Der Vertrag mit Zürich bzw. der RFS-OZ bietet den bestmöglichen Ansatz zur Wahrung der Handlungsfreiheit des Kantons und zur Kundennähe. Zwar wird die Durchführung der Inspektionstätigkeit für die pharmazeutischen Betriebe auf dem Zuger Hoheitsgebiet (Hersteller, Spitalapotheken, Fütterungsarzneimittelhersteller, Grosshandelsbetriebe, Betriebe, die Blut bzw. Blutprodukte lagern) an die RFS-OZ delegiert, doch werden die Grosshandelsbetriebe im Unterauftragsverhältnis durch die Zuger Heilmittelkontrolle inspiziert, sodass die gemäss neuem Heilmittelrecht verbleibende kantonale Vollzugshoheit voll ausgeschöpft werden kann. Auch aus Kostensicht erscheint dieser Weg richtig. Die jährlichen Kosten, welche dem Kanton Zug bzw. dem Zuger Heilmittelinspektorat anfallen, belaufen sich auf bloss rund Fr. 2'000.--. Die finanzielle Beteiligung des Kantons Zug beschränkt sich nämlich auf die anteilmässige Kostentragung an der Akkreditierung.

§ 62 Ethikkommission

Dem Regierungsrat kommt die explizite Kompetenz zu, die Ethikkommission für klinische Versuche zu ernennen bzw. eine Ethikkommission eines anderen Kantons für zuständig zu erklären.

In Art. 53 ff. HMG und in der Verordnung über klinische Versuche mit Heilmitteln (Vklin, SR 812.214.2) finden sich einlässliche Regelungen über klinische Versuche. Die zuständigen Ethikkommissionen haben die Aufgabe, Versuche zu prüfen und anhand der anerkannten Regeln der Guten Praxis der klinischen Versuche den Schutz der Versuchspersonen zu gewährleisten (Art. 57 Abs. 1 HMG). Die Kantone haben die für ihr Gebiet zuständigen Ethikkommissionen zu ernennen und zu überwachen (Art. 57 Abs. 4 HMG). Der Kanton Luzern stellt im Rahmen der regionalen Zusammenarbeit seine Ethikkommission den Kantonen der Zentralschweiz zur Verfügung. Bereits im Jahr 1996 hat der Kanton Zug mit dem Kanton Luzern eine entsprechende Vereinbarung getroffen. Gesuche für klinische Versuche sind bei der Zuger Heilmittelkontrolle zuhanden der Ethikkommission des Kantons Luzern einzureichen. Die Gesundheitsdirektion soll der Ethikkommission auch weitere Aufgaben übertragen können. Zu denken ist hier insbesondere an Aufgaben, die das per 1. Juli 2007 in Kraft getretene Transplantationsgesetz den Kantonen zuweist, wie etwa die Beurteilung der ausnahmsweisen Zulassung von Entnahmen regenerierbarer Gewebe oder Zellen bei urteilsunfähigen oder unmündigen Personen (Art. 13 Abs. 2 Bst. i Transplantationsgesetz, verlangt ist eine unabhängige Instanz) oder die Organisation

und Koordination der mit einer Transplantation zusammenhängenden Tätigkeiten (Art. 56 Transplantationsgesetz).

9. Kapitel LEBENSMITTEL UND CHEMIKALIEN

§ 63 Vollzug der Bundesgesetzgebung

Bereits unter dem (alten) Bundesgesetz über die Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände vom 8. Dezember 1905 (Lebensmittelgesetz; SR 817.0) und dem (alten) Bundesgesetz über den Verkehr mit Giften vom 21. März 1969 hatten die Kantone ihre Kompetenzen zur eigenständigen Gesetzgebung in diesen Bereichen verloren. Beide Erlasse wurden inzwischen total revidiert. Das neue Bundesgesetz über die Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände (Lebensmittelgesetz; SR 817.0) ist am 1. Juli 1995 und das neue Bundesgesetz über den Schutz vor gefährlichen Stoffen und Zubereitungen (Chemikaliengesetz; SR 813.1) am 1. August 2006 in Kraft getreten. Beide Erlasse weisen den Kantonen umfassende Vollzugsaufgaben zu. Hier wie dort sind die Kantone gehalten, die organisatorischen Ausführungsbestimmungen für den Vollzug zu erlassen und diese dem Bund mitzuteilen (vgl. Art. 39 Lebensmittelgesetz und Art. 32 Chemikaliengesetz). Raum für materielle Rechtssetzung bleibt den Kantonen nicht. Der Erlass der erforderlichen organisatorischen Vollzugsvorschriften soll Sache des Regierungsrates sein (wie bisher, vgl. § 46 und 47 GesG 1970).

§ 64 Konsumentenschutz

Der Konsumentenschutz im Lebensmittelbereich wird deutlich verbessert. Die Lebensmittelbetriebe werden neu verpflichtet, den letzten amtlichen Untersuchungs- und Inspektionsbefund den Konsumentinnen und Konsumenten zugänglich zu machen. Die Vollzugsbehörde selber ist unter der bundesrechtlichen Schweigepflicht nicht befugt, von sich aus aktive Information zu betreiben. Das öffentliche Interesse am Verbraucherschutz wiegt aber offensichtlich höher als der Schutz von Fehlbaren. Die Bestimmung sieht deshalb vor, dass die Berichte durch die Betroffenen selbst offen zu legen sind. Die Konsumentinnen und Konsumenten, die ja durch die amtlichen Inspektionen geschützt werden sollen, können die entsprechenden Berichte einsehen. Sie können anhand der letzten behördlichen Befunde selbstständig entscheiden, ob sie in einem bestimmten Betrieb etwas kaufen oder konsumieren wollen. Wer

lebensmittelrechtlich einwandfrei arbeitet, wird von den Konsumentinnen und Konsumenten durch Treue belohnt. Im Übrigen bleiben die Geschäftsinteressen gewahrt, indem die Betroffenen nach einem unbefriedigenden Resultat auf eigene Kosten eine Nachinspektion anfordern können.

10. Kapitel: RECHTSSCHUTZ UND STRAFBESTIMMUNG

1. Abschnitt: Rechtsmittel

§ 65 Beschwerderecht

§ 65 übernimmt die Regelung gemäss geltendem Recht (§ 50 GesG 1970). Neu wird ausdrücklich erwähnt, dass auch Entscheide der Ethikkommission an den Regierungsrat weitergezogen werden können. Die Bestimmung wurde zudem sprachlich leicht angepasst. Das Verfahren richtet sich nach dem Gesetz über den Rechtsschutz in Verwaltungssachen (Verwaltungsrechtspflegegesetz; VRG; BGS 162.1).

§ 66 Beschwerderecht bei Zwangsmassnahmen

Die bei der Revision vom 30. August 2001 eingeführte Rechtsschutzbestimmung wurde wörtlich übernommen (§ 50^{bis} GesG 1970). Die Bestimmung ordnet das Beschwerderecht und -verfahren bei Zwangsmassnahmen und hat sich bewährt. Gemäss Absatz 1 sind die Patientin oder der Patient, die Vertrauensperson, die Kantonsärztin oder der Kantonsarzt berechtigt, gegen die Anordnung von Zwangsmassnahmen Beschwerde beim Verwaltungsgericht zu erheben. Damit das Beschwerderecht der Betroffenen nicht illusorisch wird, muss eine Beschwerde auch dann noch erhoben werden können, wenn die Massnahme bereits vollzogen worden ist. Grundsätzlich setzt das Beschwerderecht immer ein aktuelles Rechtsschutzinteresse voraus. Gemäss Lehre und Rechtsprechung ist aber vom grundsätzlich geltenden Erfordernis des aktuellen Interesses immer dann abzusehen, „wenn sonst in Grundsatzfragen kaum je ein rechtzeitiger Entscheid gefällt werden könnte und wenn sich die aufgeworfene Frage jederzeit unter gleichen oder ähnlichen Umständen wieder stellen könnte“ (vgl. dazu Kölz/Bosshart/Röhl, Kommentar zum Verwaltungsrechtspflegegesetz des Kantons Zürich, 2. Auflage, Zürich 1999, § 21 N 25 sowie Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2. Auflage, Zürich

1998, N 540; je mit zahlreichen Verweisungen). Ein aktuelles Rechtsschutzinteresse ist deshalb ausdrücklich nicht erforderlich.

Da Zwangsmassnahmen nur bei akuter Gefahr, Gefährdung oder Störung angewendet werden dürfen, ist immer ein sofortiges Handeln notwendig. Deshalb wird – in Abweichung vom gesetzlichen Normalfall - einer dagegen gerichteten Beschwerde keine aufschiebende Wirkung zuerkannt. Hingegen muss auf Antrag die aufschiebende Wirkung eingeräumt werden können (§ 66 Abs. 2).

Das Bundesrecht (Art. 397e f. ZGB) und das kantonale Recht (§ 79a ff. VRG) enthalten eine Reihe von Verfahrensvorschriften für die Beschwerden gegen die fürsorgliche Freiheitsentziehung. So hat das Gericht unter anderem in einem einfachen und raschen Verfahren zu entscheiden (Art. 397f Abs. 1 ZGB). Diese Vorschriften sollen gemäss § 66 Abs. 3 bei den Zwangsmassnahmen sinngemäss Anwendung finden. Soweit bereits eine FFE-Beschwerde zur nämlichen Angelegenheit anhängig ist, befindet das Verwaltungsgericht in der Regel über beide Beschwerden gleichzeitig (§ 66 Abs. 4).

2. Abschnitt: Strafbestimmung

§ 67 Massgebendes Recht

Der Absatz 1 dieses Paragraphen entspricht inhaltlich im Wesentlichen § 51 GesG 1970. Der Verweis auf bundesrechtliche Tatbestände betrifft etwa Verbrechen und Vergehen gegen die öffentliche Gesundheit (Art. 230 - 236 Strafgesetzbuch [StGB]; SR 310), die Verletzung des Berufsgeheimnisses (Art. 321 StGB), aber auch Strafbestimmungen der Spezialgesetzgebung wie das Heilmittelgesetz (Art. 86 und 87) und das Medizinalberufegesetz (Art. 58). Im Übrigen enthält das Heilmittelgesetz in Art. 66 einen umfassenden Katalog von Verwaltungsmassnahmen, welche die Kantone im Rahmen ihrer Zuständigkeit treffen können. Damit besteht in diesem Bereich auch die Möglichkeit der Beschlagnahme, und es bedarf keiner zusätzlichen Kontroll- und Beschlagnahmerechte.

Die Sanktionen gemäss kantonalem Polizeistrafgesetz können aus der langjährigen Erfahrung als ausreichend bezeichnet werden. Das mag nicht zuletzt auch damit zusammenhängen, dass für die Betroffenen die gesetzlichen Verwaltungsmassnahmen (wie etwa der Bewilligungsentzug) viel einschneidender sind und allein schon die Androhung derartiger Massnahmen ihre Wirkung zeigt. In Frage kommen insbesondere Polizeiübertretungen gemäss den §§ 17 (Ordnungswidrigkeit), 29 (Begräbnis-

wesen) oder 30 (Unbefugte Berufsausübung und Titelanmassung) sowie § 8 (Übertretung allgemeinverbindlicher Vorschriften) des Polizeistrafgesetzes (BGS 311.1).

Absatz 2 sieht neu vor, dass bei Widerhandlungen gegen die Bestimmungen des Nichtraucher- und Jugendschutzes (§§ 48 bis 50) auch die fahrlässige Tat strafbar ist. Die Erstreckung auch auf fahrlässige Tatbegehung erscheint in diesen Fällen notwendig, da die Durchsetzung der Vorgaben sonst vereitelt würde. Immerhin ist die Gesundheit insbesondere unserer Jugend ein schützenswertes Gut von hohem öffentlichem Interesse. Umgekehrt soll auch hier ein gesundes Augenmass spielen. Vor diesem Hintergrund wurde bewusst darauf verzichtet, neue Strafbestimmungen oder gar einen Ordnungsbussenkatalog für derartige Übertretungen vorzusehen.

11. Kapitel: ÜBERGANGS- UND SCHLUSSBESTIMMUNGEN

§ 68 Übergangsbestimmungen

Die Übergangs- bzw. Umsetzungsfristen sind den einzelnen Lebenssachverhalten angepasst und variieren zwischen drei Monaten (Einreichung des Gesuchs um Verlängerung der Bewilligung bei über 70-Jährigen) und einem Jahr (Umsetzung der gesetzlichen Aufzeichnungsanforderungen sowie Umsetzung des Nichtraucherschutzes und des Jugendschutzes).

Nach § 6 Abs. 1 Bst. e dürfen Personen, die unter einem eidgenössisch anerkannten Diplom der Komplementär- und Alternativmedizin tätig werden, ihre Tätigkeit nur mit einer Praxisbewilligung der Gesundheitsdirektion ausüben. Bis zur Schaffung eidgenössischer Diplomabschlüsse soll der Regierungsrat in eigener Kompetenz über den Titelschutz verfügen können. Zu diesem Zweck wird eine Übergangsbestimmung in § 68 Abs. 6 eingefügt. Vorerst dürften jene vier Ausrichtungen der Komplementär- und Alternativmedizin der Bewilligungspflicht unterstellt werden, die derzeit das kantonale Anerkennungsverfahren durchlaufen. Die Übergangsbestimmung ist bewusst als Kann-Vorschrift ausgestaltet. Denn anders als beim Lösungsansatz über das eidgenössische Diplom dürfte die Zulassung über kantonale Anerkennungen zu erheblichen Vollzugsproblemen führen. Dies, weil die Kantone gestützt auf das Binnenmarktgesetz und die bilateralen Verträge mit der EU das Gleichbehandlungsgebot und das Diskriminierungsverbot zu beachten haben. Im Ergebnis müssen die kanto-

nen Zulassungsbehörden auf Gesuch hin die Gleichwertigkeit von Diplomen prüfen, die durch Kantone oder EU-/EFTA-Staaten anerkannt sind. Dabei müsste konkret die Volkswirtschaftsdirektion die ausserkantonalen Diplome auf deren Gleichwertigkeit hin beurteilen, da sie über Erfahrung mit dem Anerkennungsverfahren verfügt. Sie hätte bei jedem Gesuch eine kantonale Diplomanerkennungsprüfung durchzuführen, damit die Gesundheitsdirektion über die Bewilligungszulassung überhaupt befinden kann.

§ 69 Änderung bisherigen Rechts

Zu § 10 Abs. 3 und 4 Spitalgesetz

Das Spitalgesetz vom 29. Oktober 1998 (BGS 826.11) hat insbesondere die Aufgabenteilung zwischen dem Kanton und den Gemeinden neu geordnet. Für die Bereiche der spitalexternen Gesundheits- und Krankenpflege (Spitex) und die stationäre Langzeitpflege sind - abgesehen von den Pflegeheimen mit regionalem Leistungsprogramm - die Gemeinden für die Sicherstellung der Versorgung zuständig (§ 4 Abs. 3 und 4 Spitalgesetz). Bei den Pflegeheimen mit regionalem Leistungsprogramm sind die Gemeinden gesetzlich verpflichtet, die ungedeckten Pflegekosten und die Kosten der Finanzierung und Abschreibung der Investitionen zu übernehmen (§ 4 Abs. 3 Spitalgesetz). Bei den übrigen Pflegeheimen und der Spitex müssen die Gemeinden durch Beiträge dafür sorgen, dass die Kostenanteile für die betroffenen Personen finanziell tragbar sind (vgl. § 4 Spitalgesetz). Zudem müssen sie gestützt auf § 10 Abs. 2 Spitalgesetz für ihre Einwohnerinnen und Einwohner die ungedeckten Pflegekosten der stationären Langzeitpflege und die ungedeckten Betriebskosten der dort bezeichneten Spitex-Dienstleistungen übernehmen.

Die Institutionen der stationären Langzeitpflege werden in § 10 Spitalgesetz dazu angehalten, Tarife nach einem Rahmentarif zu erheben, der durch den Regierungsrat genehmigt wird. Die Tarifierung wie auch die Anrechenbarkeit der einzelnen Kostenelemente zu Lasten der Kostenträger (Gemeinden, Bewohnerinnen und Bewohner) sind in den §§ 3 ff. der Verordnung über die stationäre und ambulante Langzeitpflege vom 1. Juni 2004 (BGS 826.113) umfassend geregelt. Die Aufgabenteilung und die Vergütungs- und Tarifierungsregeln haben sich bewährt. Für die rechtliche Durchsetzbarkeit ist allerdings vorausgesetzt, dass die betroffenen Personen von Gesetzes wegen Tarifschutz geniessen. Der Tarifschutz ist im Spitalgesetz nirgends erwähnt. Diese Lücke soll mit einem neuen § 10 Abs. 3 geschlossen werden. Danach müssen sich die Institutionen der stationären Langzeitpflege, aber auch die spitalex-

ternen Dienstleistende an die vertraglich und behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen den betroffenen Personen für darin inbegriffene Leistungen keine weitergehenden Vergütungen berechnen.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass der Rechtsmittelweg für die Betroffenen je nach Rechtsform der Institution anders ist. So führt der Beschwerdeweg bei Pflegeinstitutionen, deren Trägerschaft eine Stiftung ist (z. B. Pflegezentrum Baar) heute an die Zentralschweizer BVG- und Stiftungsaufsicht (ZBSA) mit Sitz in Luzern. Die ZBSA ist nach eigenen Angaben wenig erfreut darüber, dass sie sich mit derartigen Beschwerden befassen muss, um so mehr, als sie keine Tarifierungskennntnisse im Gesundheitswesen besitzt und das Verfahren nicht nur für die Bürgerin und den Bürger, sondern auch für die Behörden äusserst schwierig eruierbar und intransparent sei (Schreiben der ZBSA an die Gesundheitsdirektion vom 29. Mai 2006). Vor diesem Hintergrund erscheint eine neue, einheitliche und klare Regelung des Beschwerdeverfahrens auf Gesetzesstufe für dieses Gebiet des Gesundheitswesen zwingend. § 10 Abs. 4 Spitalgesetz sieht vor, dass die Institutionen und Dienstleistenden über Leistungen und Forderungen, mit denen die betroffenen Personen nicht einverstanden sind, Verfügungen zu erlassen haben. Gegen diese Verfügungen kann alsdann beim Regierungsrat Beschwerde erhoben werden.

Zu § 5 Abs. 1 und § 6^{bis} Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Seit dem 1. Januar 2006 können Versicherer die Kostenübernahme für Leistungen aufschieben, wenn eine versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen trotz Mahnung nicht bezahlt und im Betreibungsverfahren das Fortsetzungsbegehren bereits gestellt wurde. Die Versicherer haben die zuständige kantonale Stelle über den Leistungsaufschub zu benachrichtigen (Art. 64a Abs. 2 KVG). § 5 Abs. 1, zweiter Satz des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG; BGS 842.1) hält neu explizit die geltende - jedoch bisher durch Auslegung zu ermittelnde - Regelung fest, wonach die Krankenversicherer der zuständigen Einwohnergemeinde säumige Versicherte melden müssen, bei denen die Kostenübernahme für Leistungen aufgeschoben wurde. Durch diese klare Regelung wird künftig vermieden, dass Versicherer diese heiklen Personendaten einer unzuständigen kantonalen Behörde mitteilen, welche diese darauf an die betreffende Einwohnergemeinde weiterleitet.

Der neu eingefügte § 6^{bis} dient ebenfalls vorab der Klarstellung und der Rechtssicherheit, indem das bereits seit längerem praktizierte Verfahren für Kostengutsprachen positivrechtlich verankert wird. Gemäss Art. 41 Abs. 3 KVG muss der Wohnkanton einen Teil der Kosten für ausserkantonale Behandlungen übernehmen, wenn es sich beim behandelnden Spital um eine öffentlich subventionierte Einrichtung handelt und die Patientin bzw. der Patient die Dienste des Spitals aus medizinischen Gründen beansprucht. Medizinische Gründe liegen vor bei einem Notfall und wenn die Behandlung im Wohnkanton nicht verfügbar ist. Die Frage der Kostenübernahme wird durch das so genannte Kostengutspracheverfahren geklärt. Die Erteilung bzw. Ablehnung der Kostengutsprache erfolgt durch das Medizinalamt, konkret die Kantonsärztin bzw. den Kantonsarzt (Verfügung über die Delegation von Entscheidbefugnissen der Gesundheitsdirektion im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an das Medizinalamt vom 28. Juli 2003; BGS 153.761). Der Kanton Zug lehnt sich hinsichtlich Kostengutspracheverfahren seit jeher an die «Empfehlungen der SDK betreffend Beiträge der Kantone bei ausserkantonalen Spitalbehandlungen nach Artikel 41.3 KVG» (letztmals revidiert am 21. August 2003) an. Das befriedigt rechtsstaatlich nicht, kommt den SDK- bzw. GDK-Empfehlungen doch kein rechtsverbindlicher Charakter zu.

Die Lücke soll mit dem neu eingefügten § 6^{bis} EG KVG geschlossen werden. Der Paragraph verweist auf das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.20), welches am 1. Januar 2003 in Kraft getreten ist. Das ATSG koordiniert das Sozialversicherungsrecht des Bundes, indem es u.a. ein einheitliches Sozialversicherungsverfahren festlegt und die Rechtspflege regelt (Art. 1 Ingress und Bst. b ATSG). Im 4. Kapitel, konkret in den Art. 27 ff. ATSG, finden sich Allgemeine Verfahrensvorschriften. Diese sind zwar grundsätzlich auf das Verhältnis zwischen Versicherer und versicherter Person zugeschnitten. Die Anwendung im kantonalen Kostengutspracheverfahren ist jedoch sachgerecht, da dem Kanton in Bezug auf die Differenzzahlungspflicht nach Art. 41 Abs. 3 KVG eine den Versicherern ähnliche Stellung zukommt (Eidgenössisches Versicherungsgericht K 57/2003).

Nach Art. 49 Abs. 1 ATSG hat der Versicherungsträger bzw. die Kantonsärztin oder der Kantonsarzt (wie bisher) über Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, schriftlich Verfügungen zu erlassen. Gegen diese Verfügungen wiederum kann (wie bisher) innerhalb von 30 Tagen bei der verfügenden Stelle, das heisst bei der Kantonsärztin bzw. dem Kantonsarzt, Einsprache erhoben werden (Art. 52 Abs. 1 erster Teilsatz

ATSG). Gegen Einspracheentscheide der Kantonsärztin bzw. des Kantonsarztes steht wie heute schon der Rechtsweg an das Verwaltungsgericht als kantonales Versicherungsgericht offen (Art. 56 ATSG i. V. m. § 6 EG KVG). Neben diesen verfahrensrechtlichen Bestimmungen sollen aus Gründen der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit auch andere Vorschriften des ATSG Anwendung finden, insbesondere dessen Art. 24 für das Erlöschen des Anspruchs (Verwirkung) und Art. 25 für die Rückerstattung unrechtmässig bezogener Leistungen.

Zu § 3 Abs. 2 Gesetz über das Gastgewerbe und den Kleinhandel mit gebrannten Wassern vom 25. Januar 1996 (BGS 943.11)

Diese Änderung steht in Zusammenhang mit dem Verkaufsverbot von alkoholischen Getränken an Jugendliche unter 18 Jahren gemäss § 50. Das Gastgewerbegesetz sieht bisher für alkoholhaltige Getränke wie Bier, Wein usw. eine Altersgrenze von 16 Jahren vor.

§ 70 Aufhebung bisherigen Rechts

Mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes werden alle widersprechenden Vorschriften aufgehoben, insbesondere das Gesetz über das Gesundheitswesen im Kanton Zug vom 21. Mai 1970.

§ 71 Inkrafttreten

Da verschiedene Ausführungserlasse noch an das neue Recht anzupassen sind, muss der Regierungsrat das Inkrafttreten beschliessen können.

4. FINANZIELLE AUSWIRKUNGEN

Im Bereich der Gesundheitspolizei ergeben sich mit den neuen Bestimmungen keine neuen finanziellen Verpflichtungen für die öffentliche Hand. Das Bewilligungswesen wie auch die Aufsicht und Kontrolle sollte mit den heutigen personellen Ressourcen sichergestellt werden, auch wenn der Vollzugaufwand insbesondere aufgrund neu zugelassener Betriebsformen steigt. Würde man hingegen neu eine Qualitätskontrolle im Sinne einer Berufsausübungsbewilligung für alle Berufe der Komplementär- und Alternativ-Medizin (KAM) vorsehen, wäre dies mit dem jetzigen Personaletat nicht mehr bewältigbar. Es müssten zusätzliche Stellen geschaffen werden. Im heutigen Zeitpunkt ebenfalls noch nicht überschaubar sind die personellen und finanziellen

Konsequenzen, wenn der Regierungsrat von der Kompetenz gemäss § 68 Abs. 6 Gebrauch macht und (bis zur Schaffung eidgenössisch anerkannter Diplome der Komplementär- und Alternativmedizin) die Bewilligungspflicht auf Personen ausdehnt, die unter einem kantonal anerkannten Diplom der Komplementär- und Alternativmedizin tätig werden. Hier ist vorab die Volkswirtschaftsdirektion gefordert, hat sie als zuständige Fachdirektion doch die Gleichwertigkeit der Ausbildungsgänge von Gesuchstellerinnen und Gesuchstellern aus ganz Europa zu prüfen. Erst im Anschluss daran kann die Gesundheitsdirektion über die einzelnen Gesuche befinden.

Kostenfolgen von rund Fr. 60'000.-- zusätzlich pro Jahr zeitigt die Ausweitung der Beratung von Eltern mit Kindern bis zum Schuleintritt (bisher bloss Säuglinge und Kleinkinder). Dieses Geld ist bestens investiert, werden doch bis zum Schuleintritt die Grundlagen für die körperliche und die psychische Entwicklung gelegt. Bisher erhielten Eltern gerade in dieser wichtigen Lebensphase eher unterdurchschnittlich Unterstützung.

Der Nichtraucher- und Jugendschutz erfordert insgesamt einen zusätzlichen Kontrollaufwand. Die Kontrolle der Altersgrenze beim Verkauf von alkoholischen Getränken als Einzelaufgabe erfordert keinen zusätzlichen Aufwand. Bereits heute muss die Einhaltung des Abgabeverbots von alkoholischen Getränken überprüft werden. Die Aufsicht soll als Querschnittaufgabe in bestehende Tätigkeiten von Behörden integriert werden, seien dies Schulbehörden (Rauchverbote in Ausbildungsstätten), Lebensmittelkontrolle (Nichtraucherschutz in Gaststätten) oder auch Polizei (Werbeverbot für Tabak und Alkohol). Die Organe müssen allerdings darauf hin sensibilisiert werden, dass sie im Rahmen ihrer anderweitigen Kontrollen effektiv auch einen kritischen Blick auf die Einhaltung der Präventionsbestimmungen werfen. Auf einen Stellenausbau soll vorderhand verzichtet werden.

Die neu als Möglichkeit formulierte Ausbildungsförderung (§ 29) durch Beiträge bzw. die Einbindung der Betriebe im Bereich der Ausbildung wird - sobald hier Beiträge notwendig werden - im Rahmen des Budgets diskutiert werden können.

Die neu vorgesehene finanzielle Beteiligung des Kantons an den Ausrüstungs- und Weiterbildungskosten des ärztlichen Notfalldienstes dürfte Mehrkosten von rund Fr. 10'000.-- jährlich auslösen. Es geht hier im Wesentlichen um einen finanziellen Beitrag an die Notfallkofferausrüstung und an die Kursangebote der Ärztesellschaft zum Thema Notfall. Diese Kosten sind gemessen am Ergebnis, den ein quali-

tativ hoch stehender ärztlicher Notfalldienst aus gesundheitsökonomischer wie auch aus Patienten-Sicht bringt, vernachlässigbar.

Die nachstehende Übersicht zeigt die finanziellen Gesamtauswirkungen des Neuerlasses auf die Staatsrechnung auf. Mit einem Inkrafttreten ist frühestens im Verlauf des Jahres 2008 zu rechnen.

A)	Investitionsrechnung	2007	2008	2009	2010
1.	Gemäss Budget oder Finanzplan:				
	• bereits geplante Ausgaben	0	0	0	0
	• bereits geplante Einnahmen	0	0	0	0
2.	Gemäss vorliegendem Antrag:				
	• effektive Ausgaben	0	0	0	0
	• effektive Einnahmen	0	0	0	0

B)	Laufende Rechnung	2007	2008	2009	2010
3.	Gemäss Budget oder Finanzplan:				
	• bereits geplanter Aufwand	0	0	0	0
	• bereits geplanter Ertrag	0	0	0	0
4.	Gemäss vorliegendem Antrag:				
	• effektiver Aufwand	0	35'000	70'000	70'000
	• effektiver Ertrag	0	0	0	0

5. ANTRAG

Gestützt auf diese Ausführungen **b e a n t r a g e n** wir Ihnen;

- 5.1 auf die Vorlage Nr. 1590.2 - 12497 einzutreten und ihr zuzustimmen.
- 5.2 die Motion Lilian Hurschler-Baumgartner betreffend Jugendschutz beim Verkauf von Tabakwaren vom 8. März 2005 (Vorlage Nr. 1318.1 - 11678) als erledigt abzuschreiben.

Zug, 18. September 2007

Mit vorzüglicher Hochachtung

REGIERUNGSRAT DES KANTONS ZUG

Landammann: Joachim Eder

Der Landschreiber: Tino Jorio