

Botschaft des Regierungsrates
an den Grossen Rat

B 66

zum Entwurf eines neuen Gesundheitsgesetzes

Übersicht

Der Regierungsrat beantragt dem Grossen Rat den Erlass eines neuen Gesundheitsgesetzes.

Das geltende Gesundheitsgesetz stammt aus dem Jahr 1981 und ist veraltet. Seit seinem Inkrafttreten hat sich im öffentlichen Gesundheitswesen Grundlegendes geändert. Zu nennen sind das neue Krankenversicherungsrecht, das neue Heilmittelgesetz sowie das Inkrafttreten der sieben sektoruellen Abkommen zwischen der Schweiz und der Europäischen Gemeinschaft und die damit verbundene Teilrevision des Bundesgesetzes über die Freizügigkeit der Medizinalpersonen in der Schweizerischen Eidgenossenschaft, das im Jahr 2008 durch das eidgenössische Medizinalberufegesetz abgelöst werden soll. Neue Aspekte brachten auch die Empfehlungen verschiedener Arbeitsgruppen der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz in Bezug auf die Zulassung zu beruflichen Tätigkeiten im Gesundheitswesen und die Anstellungsbedingungen der Kaderärztinnen und -ärzte an den öffentlichen und den öffentlich subventionierten Spitätern. Weiter ist der Tarif Tarmed auf den 1. Januar 2004 in Kraft getreten. Schliesslich wird die Auslagerung und Privatisierung der kantonalen Spitäler intensiv diskutiert. Etliche Kantone haben diesen Schritt bereits gemacht.

Ziel der Vorlage ist es, ein Gesundheitsgesetz zu schaffen, das den Anforderungen wiederum längerfristig genügt. Der Entwurf berücksichtigt insbesondere folgende Hauptrevisionspunkte:

- die spezielle Erwähnung der Eigenverantwortung und der Wirtschaftlichkeit sowie eine Umschreibung der Gesundheit,*
- die Anpassung des Gesundheitsgesetzes an das Krankenversicherungsrecht, das Heilmittelrecht und das Medizinalberuferecht des Bundes,*
- die Einführung eines neuen Bewilligungssystems bei den andern Berufen im Gesundheitswesen: an die Stelle des gefährdungsorientierten Modells soll ein tätigkeitsspezifisches Modell treten; alternative Heilmethoden sollen künftig innerhalb eines bestimmten Rahmens ohne Bewilligung des Gesundheits- und Sozialdepartementes praktiziert werden können,*
- das Gesundheitsgesetz soll Dentalhygienikerinnen und -hygienikern ermöglichen, mit einer Bewilligung fachlich selbstständig und gewerbsmäßig tätig zu sein,*
- die Aufnahme einer Bestimmung über die Patientenrechte,*
- die Schulzahnpflege und der schulärztliche Dienst sollen in das neue Gesundheitsgesetz integriert werden,*
- die Einzelheiten über die öffentlichen Spitäler sollen nicht mehr im Gesundheitsgesetz, sondern in einem separaten Erlass geregelt werden.*

Hingegen soll die bisherige Regelung der so genannten Selbstdispensation, also die uningeschränkte Medikamentenabgabe durch die Ärztinnen und Ärzte, beibehalten werden. Sie entspricht einem Bedürfnis der Bevölkerung.

Der Regierungsrat des Kantons Luzern an den Grossen Rat

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir unterbreiten Ihnen mit dieser Botschaft den Entwurf eines neuen Gesundheitsgesetzes.

A. Geltendes Recht und Gesetzgebungsprojekte im Gesundheitswesen

I. Bund

1. Geltendes Recht

Auch nach der neuen Bundesverfassung vom 18. April 1999 (BV; SR 101), in Kraft seit dem 1. Januar 2000, ist die Regelung des Gesundheitswesens grundsätzlich Sache der Kantone. Allerdings hat der Bund Gesetzgebungskompetenzen in einigen wichtigen Bereichen: so der Berufsbildung im Gesundheitswesen (Art. 63), der Ausübung der privatwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit (Art. 95), der Kranken- und Unfallversicherung (Art. 117), dem Schutz der Gesundheit (Art. 118), der Fortpflanzungsmedizin und der Gentechnologie im Humambereich (Art. 119), der Transplantationsmedizin (Art. 119a) und der Gentechnologie im Ausserhumanbereich (Art. 120). Gestützt auf diese Bestimmungen beziehungsweise die entsprechenden Artikel der alten Bundesverfassung hat der Bund insbesondere die folgenden Gesetze erlassen:

- Bundesgesetz vom 19. Dezember 1877 betreffend die Freizügigkeit der Medizinalpersonen in der Schweizerischen Eidgenossenschaft (Freizügigkeitsgesetz; SR 811.11),
- Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG; SR 812.21),
- Bundesgesetz vom 3. Oktober 1951 über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG; SR 812.121),
- Bundesgesetz vom 21. März 1969 über den Verkehr mit Giften (Giftgesetz; SR 813.0),
- Bundesgesetz vom 21. März 2003 über die Gentechnik im Ausserhumanbereich (Gentechnikgesetz, GTG; SR 814.19),
- Bundesgesetz vom 18. Dezember 1998 über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (Fortpflanzungsmedizingesetz, FMedG; SR 814.9),
- Bundesgesetz vom 9. Oktober 1992 über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände (Lebensmittelgesetz, LMG; SR 817.0),

- Bundesgesetz vom 18. Dezember 1970 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz; SR 818.101),
- Bundesgesetz vom 13. Juni 1928 betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose (SR 818.102),
- Bundesbeschluss vom 22. März 1996 über die Kontrolle von Transplantaten (SR 818.111),
- Bundesgesetz vom 22. Juni 1962 über Bundesbeiträge an die Bekämpfung der rheumatischen Krankheiten (SR 818.21),
- Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10),
- 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 9. Oktober 1981 über die Schwangerschaftsberatungsstellen (SR 857.5),
- Tierseuchengesetz vom 1. Juli 1966 (TSG, SR 916.40).

Zu erwähnen bleibt die vom Bundesrat gestützt auf Artikel 55a KVG erlassene Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 3. Juli 2003 (SR 832.103). Sie gilt längstens bis zum 3. Juli 2005.

2. Gesetzgebungsprojekte

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

Unter der Federführung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) wurde ein neues Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, E-MedBG) ausgearbeitet. Es wird das vor fünf Jahren teilrevidierte Freizügigkeitsgesetz ablösen. Das Gesetz soll die Qualität der Aus- und Weiterbildung sichern und die nationale und internationale Freizügigkeit gewährleisten. Weiter regelt es die selbständige Berufsausübung und sieht die Schaffung eines Berufsregisters vor. Schliesslich soll ein Akkreditierungsbegriff für Aus- und Weiterbildungsgänge eingeführt werden. Es liegt ein Entwurf vom Juli 2004 vor. Die nachfolgenden Zitate stützen sich auf diese Fassung. Das Gesetz soll im Frühling 2005 dem Parlament unterbreitet werden und im Jahr 2008 in Kraft treten. Der genaue Fahrplan hängt vom Ausgang der Koordinationsberatungen des Bundes betreffend die schweizerische Hochschulpolitik ab.

Darüber hinaus hat das BAG den Auftrag, ein Bundesgesetz über die psychologischen Berufe auszuarbeiten. Darin soll unter anderem der Beruf der nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten geregelt werden. Es liegt ein Gesetzesentwurf mit einem erläuternden Bericht aus dem Jahr 2003 vor.

Weiter verabschiedeten die eidgenössischen Räte am 8. Oktober 2004 das Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz).

Im November 2001 hat sich der Bundesrat entschieden, für die Regelung der Forschung an überzähligen Embryonen und embryonalen Stammzellen ein eigenes Bundesgesetz zu erarbeiten (Embryonalforschungsgesetz, EFG). Aus den Beratungen in den eidgenössischen Räten ging das Bundesgesetz über die Forschung an embryonalen Stammzellen (Stammzellforschungsgesetz, StFG) hervor. Gegen dieses am 19. Dezember 2003 beschlossene Gesetz ist das Referendum ergriffen worden. Weiter wird ein Gesetz über die Forschung am Menschen (Humanforschungsgesetz) voraussichtlich im Jahr 2005 in die Vernehmlassung geschickt.

Ferner sollte das Bundesgesetz über die Krankenversicherung zum zweiten Mal revidiert werden. Insbesondere sollte diese Revision bei der Spitalfinanzierung die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler mit den Privatspitälern gleichstellen. Zudem sollten nicht mehr Spitäler, sondern Leistungen finanziert werden (vgl. für die Einzelheiten Botschaft des Bundesrates betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, publiziert in: BBI 2001, 741–823). Die zweite Revision des KVG scheiterte in der Wintersession 2003. Im Februar 2004 beschloss der Bundesrat, dem Parlament die einzelnen, für sich genommen weitgehend unbestrittenen Revisionspunkte in zwei verschiedenen Gesetzgebungspaketen vorzulegen. Das erste Revisionspaket enthält vier voneinander unabhängige Botschaften. In diesem Paket ist unter anderem vorgesehen, den Zulassungsstopf für KVG-Leistungserbringer im ambulanten Bereich durch die Vertragsfreiheit abzulösen. Weiter soll das vorne erwähnte dringliche Bundesgesetz vom Juni 2002 über die kantonalen Spitalbeiträge bis zur Einführung einer Neuregelung der Spitalfinanzierung verlängert werden. Das Parlament soll das erste Paket in der Herbstsession 2004 beraten. Vorgesehen ist, die Änderungen auf den 1. Januar 2005 in Kraft zu setzen. Im zweiten Revisionspaket soll die Spitalfinanzierung anders geregelt werden. Der Bundesrat schlägt einen Wechsel von der heutigen Objekt- zu einer Leistungsfinanzierung vor. Finanziert werden sollen nicht mehr die anrechenbaren Kosten eines Spitals, sondern die effektiv erbrachten einzelnen Leistungen. Weiter soll das «dual-fixe Finanzierungssystem» eingeführt werden: Die Leistungen der öffentlichen und der privaten Spitäler, die in die kantonale Planung aufgenommen wurden, sollen je zur Hälfte durch die Kantone und die Versicherer finanziert werden. Dieser Systemwechsel bewirkt eine weitgehende Gleichbehandlung zwischen den verschiedenen stationären Leistungsanbietern. Ziel ist es, den Wettbewerb zwischen den Anbietern zu verstärken. Dieses Paket soll vom Parlament in einem beschleunigten Verfahren beraten werden. Die Änderungen sollen auf den 1. Januar 2006 in Kraft treten. Mit dem zweiten Revisionspaket gibt sich der Bundesrat zudem den Auftrag, innert dreier Jahre einen Vorschlag für ein «monistisches» Finanzierungssystem vorzulegen. Ein solches System hätte zur Folge, dass den Spitäler nur noch ein Partner gegenüberstehen würde, der mit ihnen über die Kosten abrechnet.

II. Kanton Luzern

1. Geltendes Recht

a. Gesetz über das Gesundheitswesen vom 29. Juni 1981

Das geltende Gesundheitsgesetz (GesG, SRL Nr. 800) ordnet im Wesentlichen die Organisation im öffentlichen Gesundheitswesen des Kantons (§§ 2–15), die Zulassung der Medizinalpersonen und der andern Berufe der Gesundheitspflege (§§ 16–43), den Verkehr mit Heilmitteln (§§ 44–50), die gesundheitliche Vorsorge und Fürsorge (§§ 51–58), die Massnahmen gegen übertragbare Krankheiten (§§ 59–60), das Spitalwesen (§§ 61–68) und das Bestattungswesen (§ 69). Es wurde sechsmal geändert.

Der Grosse Rat beschloss 1988 eine erste Teilrevision im Zusammenhang mit dem Personalgesetz. Er fügte § 63a ein, der die Anstellungsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte an den kantonalen Spitätern – inbegriffen die privatärztliche Tätigkeit – regelt. Gleichzeitig änderte das Parlament § 65, indem es im Zusammenhang mit der Behandlung von Privatpatientinnen und -patienten das gespaltene Rechtsverhältnis und gestützt auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts auch dafür die Staatshaftung einführte. Mit der Änderung des Sozialhilfegesetzes wurden 1989 in den Erlassen die alten Departementsbezeichnungen «Sanitätsdepartement» und «Sozialdepartement» ersetzt. 1990 schuf der Grosse Rat die Rechtsgrundlage für kantonale Beiträge an die Kosten der ambulanten Krankenpflege und des Haushilfedienstes (Spitex; § 52 Abs. 3). 1997 erhöhte das Parlament die maximalen Abgabesätze der Kaderärztinnen und -ärzte an den Kanton auf den Honoraren aus der privatärztlichen Tätigkeit (§ 63a Abs. 3). Schliesslich führte Ihr Rat mit Änderung vom 20. Januar 2003 das Hebammenwartgeld wieder ein (§ 43a). Anlass dazu war die Motion M 448 von Eva Zihlmann. Am 14. Juni 2004 haben Sie das Hebammenwartgeld per 1. Januar 2005 wieder aufgehoben (vgl. Kantonsblatt Nr. 25 vom 19. Juni 2004, S. 1653).

b. Weitere kantonale Gesetze

Ein weiterer kantonaler Erlass, welcher das öffentliche Gesundheitswesen betrifft, ist das kantonale Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 23. März 1998 (EGKVG, SRL Nr. 865). Es regelt den Vollzug der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und die Rechtspflege bei Streitigkeiten aus der sozialen Krankenversicherung und den Zusatzversicherungen. Für die Kontrolle der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und für die Prämienverbilligung im Sinn von Artikel 65 KVG gilt das Gesetz über die Verbilligung von Prämien der Krankenversicherung vom 24. Januar 1995 (Prämienverbilligungsgesetz; SRL Nr. 866). Zu erwähnen ist ferner das Gesetz über die Schulzahnpflege vom 15. Mai 1946 (SRL Nr. 546). Es verpflichtet die Gemeinden, die Schulzahnpflege durchzuführen. Zudem ordnet es die zahnärztliche Untersuchung und Behandlung der Schulkinder, die Entschädigung

der Schulzahnärztinnen und -zahnärzte sowie die Beiträge der Gemeinden. Schliesslich regelt das Gesetz über die Tierseuchenkasse vom 26. November 1968 (SRL Nr. 847) die Finanzierung der Kosten der Tierseuchenbekämpfung.

c. Verordnungen

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

- Verordnung über den Geschäftskreis des Sanitätsrates und des Kantonsarztes vom 10. November 1923 (SRL Nr. 801),
- Verordnung über die Gesundheitsbehörden der Gemeinden vom 25. Juni 1993 (SRL Nr. 802),
- Verordnung über die Medizinalpersonen vom 17. Dezember 1985 (SRL Nr. 805),
- Verordnung über die Berufe der Gesundheitspflege vom 17. Dezember 1985 (SRL Nr. 806),
- Psychotherapeutenverordnung vom 17. Dezember 1985 (SRL Nr. 809),
- Verordnung über die Ausübung des Berufes einer Dentalhygienikerin vom 27. Februar 1970 (SRL Nr. 813),
- Verordnung über die Organisation und die Aufgaben der kantonalen Spitäler vom 15. Dezember 1998 (Spitalverordnung; SRL Nr. 820),
- Verordnung über die Rechte und Pflichten der Patienten und Patientinnen der kantonalen Heilanstalten vom 16. November 1993 (Patientenverordnung; SRL Nr. 823),
- Verordnung über die Rechte und Pflichten der Chefärzte, Co-Chefärzte und Leitenden Ärzte des Kantons vom 25. Januar 1991 (Chefarztverordnung; SRL Nr. 823a),
- Verordnung über die Rechte und Pflichten der Oberärzte des Kantons vom 12. Dezember 1989 (Oberarztverordnung; SRL Nr. 823b),
- Verordnung über die Rechte und Pflichten der Assistenzärztinnen und -ärzte des Kantons vom 5. Dezember 2000 (Assistenzärzteverordnung; SRL Nr. 823c),
- Verordnung über die Führung, Finanzierung und Verwendung von Pools und Fonds an den kantonalen Spitälern vom 25. Januar 1991 (Poolverordnung; SLR Nr. 823d),
- Verordnung über die Rechte und Pflichten der Spitalfachärztinnen und -ärzte des Kantons vom 12. Dezember 2000 (Spitalfachärzteverordnung; SLR Nr. 823e),
- Heilmittelverordnung vom 17. Dezember 1985 (SRL Nr. 830),
- Vollzugsverordnung zum Bundesgesetz über die Betäubungsmittel vom 27. Dezember 1976 (SRL Nr. 833),
- Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über den Verkehr mit Giften vom 18. Juni 1973 (SRL Nr. 834),
- Verordnung über die Hygiene, den Bau und die technischen Einrichtungen der öffentlichen Bäder vom 9. Mai 1995 (SRL Nr. 839),
- Verordnung über das Bestattungswesen vom 1. Oktober 1965 (SRL Nr. 840),

- Vollzugsverordnung zum Bundesgesetz über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände vom 5. Dezember 1995 (kantonale Lebensmittelverordnung; SLR Nr. 843),
- Kantonale Fleischhygieneverordnung vom 21. Juni 1996 (SRL Nr. 844),
- Vollzugsverordnung zum Bundesgesetz über Tierseuchen vom 14. Dezember 1999 (Kantonale Tierseuchenverordnung; SRL Nr. 845),
- Verordnung über die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Kanton Luzern vom 3. Dezember 2002 (Kantonale Zulassungsverordnung; SRL Nr. 865a).

Schliesslich hat das Gesundheits- und Sozialdepartement Richtlinien für die fachlich selbständige und gewerbsmässige Ausübung der nichtärztlichen Alternativmedizin im Kanton Luzern erlassen. Die neuste Fassung datiert vom 21. Dezember 2000 und ist seit dem 1. Januar 2001 in Kraft. Die Richtlinien haben den Charakter einer so genannten Verwaltungsverordnung. Sie dienen der einheitlichen Anwendung von § 16 Absatz 1 GesG (Näheres dazu vgl. Kap. D.III.3.a.).

2. Gesetzgebungsprojekte

Beim Gesundheits- und Sozialdepartement läuft ein Projekt zur Änderung des Prämienverbilligungsgesetzes.

B. Gründe für die Totalrevision

I. Allgemeines

Das geltende Gesundheitsgesetz hat sich bewährt. Allerdings fanden seit seinem Inkrafttreten 1982 im öffentlichen Gesundheitswesen grundlegende Änderungen statt. Diese lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. KVG

Das Krankenversicherungsgesetz des Bundes nennt ambulante Leistungserbringer, die nach kantonalem Recht eine Berufsausübungsbewilligung benötigen. Die fachlichen Voraussetzungen, welche dieser Erlass für die Tätigkeit zu Lasten der sozialen Krankenpflegeversicherung verlangt, sind teilweise nicht mehr identisch mit denjenigen, die gemäss § 42 Absatz 1 GesG für die kantonale Berufsausübungsbewilligung erfüllt sein müssen. Das geltende kantonale Gesundheitsgesetz wurde noch unter dem alten eidgenössischen Kranken- und Unfallversicherungsgesetz erlassen. Auch wurden im KVG neue Berufe als Leistungserbringer aufgenommen. Ferner werden

darin neben den Spitätern weitere Betriebe aufgeführt, 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, Laboratorien, Transport- und Rettungsunternehmen sowie Heilbäder (Art. 51–58 der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 [KVV]; SR 832.102). Damit diese Betriebe zu Lasten der Versicherer tätig sein können, verlangt die Verordnung über die Krankenversicherung unter anderem, dass sie nach kantonalem Recht zugelassen sind. Im geltenden Gesundheitsgesetz sind keine Bestimmungen über die Zulassung solcher KVG-Betriebe enthalten. Einzig in der Verordnung über die Berufe der Gesundheitspflege unterstellte unser Rat die Organisationen der Ergotherapie der Bewilligungspflicht (§ 24a, eingefügt durch Änderung vom 12. Dezember 1995, in Kraft seit dem 1. Januar 1996).

2. Heilmittelgesetz

Weiter gilt seit dem 1. Januar 2002 das Heilmittelgesetz des Bundes. Es löste die Interkantonale Vereinbarung über die Kontrolle der Heilmittel vom 3. Juni 1971 ab, der alle Kantone beigetreten waren. Das neue Heilmittelrecht bringt für die Kantone wesentliche Änderungen. Insbesondere geht die Kompetenz, Betriebsbewilligungen für die Herstellung und den Grosshandel zu erteilen, an das neu geschaffene Schweizerische Heilmittelinstitut «Swissmedic» (Heilmittelinstitut) 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 Spitalapotheiken (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 Artikel 34 Absatz 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 geltenden Gesundheitsgesetz sind keine entsprechenden Bestimmungen enthalten. Unter diesen Umständen sind Anpassungen unabdingbar.

3. Personenfreizügigkeit in Europa

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; BBl 1999

6128) von Bedeutung. Es gilt für Arbeitnehmende, Selbständigerwerbende 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 Artikel 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 unselbständigen und selbständigen Erwerbstätigkeit zu treffen. Wegen des Freizügigkeitsabkommens änderte der Bund teilweise das Freizügigkeitsgesetz aus dem Jahr 1877 (enthalten im Bundesgesetz zum Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft sowie ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit; BBl 1999 6128). Die Änderung trat ebenfalls am 1. Juni 2002 in Kraft. Neben der Diplomanerkennung umfasst die Personenfreizügigkeit auch ein Gleichbehandlungsgebot und ein Diskriminierungsverbot. Zur gleichen Zeit wie die sektoruellen Abkommen mit der EU ist das Abkommen vom 21. Juni 2001 zur Änderung des Übereinkommens vom 4. Januar 1960 zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassociation (EFTA) in Kraft getreten (BBl 2001 4963). Das revidierte EFTA-Übereinkommen erhält damit einen den sektorellen Abkommen vergleichbaren Inhalt. Insbesondere wird die Personenfreizügigkeit auch für den EFTA-Raum (Schweiz, Island, Liechtenstein und Norwegen) eingeführt. Am 14. Mai 2002 hat unser Rat gestützt auf § 67^{bis} Absatz 3 der Staatsverfassung des Kantons Luzern (StV, SRL Nr. 1) in der Verordnung über die Einführung der sektoruellen Abkommen Schweiz–EG und Schweiz–EFTA (SRL Nr. 901e) die notwendigen Anpassungen des kantonalen Rechts vorgenommen, dies im Bewusstsein, dass bei den nächsten Gesetzesrevisionen die mit den sektoruellen Abkommen verbundenen Änderungen zu berücksichtigen sind. Am 1. Juni 2004 fiel der Inländervorrang dahin. Zwar müssen die in EU- und EFTA-Staaten ausgestellten Diplome und Weiterbildungstitel nach wie vor offiziell anerkannt werden. Die Erteilung einer Arbeitsbewilligung wird aber deutlich vereinfacht. Die staatsvertragliche Personenfreizügigkeit tangiert das geltende Gesundheitsgesetz. § 27 Absätze 2 und 3 dieses Gesetzes enthalten mit der Gleichwertigkeit und der Unterversorgung einschränkende Voraussetzungen über die Berufszulassung von ausländisch diplomierten Medizinalpersonen. Ob diese Voraussetzungen erfüllt sind, prüft das Gesundheits- und Sozialdepartement als Bewilligungsbehörde nach Anhören des jeweiligen Berufsverbandes. Weiter verlangt § 42 Absatz 2 GesG, dass ausländische Angehörige eines andern Berufs der Gesundheitspflege für die Berufszulassung eine Niederlassungsbewilligung vorweisen können. Eine solche Bestimmung verstößt gegen das Diskriminierungsverbot. Hier besteht Revisionsbedarf. Dabei ist für die Medizinalpersonen zu berücksichtigen, dass das teilrevidierte Freizügigkeitsgesetz durch das neue Medizinalberufegesetz abgelöst werden wird. Dieses wird sich aus dem teilrevidierten Freizügigkeitsgesetz und neuen Bestimmungen über die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Medizinalpersonen zusammensetzen. Besonders zu beachten ist, dass der vorliegende Entwurf eines Medizinalberufegesetzes durch

Bestimmungen über die Berufsausübung ergänzt wurde. Das teilrevidierte Freizügigkeitsgesetz enthält keine entsprechenden Artikel. Auch das Luzerner Gesundheitsgesetz kennt Vorschriften über die Berufsausübung von Medizinalpersonen (§§ 16–40). Wegen des neuen Medizinalberufegesetzes, das voraussichtlich im Jahr 2008 in Kraft treten wird, ist zu prüfen, ob Anpassungen notwendig sind.

4. Zulassung zur Berufsausübung

Zur Zulassungsthematik ist weiter zu erwähnen, dass der Vorstand der damaligen Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK; heute Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz, GDK) an seiner Sitzung vom 26. März 1999 den Bildungsrat beauftragte, 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 die Erfahrungen mit dem Bundesgesetz vom 6. Oktober 1995 über den Binnenmarkt (Binnenmarktgesezt, BGBl; SR 943.02) sowie Vorbringen von verschiedener Seite an die SDK, die bezweckten, im Bereich der andern Berufe im Gesundheitswesen, insbesondere bei den alternativen Heilmethoden, die unterschiedlichen Zulassungsregeln zu harmonisieren und damit bestehende Unsicherheiten bei den Betroffenen und den Kantonen abzubauen. Im Juni 2000 lieferte die Arbeitsgruppe der SDK ihren Bericht ab. Darin erhob sie den Ist-Zustand der verschiedenen Zulassungssysteme. Sie stellte eine Reihe von Unterschieden zwischen den kantonalen Regelungen sowie deren Anwendung in der Praxis fest. Die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Bern, Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Graubünden, 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 im Kanton Nidwalden möglich. Der Kanton Tessin kennt die Meldepflicht. In den Kantonen Aargau, Genf, Glarus, Neuenburg, Schwyz, Zug, Waadt und Wallis wird die Ausübung alternativer Heilmethoden geduldet. Ein Verbot besteht in den Kantonen Jura und Zürich, wobei der Kanton Zürich zum System der Duldung wechselt will. 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 geltenden §§ 16 und 41 GesG.

5. Verselbständigung der öffentlichen Spitäler

Heute ist die rechtliche Verselbständigung der öffentlichen Spitäler in allen Kantonen ein Thema. Ist der Kanton Träger eines solchen Spitals, hat er nach geltendem Recht unterschiedliche Rollen zu übernehmen, die zu Interessenkonflikten führen: Der Kanton ist auf dem Gesundheitsmarkt gleichzeitig Anbieter und muss in einem

Verfahren die Tarife genehmigen oder sie bei Tarifstreitigkeiten sogar hoheitlich festlegen (Art. 46 Abs. 4 und 47 Abs. 1 KVG). Weiter ist die Meinung vorherrschend, dass die bisherigen Organisationsstrukturen den Anforderungen an eine zeitgerechte sowie ziel- und ressourcenorientierte Führung nicht mehr genügen. Es fehlen die Mittel und Kompetenzen, um die immer anspruchsvoller Aufgaben wirkungsvoll zu erfüllen und mit der Entwicklung Schritt zu halten. Die Entscheidungswege sind heute schwerfällig und oft unklar. Kontrovers diskutiert wird die Form der Verselbständigung, insbesondere die Privatisierung. In den Kantonen Aargau, Thurgau und Zug wandelte man die öffentlichen Spitäler in privatrechtliche Aktiengesellschaften um. Im Kanton St. Gallen wurden die öffentlichen Spitäler in öffentlich-rechtliche Anstalten mit eigener Rechtspersönlichkeit umgestaltet. In den Kantonen Schaffhausen und Solothurn sind entsprechende Vorlagen in der parlamentarischen Beratung. Der Kanton Nidwalden hat aus seinem Kantonsspital eine selbständige Anstalt des kantonalen öffentlichen Rechts geschaffen. In Zürich werden ähnliche Modelle diskutiert¹⁾.

Solche Diskussionen wurden im Übrigen auch bei andern öffentlichen Anstalten geführt, unter anderem bei der Luzerner Kantonalbank, die per Gesetz in eine privatrechtliche Aktiengesellschaft übergeführt wurde (vgl. dazu Gesetz über die Umwandlung der Luzerner Kantonalbank in eine Aktiengesellschaft [Umwandlungsgesetz] vom 8. Mai 2000; SRL Nr. 690). Unsere kantonalen Spitäler sind heute öffentlich-rechtliche Anstalten ohne eigene Rechtspersönlichkeit. Vor diesem Hintergrund ist zu überlegen, welche Form der Verselbständigung anzustreben ist. Mit der Verselbständigung ist auch zu prüfen, ob nicht ein eigenes Spitalgesetz notwendig ist.

6. Tarmed und Spitalarztabgeltungen

Eine weitere SDK-Arbeitsgruppe «Spitalarzt-Abgeltungen» untersuchte in den Jahren 1997 und 1998 die Anstellungsbedingungen der honorarberechtigten Kaderärzttinnen und -ärzte und unterbreitete dem SDK-Vorstand am 18. Dezember 1998 Empfehlungen. Der Vorstand entschied am 28. Januar 1999, bei den kantonalen Gesundheitsdepartementen, beim Konkordat der Schweizer Krankenversicherer (heute Santésuisse), bei H+ Die Spitäler der Schweiz, bei der Medizinaltarifkommission (MTK) und bei der Verbindung Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) eine Vernehmlassung über diese Empfehlungen durchzuführen. Nach der Vernehmlassung beschloss der Vorstand, das Projekt in einem langsameren Tempo weiterzuverfolgen. Entscheidend für die Weiterarbeit war dann die Einführung einer neuen Tarifregelung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Gemäss Artikel 43 Absatz 5 KVG müssen die Einzelleistungstarife auf einer gesamtschweizerischen, einheitlichen Tarifstruktur basieren. Können sich die Tarifpartner nicht einigen, legt der Bundesrat die Tarife fest. Gestützt auf diese Bestimmung haben die FMH, H+ Die Spitäler der

¹⁾Vgl. zum Thema der Auslagerung und der Privatisierung allgemein unter anderem René Schaffhauser, Tomas Poledna [Herausgeber], Auslagerung und Privatisierung von staatlichen und kommunalen Einheiten: Rechtsformen und ihre Folgen, St. Gallen 2002; forum gesundheitsrecht, Barbara Hürlimann, Tomas Poledna, Martin Rübel [Herausgeber], Privatisierung und Wettbewerb im Gesundheitsrecht, Zürich 2000, insbesondere S. 209–210 für den Kanton Thurgau und S. 75–85 und S. 211–233 für den Kanton Zug.

Schweiz, Santésuisse und die MTK vor Jahren das Projekt zur Erarbeitung eines neuen Medizinaltarifs (Tarmed) gestartet. Der neue Tarif trat am 1. Januar 2004 in Kraft. Obwohl der Tarmed auf dem Krankenversicherungsrecht basiert und nur für den ambulanten Bereich gedacht ist, kommt er gezwungenermassen auch bei der Leistungserfassung im Zusatzversicherungsbereich und damit bei der privatärztlichen Tätigkeit zur Anwendung, denn der Tarmed löste den UV-/MV-/IV-Arzttarif sowie den Spitalleistungskatalog (SLK) aus dem Jahr 1986 ab. Und bereits seit längerer Zeit wird darauf hingewiesen, dass der SLK nicht mehr auf dem aktuellen Stand ist. Er wird nicht mehr weiterentwickelt. Eine Erfa-Gruppe «Tarmed und Spitalarztabgeltungen» überarbeitete deshalb die Empfehlungen der früheren Arbeitsgruppe. Das Gesundheitsgesetz enthält in § 63a Bestimmungen über die privatärztliche Tätigkeit. Es ist zu überlegen, ob und inwieweit Anpassungen aufgrund der Empfehlungen der beiden SDK-Arbeitsgruppen erforderlich sind.

II. Parlamentarische Vorstösse

Die folgenden überwiesenen parlamentarischen Vorstösse haben einen Bezug zur Revision des Gesundheitsgesetzes:

- Motion M 584 von Franz Mattmann über eine Änderung des Gesundheitsgesetzes (Publikation der Bewilligung zur Berufsausübung als Medizinalperson), eröffnet am 8. September 1998, erheblich erklärt als Postulat am 21. Juni 1999,
- Motion M 607 von Hans Lustenberger namens der Geschäftsprüfungskommission über die Änderung der §§ 4 und 63 des Gesetzes über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz), eröffnet am 23. November 1998, erheblich erklärt am 24. November 1998,
- Motion M 111 von Marcel Johann über eine Verankerung der Praktikumsplätze im Gesundheitsgesetz, eröffnet am 17. Januar 2000, erheblich erklärt am 8. Mai 2000,
- Motion M 357 von Ruedi Schmidiger über die Verordnung über den Geschäftskreis des Sanitätsrates und des Kantonsarztes, eröffnet am 27. März 2001, als Postulat teilweise erheblich erklärt am 1. Juli 2002,
- Motion M 399 von Beatrice Grüter über die Revision des Schulzahnpflegegesetzes, eröffnet am 25. Juni 2001, erheblich erklärt am 5. März 2002,
- Motion M 448 von Eva Zihlmann über die Ausrichtung des Wartgeldes an die frei-praktizierenden Luzerner Hebammen ab dem Jahr 2002, eröffnet am 3. Juli 2001, erheblich erklärt als Motion am 28. Januar 2002 (vgl. dazu Kap. A.II.1.a.),
- Motion M 538 von Bernadette Schaller über die Aufnahme eines Artikels über die Palliative Medizin, Pflege und Begleitung im neuen Gesundheitsgesetz, eröffnet am 20. November 2001, erheblich erklärt als Postulat am 28. Mai 2002,
- Motion M 739 von Esther Schönberger über die Verankerung der Spitex-Hilfe und der Spitex-Pflege im neuen Gesundheitsgesetz, eröffnet am 10. September 2002, als Postulat erheblich erklärt am 24. Juni 2003,
- Postulat P 299 von Hans Lustenberger über Änderungen des Gesundheitsgesetzes und der Verordnung über die ärztliche Behandlung Bedürftiger, eröffnet am 11. März 1997, erheblich erklärt am 1. Juli 1997.

C. Vernehmlassungsverfahren zum Entwurf eines neuen Gesundheitsgesetzes

Ende September 1999 beauftragten wir das Gesundheits- und Sozialdepartement, mit den Arbeiten zur Totalrevision des Gesundheitsgesetzes zu beginnen. In der Folge erarbeitete das Departement zusammen mit fünf Arbeitsgruppen den Entwurf zu einem Gesundheitsgesetz und zu einem Spitalgesetz mit entsprechenden Erläuterungen. Am 15. Januar 2004 gab das Departement die beiden Entwürfe in die Vernehmlassung. Die Vernehmlassung dauerte bis Ende April 2004.

Die Mehrheit der Vernehmlassungsadressaten erachtet das heutige Gesundheitsgesetz als revisionsbedürftig. Dabei wurde der Erlass eines eigenen Spitalgesetzes, in dem die Einzelheiten der kantonalen Spitäler geregelt sind, mehrheitlich befürwortet. Ebenso mehrheitlich begrüßt wurde bei den Berufen des Gesundheitswesens die Änderung des geltenden Bewilligungssystems vom gefährdungsorientierten zum tägigkeitsspezifischen Modell mit einer Beschränkung der Bewilligungspflicht auf drei Sachverhalte und die Freigabe der ausserwissenschaftlichen Methoden (vgl. Kap. D.III.3.a. und Kap. E. § 15). Mehrheitlich positiv äusserten sich die Vernehmlassungsadressaten auch über die Absicht, den Dentalhygienikerinnen und -hygienikern häufig die fachlich selbständige Tätigkeit zu ermöglichen. Eine starke Mehrheit war auch für die Beibehaltung der geltenden Regelung der Selbstdispensation (vgl. Kap. D.IV). Überwiegend positive Äusserungen trafen auch zu den vorgeschlagenen Lösungen bei den Heilmitteln und der Schulzahnpflege ein.

Wo nötig wird bei den Erläuterungen der jeweiligen Paragraphen (Kap. E) auf einzelne Anträge aus der Vernehmlassung eingegangen.

D. Grundzüge der Revision

In diesem Kapitel sollen die wichtigsten Revisionspunkte dargestellt werden. Zusätzliche Informationen finden sich in den Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen des Entwurfs (vgl. Kap. E).

I. Allgemeines

Wie bereits in der Botschaft des Regierungsrates zum geltenden Gesetz betont wurde, kann sich ein modernes Gesundheitsgesetz nicht auf rein gesundheitspolizeiliche Massnahmen wie Gebote und Verbote beschränken (Botschaft des Regierungsrates zum Entwurf eines Gesundheitsgesetzes vom 3. September 1979, in: Verhandlungen des Grossen Rates 1979, S. 447 N 11; Botschaft-GesG). Diesem Anliegen haben

wir im vorliegenden Entwurf insofern Rechnung getragen, als in § 1 Absatz 1 der Zweck weiter umschrieben wurde. Zudem wird im selben Paragraphen neu die Eigenverantwortung speziell erwähnt. Auch legen wir nach wie vor grossen Wert auf die Prävention und die Gesundheitsförderung (§§ 45–51). Das entsprechende Kapitel wurde durch eine Bestimmung über Zweck und Inhalt der Gesundheitsförderung und der Prävention ergänzt (§ 45).

Politisches Ziel ist es, ein modernes, verständliches und flexibles Gesundheitsgesetz zu schaffen, das den heutigen komplexen Anforderungen im Gesundheitswesen genügt. Insbesondere soll auch das neue Gesundheitsgesetz ein Rahmengesetz bleiben (vgl. dazu zum bestehenden Gesetz Botschaft-GesG, a.a.O., S. 446 N 10). Wo möglich und angezeigt enthält der Entwurf entsprechende Delegationsnormen (vgl. die §§ 12 Abs. 3, 14, 29 Abs. 2, 35, 36, 38 Abs. 3, 42 Abs. 1, 43 Abs. 3, 49 Abs. 6, 50 Abs. 5, 56 Abs. 1 und 57 Abs. 2).

Andererseits kann durch die Integration der Schulzahnpflege in das Gesundheitsgesetz das Schulzahnpflegegesetz aufgehoben werden. Da auch der schulärztliche Dienst im Gesundheitsgesetz geregelt werden soll, sind das Gesetz über die Volksbildung und das Gesetz über die Gymnasialbildung anzupassen (vgl. dazu die §§ 49, 50, 60 Abs. 1b und 61 Unterabs. b–d).

II. Organisation und Zuständigkeiten

Das geltende Gesundheitsgesetz geht davon aus, dass der Kanton die öffentlichen Spitäler errichtet, betreibt und unterhält (§§ 62–66 GesG). Ferner führt der Kanton Ausbildungsstätten für Berufe der Gesundheitspflege und kann solche Institutionen unterstützen (§ 55 GesG). Die Gemeinden errichten Alters- und Pflegeheime (§ 19 des Sozialhilfegesetzes, SHG; SRL Nr. 892). Weiter sind sie zuständig für die ambulante Krankenpflege und den Hauspflegedienst (§ 52 GesG) sowie die Mütter- und Säuglingsberatung (§ 53 GesG). Sie haben zudem Aufgaben bei der Überwachung der Umwelt- und Wohnhygiene und bei gesundheitsschädlichen Immissionen aller Art (§ 13 Abs. 2a und b GesG). Darüber hinaus helfen sie mit beim Vollzug gesundheitspolizeilicher Massnahmen kantonaler Instanzen (§ 13 Abs. 2c GesG). Eine gemeinsame Aufgabe von Kanton und Gemeinden sind Gesundheitserziehung und Prophylaxe (§§ 13 Abs. 2d und 51 GesG). Unseres Erachtens hat sich diese Aufgabenteilung bewährt, weshalb sie auch im neuen Gesundheitsgesetz beibehalten werden soll (§§ 2–13 Entwurf). Auch wenn die kantonalen Spitäler verselbständigt werden, bleibt die Grundversorgung der Bevölkerung eine Aufgabe des Kantons.

III. Berufe im Gesundheitswesen

1. Allgemeines

Die Gesetzesprache des Teils III des Entwurfs (§§ 15–36) lehnt sich zum einen an das künftige Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe an. Zum andern orientiert sie sich an neueren Gesundheitsgesetzen, in denen nicht mehr von Berufen der Gesundheitspflege, sondern von Berufen im Gesundheitswesen gesprochen wird (vgl. z. B. «II. Die Berufe im Gesundheitswesen» und «C. Die anderen Berufe im Gesundheitswesen» des Zürcher Entwurfs zu einem neuen Gesundheitsgesetz, Entwurf GesG-ZH).

Zudem werden im Gesetzesentwurf die gemeinsamen Bestimmungen der Berufe im Gesundheitswesen erweitert. Durch die Publikation der erteilten, entzogenen und auf Antrag erloschenen Berufsausübungsbewilligungen sowie der Berufsverbote soll mehr Transparenz geschaffen und damit ein Beitrag zum Konsumentenschutz geleistet werden (§ 21). Allgemeine Rechte und Pflichten, die heute nur für bestimmte Berufe gelten, sollen – sofern angezeigt – für alle Berufe im Gesundheitswesen anwendbar sein (§§ 23–28). Anträgen aus dem Vernehmlassungsverfahren folgend, sollen die Berufsausübungsbewilligungen neu befristet werden (§ 18). Zudem soll ein Paragraph über die Patientenrechte in das Gesetz aufgenommen werden (§ 25). Weiter schlagen wir gestützt auf unsere Erfahrungen, in Anlehnung an andere kantonale Gesundheitsgesetze sowie aufgrund neuerer, vergleichbarer Lösungen auf Bundesebene eine Meldeberechtigung der Angehörigen der Berufe im Gesundheitswesen gegenüber der Strafuntersuchungsbehörde vor, wenn diese Indizien feststellen, die auf ein Verbrechen oder ein Vergehen gegen bestimmte Rechtsgüter schliessen lassen (§ 27 Abs. 2). Schliesslich soll die Bestimmung über die Ausbildungsstätten gegenüber der heutigen Regelung ausgebaut werden (§ 29).

2. Universitäre Medizinalberufe

Wie bereits angetönt, wird das im Entwurf vorliegende eidgenössische Medizinalberufegesetz (E-MedBG) grundlegende Änderungen für die Berufszulassung der Medizinalpersonen bringen. Zum einen werden neben den Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten, Apothekerinnen und Apothekern sowie den Tierärztinnen und Tierärzten neu auch die Chiropraktorinnen und Chiropraktoren zu den universitären Medizinalberufen gehören (Art. 2 Abs. 1 E-MedBG). Zum andern wird sich das Medizinalberufegesetz nicht mehr allein mit der Freizügigkeit und ihren Voraussetzungen befassen. Infolge zusätzlicher Bestimmungen wird es ein umfassendes Gesetz über die universitären Medizinalberufe werden. Die selbständige Ausübung eines universitären Medizinalberufs ist von Bundesrechts wegen bewilligungspflichtig. Die Bewilligung ist von dem Kanton zu erteilen, auf dessen Gebiet der Medizinalberuf selbständig ausgeübt wird (Art. 34 E-MedBG). Die kantonale Bewilligung darf

nur erteilt werden, wenn die Gesuchstellerin oder der Gesuchsteller ein entsprechendes eidgenössisches Diplom besitzt, vertrauenswürdig ist, physisch und psychisch Ge-währ für eine einwandfreie Berufsausübung bietet und eine Berufshaftpflichtversi-cherung nach Massgabe der Art und des Umfangs der Risiken abgeschlossen hat (Art. 36 Abs. 1 E-MedBG). Die Erteilung einer Bewilligung zur selbständigen Aus-übung des Arzt- und des Chiropraktorenberufs erfordert zusätzlich einen eidgenössi-schen Weiterbildungstitel (Art. 36 Abs. 2 E-MedBG). Ausländische Diplome und Wei-terbildungstitel müssen von der Medizinalberufekommission anerkannt sein (Art. 15 Abs. 3, 21 Abs. 3 und 50 Abs. 1d E-MedBG). Die Kommission anerkennt solche Dip-lome und Weiterbildungstitel, wenn ihre Gleichwertigkeit mit einem eidgenössischen Ausweis in einem Vertrag über die gegenseitige Anerkennung mit dem betreffenden Staat vorgesehen ist. Zudem muss die Inhaberin oder der Inhaber eine Landes-sprache beherrschen (Art. 15 Abs. 1 und 21 Abs. 1 E-MedBG). Ein anerkanntes ausländisches Diplom oder ein anerkannter ausländischer Weiterbildungstitel hat in der Schweiz die gleiche Wirkung wie die entsprechenden eidgenössischen Ausweise (Art. 15 Abs. 2 und 21 Abs. 2 E-MedBG). Anerkennt die Medizinalberufekommission das ausländische Diplom oder den ausländischen Weiterbildungstitel nicht, entschei-det sie, unter welchen Voraussetzungen das eidgenössische Diplom oder der entspre-chende eidgenössische Weiterbildungstitel erworben werden kann (Art. 15 Abs. 4 und 21 Abs. 4 E-MedBG). Die Kantone dürfen Medizinalpersonen mit einem ausländi-schen Diplom oder einem ausländischen Weiterbildungstitel, die von einem Staat aus-gestellt wurden, mit dem die Schweiz keinen Vertrag über die gegenseitige Anerken-nung abgeschlossen hat, nur unter einschränkenden Bedingungen eine Bewilligung zur selbständigen Berufsausübung erteilen. Vorab muss der Ausweis gleichwertig sein. Sodann können diese Medizinalpersonen zum einen nur zugelassen werden, wenn sie in einem Studien- oder Weiterbildungsgang lehren, der nach dem Medizinal-berufegesetz akkreditiert ist, und wenn sie innerhalb des sie anstellenden Spitals selb-ständig arbeiten. Zum andern kann eine Berufszulassung nur erteilt werden, wenn sie in einem Gebiet mit nachgewiesener medizinischer Unterversorgung selbständig tätig werden. Der Bundesrat bestimmt das Nähere durch Verordnung (Art. 36 Abs. 3 E-MedBG).

Damit können unseres Erachtens die Kantone ausländisch diplomierte Medizi-nalpersonen nicht mehr – wie dies § 27 Absatz 2 GesG vorsieht – aufgrund einer eige-nen Gleichwertigkeitsprüfung in Regionen zulassen, in denen die Bevölkerung mit entspre-chenden Dienstleistungen unteversorgt ist. Die Gleichwertigkeit und die Kri-terien der Unterversorgung werden künftig im Bundesrecht umschrieben sein. Auch § 27 Absatz 3 GesG kann nicht ins neue Gesundheitsgesetz übernommen werden. Danach können Ausnahmebewilligungen gemäss § 27 Absatz 2 GesG an Bedingun-gen geknüpft und befristet werden. Bedingungen im Sinn dieser Bestimmung sind zum Beispiel die Bindung an die unteversorgte Region und die Verpflichtung, die Schulzahnpflege zu übernehmen oder das eidgenössische Diplom zu erwerben. Auch hier gilt künftig Bundesrecht. Deshalb soll im neuen Gesundheitsgesetz anstelle von § 27 GesG der allgemeine Hinweis aufgenommen werden, dass die Gesuchstellerin oder der Gesuchsteller die von der Gesetzgebung verlangten fachlichen Anforderun-gen erfüllen muss (§ 17 Unterabs. a Entwurf).

Das neue Medizinalberufegesetz wird zudem für Personen, die in einem Kanton einen universitären Medizinalberuf ausüben, verschiedene Berufspflichten enthalten (Art. 40 Unterabs. a-e E-MedBG). Insbesondere müssen sie ihren Beruf sorgfältig, gewissenhaft und rechtmässig ausüben. Sie haben die Grenzen ihrer Kompetenzen zu berücksichtigen, die sie im Rahmen der Aus-, Weiter- und Fortbildung erworben haben (Unterabs. a). Weiter sind sie verpflichtet, ihre beruflichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten durch kontinuierliche Fortbildung zu vertiefen, zu erweitern und zu verbessern (Unterabs. b). Sie dürfen nur objektive und dem öffentlichen Bedürfnis entsprechende Werbung machen, die weder irreführend noch aufdringlich ist (Unterabs. c.). Zudem haben sie das Berufsgeheimnis zu wahren (Unterabs. d). Schliesslich haben sie in dringenden Fällen Beistand zu leisten und nach Massgabe der kantonalen Vorschriften in Notfalldiensten mitzuwirken (Unterabs. e). Jeder Kanton hat eine Behörde zu bezeichnen, welche die Medizinalpersonen mit kantonaler Bewilligung für sein Gebiet beaufsichtigt (Art. 41 Abs. 1 E-MedBG). Verstossen Medizinalpersonen gegen Berufspflichten, kann die kantonale Aufsichtsbehörde Disziplinarmassnahmen anordnen. Es sind dies die Verwarnung, der Verweis und Bussen sowie ein befristetes oder dauerndes Verbot der selbständigen Berufsausübung (Art. 43 E-MedBG). Schliesslich erwähnt der Entwurf des Medizinalberufegesetzes weitere Regeln über die Disziplinarverfahren in andern Kantonen, die Meldepflicht der kantonalen Gerichts- und Verwaltungsbehörden, die Meldepflicht der eidgenössischen Behörden an die kantonale Aufsichtsbehörde und die Meldepflicht der Kantone an die Medizinalberufekommission. Weiter finden sich Artikel über die Geltung des Verbots der selbständigen Berufsausübung, die Verjährung und die Löschung von Disziplinarmassnahmen (Art. 44–46 E-MedBG). Das geltende Gesundheitsgesetz enthält mit dem Bewilligungsentzug in § 19 ebenfalls eine Disziplinarmassnahme. Gemäss einer Auskunft des BAG ist davon auszugehen, dass die Kantone in ihren Gesetzen trotz der zitierten bundesrechtlichen Bestimmungen weitere Entzugstatbestände aufnehmen können. Das BAG leitet dies aus Artikel 41 Absatz 2 E-MedBG ab. Aufgrund dieser neuen Rechtslage ist in § 19 Absatz 3 des Entwurfs ein entsprechender Vorbehalt zugunsten des Medizinalberufegesetzes (bzw. des zukünftigen Bundesrechts) zu machen. Das Gleiche gilt für die allgemeine Sorgfaltspflicht gemäss § 24 des Entwurfs.

3. Andere Berufe im Gesundheitswesen

a. Geltende Regelung

Laut § 16 Absatz 1 des geltenden Gesundheitsgesetzes braucht eine Bewilligung, wer unter eigener fachlicher Verantwortung und gewerbsmässig Krankheiten, Verletzungen oder andere Störungen der physischen und psychischen Gesundheit feststellt und behandelt (Unterabs. a), die Geburtshilfe ausübt (Unterabs. b) oder Heilmittel herstellt, weiterverarbeitet, abgibt oder anwendet (Unterabs. c).

Nach der Rechtsprechung spielt es für die Bewilligungspflicht keine Rolle, ob jemand Menschen oder Tiere mit schul- oder erfahrungsmedizinischen Methoden diagnostiziert und behandelt. Von der Bewilligungspflicht ausgenommen sind nur Personen, die gewerbsmäßig körperliche oder seelische Funktionsstörungen mit geistigen Kräften wie Parapsychologie, Magnetopathie, Geistheilung, Augendiagnostik und dergleichen behandeln. Sie haben ihre Tätigkeit vorgängig dem Gesundheits- und Sozialdepartement zu melden (§ 16 Abs. 3). Sie dürfen keine Diagnosen stellen. Auch ist es ihnen verboten, äusserlich oder innerlich anzuwendende Heilmittel zu verabreichen oder zu verordnen. Zudem dürfen sie keine Eingriffe in die körperliche Integrität vornehmen (§ 37 der Verordnung über die Berufe der Gesundheitspflege). Ihr Tätigkeitsbereich ist mithin stark eingeschränkt. Und allein aufgrund der Tatsache, dass das Gesundheitsgesetz nur die Medizinalpersonen und bestimmte Berufe der Gesundheitspflege nennt, kann nicht geschlossen werden, dass im Kanton Luzern die fachlich selbständige und gewerbsmässige Ausübung von alternativmedizinischen Methoden durch Personen verboten ist, die nicht zu diesen Berufen gehören. Denn aufgrund der Botschaft zum heutigen Gesundheitsgesetz und der Beratungen des Grossen Rates über den Gesetzesentwurf wird klar, dass sich der Gesetzgeber bewusst war, dass er nicht sämtliche möglichen Berufe der Gesundheitspflege, die nach § 16 Absatz 1 bewilligungspflichtig sind, geregelt hat. Dementsprechend weist § 16 Absatz 2 ausdrücklich darauf hin, dass unter die Bewilligungspflicht namentlich die Medizinalpersonen nach § 26 und die in § 41 aufgeführten Berufe der Gesundheitspflege fallen. Konsequenterweise ist die in § 41 Absatz 1 enthaltene Liste der Berufe der Gesundheitspflege nicht abschliessend. Nach § 41 Absatz 2 kann der Regierungsrat nötigenfalls durch Verordnung weitere Berufe der Gesundheitspflege und Betriebe, welche Tätigkeiten im Sinn von § 16 Absatz 1 ausüben, bewilligungspflichtig erklären (vgl. zum Ganzen LGVE 1988 III Nr. 24). Er hat von dieser Kompetenz Gebrauch gemacht, indem er mit Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes die Ergotherapeuten und die Logopäden in die Verordnung über die Berufe der Gesundheitspflege aufnahm (§§ 24a und 30a).

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass das geltende Luzerner Gesundheitsrecht bei der Frage, ob eine Tätigkeit im Gesundheitswesen bewilligungspflichtig ist, ausschliesslich auf das Kriterium der Gefährdung abstellt (so genanntes gefährdungsorientiertes Modell, vgl. dazu Bericht SDK-Arbeitsgruppe «Zulassung zu beruflichen Tätigkeiten des Gesundheitswesens» vom Juni 2000, S. 26, Ziff. 2, und S. 28 zu 2.). Dabei ist der Katalog der bewilligungspflichtigen Tätigkeiten offen. Die Berufe werden auf unterschiedlicher Stufe geregelt: diejenigen, die im Zeitpunkt des Erlasses des Gesundheitsgesetzes bekannt waren und im Kanton Luzern ausgeübt wurden, werden im Gesetz genannt; neuere bewilligungspflichtige Berufe werden auf Verordnungsstufe geregelt.

Aufgrund dieser Rechtslage muss das Gesundheits- und Sozialdepartement immer mehr Gesuche beurteilen, mit denen Personen, die nicht Ärztinnen oder Ärzte sind und keinen andern Beruf der Gesundheitspflege ausüben, eine Praxisbewilligung für die fachlich selbständige und gewerbsmässige Ausübung alternativmedizinischer Therapiemethoden an Kranken beantragen. In diesem Zusammenhang verweisen wir auf die Liste im Anhang. Sie zeigt, wie gross die Vielfalt der Methoden und der

Bezeichnungen ist. Die SDK-Arbeitsgruppe «Zulassung zur beruflichen Tätigkeit im Gesundheitswesen» ging in ihrem Bericht sogar von 270 verschiedenen Methoden aus (SDK-Arbeitsgruppe «Zulassung zu beruflichen Tätigkeiten des Gesundheitswesens», S. 29; der Bericht ist auf Internet unter www.gdk.cds.ch abrufbar).

Um eine möglichst sachgerechte und rechtsgleiche Behandlung der Anträge sicherzustellen, hat das Departement – wie bereits unter Kapitel A.II.1.c. erwähnt – entsprechende Richtlinien erlassen. In den geltenden Richtlinien sind Bewilligungen für die Traditionelle Chinesische Medizin mit oder ohne Akupunktur, für allgemeine Naturheilkunde und für klassische Homöopathie vorgesehen. Die Gesuche werden von einer Fachkommission beziehungsweise einem Arbeitsausschuss beurteilt. Darin vertreten sind neben drei Ärztinnen oder Ärzten auch eine Heilpraktikerin und ein Heilpraktiker. Zwei der drei Ärzte haben eine alternativmedizinische Zusatzausbildung. Für eine Bewilligung werden mindestens 1500 Stunden in direktem Unterricht an höchstens drei Schulen und eine Prüfung verlangt. Davon müssen mindestens 560 Stunden in ausgewählten schulmedizinischen Fächern absolviert worden sein.

Die Anwendung dieser Richtlinien hat gezeigt, dass im alternativmedizinischen Bereich – insbesondere bei den Naturheilpraktikerinnen und -praktikern – die Berufsbilder nicht klar definiert werden können (vgl. in diesem Sinn auch BGE 125 I 322 E. 3g S. 330 f. und die Ausführungen des Erfahrungsmedizinischen Registers, EMR, www.emr.ch, news.fp 5). Auch wenn der Bund mit Artikel 63 BV neu die Kompetenz zur Regelung der Berufsbildung im Bereich der Gesundheit erhalten hat, besteht im heutigen Zeitpunkt kein gesamtschweizerischer Konsens darüber, welche Lehrgänge und Prüfungen in diesen Berufen erforderlich sind. Wohl haben sich verschiedene Schulen und Verbände mit der Bitte an das Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT) gewandt, gestützt auf das neue Berufsbildungsgesetz (BBG; SR 412.10), das am 1. Januar 2004 in Kraft getreten ist, die Ausbildung in diesem Bereich zu regeln. Eine Nachfrage beim BBT hat ergeben, dass man bezüglich dieser Frage noch in den Anfängen steckt. Das Bundesamt verschafft sich zurzeit einen Überblick über den Ist-Zustand. Sollte eine Bundeslösung überhaupt realisiert werden, wäre nach Ansicht des BBT höchstens eine Regelung denkbar, mit der die Ausbildung von einer bis drei Kategorien alternativmedizinischer Berufe – auf keinen Fall aber alle denkbaren Methoden – festgelegt würde. Gesetzlich geregelt werden soll aber lediglich die Berufsbildung. Die Berufszulassung und die damit notwendigerweise verbundene Umschreibung des Tätigkeitsfeldes wäre trotz einheitlicher Ausbildung nach wie vor Sache der Kantone. Darin unterscheidet sich diese Berufsgruppe wesentlich von den andern Berufen der Gesundheitspflege. Letzteren ist ein Tätigkeitsbereich zugeordnet, der auf einem Konsens beruht. Ihre Ausbildung ist einheitlich geregelt und wird vom Staat oder von einem anerkannten Verband überwacht. Am Schluss der Ausbildung steht ein anerkanntes Diplom oder Zertifikat. Auf Bundesebene geregelt sind unter anderem der Augenoptiker-, der Drogisten- und der Zahntechnikerberuf. Vom Schweizerischen Roten Kreuz im Auftrag der GDK geregelt sind insbesondere die Dentalhygienikerinnen und -hygieniker, die Ergotherapeutinnen und -therapeuten, die Ernährungsberaterinnen und -berater, die Hebammen, die Pflegefachfrauen und -männer (vormals Krankenschwestern und -pfleger), die medizinischen Masseurinnen und Masseure und die Podologinnen und Podologen. Kantonal geregelt sind

die Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Demgegenüber werden die alternativ-medizinischen Ausbildungen bestenfalls mit einem Abschluss einer oder mehrerer privater, nicht kontrollierter Schulen oder sogar nur mit einer Vielzahl von Bestätigungen über den Besuch von Wochenendkursen, die nicht einmal geprüft wurden, beendet. Damit erweist es sich auch als äusserst schwierig, diese Ausbildungen zu werten. Schliesslich ist die Durchführung von kantonalen Prüfungen auch wegen der Methodenvielfalt und der mangelnden Experten komplex.

Unseres Erachtens ist das Entscheidende, dass die Luzerner Lösung bei der Bevölkerung Unklarheiten schafft und falsche Erwartungen erweckt. Damit erweist unser Bewilligungssystem dem Gesundheitswesen nur scheinbar einen guten Dienst. Es hebt Personen, die fachlich selbständig und gewerbsmässig alternative Heilmethoden an Kranken ausüben, auf die gleiche Stufe wie die andern Berufe der Gesundheitspflege, obwohl bezüglich des Tätigkeitsfeldes sowie der Struktur und der Kontrolle der Ausbildungen eindeutig erhebliche Unterschiede bestehen. Selbst Kantone, welche Heilpraktikerinnen und -praktiker oder Homöopathinnen und Homöopathen der Bewilligungspflicht unterstellen, reihen diese wohl aus dem genannten Grund nicht unter die Berufe der Gesundheitspflege ein. Vielmehr werden sie im Gesundheitsgesetz neben den Medizinalpersonen und den Berufen des Gesundheitswesens als separate Kategorie geführt (vgl. dazu die §§ 10 Abs. 2, 27 und 28 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Solothurn). Weiter erwecken die Bewilligungen den Eindruck, dass das Gesundheits- und Sozialdepartement die fachlichen Fähigkeiten der Gesuchstellerinnen und Gesuchsteller mit Gewähr prüfen konnte. Wird die Bewilligung erteilt, wirkt sie auf die Bürgerinnen und Bürger wie ein Gütesiegel. Bewilligungsinhaberinnen und -inhaber werben denn auch mit Ausdrücken wie «kantonal approbiert». Dies schafft staatliche Verantwortung, die objektiv gesehen nicht eingelöst werden kann. Darüber hinaus erweckt die Bewilligungspflicht den Eindruck, dass die angebotenen Verfahren wirksam und zweckmässig sind. Denn bei den heute in § 41 Absatz 1 GesG und in der entsprechenden Verordnung aufgezählten Berufen der Gesundheitspflege besteht ein Konsens, dass die damit verbundenen Tätigkeiten die vom Berufsbild verlangten Zielsetzungen erfüllen. Dass dies gerade bei den alternativen Heilmethoden nach dem heutigen Wissensstand nicht immer der Fall ist, zeigt das Bundesrecht. Artikel 32 Absatz 1 KVG bestimmt, dass Leistungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur übernommen werden dürfen, wenn sie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Und wegen entsprechender Bedenken können gemäss Ziffer 10 des Anhangs 1 zur Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31) die anthroposophische Medizin, die chinesische Medizin, die Homöopathie, die Neuraltherapie und die Phytotherapie nur versuchsweise zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden.

Trotz dieser Einwände ist zu respektieren, dass in der Bevölkerung ein Bedürfnis nach alternativmedizinischen Leistungen besteht, welche durch Personen erbracht werden, die nicht Ärztinnen oder Ärzte sind. Sie von vornherein ganz oder teilweise gesetzlich zu verbieten (so genanntes diplomierte Modell, vgl. dazu SDK-Arbeitsgruppe «Zulassung zu beruflichen Tätigkeiten des Gesundheitswesens» mit Varianten, S. 25 f., Ziff. 1) ist nicht zeitgemäß. Weiter ist unbestritten, dass ein Instrumenta-

rium zur Verfügung gestellt werden muss, das die Bevölkerung schützt. Damit geht es um die Frage, wie der Schutz erreicht wird und wie weit er gehen soll. Aufgrund der obigen Ausführungen erachten wir die heutige Regelung der Bewilligungspflicht nicht als tauglichen Schutz der Bevölkerung. Es muss ein neues System gefunden werden, das der Nachfrage in der Bevölkerung Rechnung trägt, die geschilderten negativen Auswirkungen der Bewilligungspflicht vermeidet und trotzdem hinreichenden Schutz bietet. Bei diesen Überlegungen ist zu berücksichtigen, dass es nach Ansicht des Bundesgerichts eine politische Frage ist, welche Risiken in Kauf genommen werden sollen. Diese Frage kann in den verschiedenen Kantonen unterschiedlich beantwortet werden. Denn es ist naturgemäß ausserordentlich schwierig, das Risiko, das sich durch die Zulassung bestimmter Heilberufe ergeben kann, zu quantifizieren (BGE 125 I 322 E. 4c und E. 5b S. 333 f.). Beziiglich der Risiken ist zu ergänzen, dass das Gesundheits- und Sozialdepartement kaum Beschwerden erhält, die Personen betreffen, welche alternativmedizinische Methoden praktizieren. Bemängelt werden in den wenigen Beschwerden überdies die Wirksamkeit und die in Rechnung gestellten Beträge, nicht aber die Gefährdung von Leib und Leben. Schliesslich bietet auch das Strafrecht mit Tatbeständen wie Körperverletzung und gewerbsmässigem Wucher einen wirksamen Schutz.

b. Neue Regelung der Bewilligungspflicht

Die SDK-Arbeitsgruppe «Zulassung zu beruflichen Tätigkeiten des Gesundheitswesens» erwähnt in ihrem Bericht neben dem «diplomierten Modell mit Varianten» und dem «gefährdungsorientierten Modell», das der Kanton Luzern anwendet, auch das so genannte «tätigkeitsspezifische Modell». Bei Letzterem werden die Voraussetzungen der Bewilligungspflicht auf Gesetzesstufe positiv und abschliessend aufgezählt. Bewilligungspflichtig sind Gesundheitsberufe, die nach den Erkenntnissen der anerkannten Wissenschaften ausgeübt werden oder die im Krankenversicherungsrecht des Bundes als Leistungserbringer genannt sind. Weiter sind Tätigkeiten bewilligungspflichtig, die ein besonderes Gefährdungspotenzial aufweisen. Die Exekutive hat auf Verordnungsstufe festzulegen, welche Berufe unter die Bewilligungspflicht fallen. Alle Diagnose- und Behandlungsmethoden, die ausserhalb dieses staatlich beaufsichtigten Berufs- beziehungsweise Tätigkeitsfeldes liegen, sollen bewilligungsfrei ausgeübt werden können (SDK-Arbeitsgruppe «Zulassung zu beruflichen Tätigkeiten des Gesundheitswesens», S. 26, Ziff. 3 und S. 28 f. zu 3). Die Arbeitsgruppe empfiehlt in ihrem Bericht den Kantonen, die Bewilligungspflicht künftig auf diese Weise zu beschränken (S. 26, Ziff. V, Bstb. A).

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 (vgl. dazu auch unsere Ausführungen zu § 1 Absatz 1 des Entwurfs in Kap. E.I.). Heute kann aufgrund der allgemein höheren Bildung und des leichteren Zugangs zu Informationen angenommen werden, dass diese 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 beim gefährdungsorientierten Modell mit dem Anschein der Unbedenklichkeit sowie der therapeutischen Wirksamkeit und Zweckmässigkeit verbunden sind (SDK-Arbeitsgruppe «Zulassung zu beruflichen Tätigkeiten des Gesundheitswesens», S. 28 f.).

Sowohl der Entwurf zu einem neuen Gesundheitsgesetz des Kantons Zürich wie auch die Gesundheitsverordnung des Kantons Schwyz vom 16. Oktober 2002 haben das tätigkeitsspezifische Modell übernommen (vgl. dazu § 2 Entwurf GesG-ZH sowie die §§ 18, 19 und 21 der Gesundheitsverordnung des Kantons Schwyz [GesV-SZ] und die Seiten 5 und 14 ff. des Berichts und der Vorlage an den Kantonsrat vom 14. November 2001, Beschluss Nr. 1426/2001).

Unter Berücksichtigung all dieser Umstände schlagen wir deshalb in den §§ 15 und 36 des Entwurfs ein tätigkeitsspezifisches Modell vor. Wie bereits im Kapitel C. erwähnt, ist im Vernehmlassungsverfahren der Wechsel vom gefährdungsorientierten zum tätigkeitsspezifischen Modell mehrheitlich grundsätzlich begrüßt worden. Dem Schutzbedürfnis der Bevölkerung soll insofern Rechnung getragen werden, als dem Regierungsrat im Gesetz die Kompetenz erteilt werden soll, den Tätigkeitsbereich der Behandlungen zu umschreiben, die frei ausgeübt werden dürfen. Weiter soll die Möglichkeit bestehen, dass das Gesundheits- und Sozialdepartement die Ausübung dieser Tätigkeiten verbieten kann, wenn diese Leib und Leben gefährden (vgl. dazu unsere weiteren Ausführungen zu § 15 Absatz 3 des Entwurfs in Kap. E.).

Zudem schlagen wir trotz gegenteiliger Meinungsäusserungen im Vernehmlassungsverfahren vor, die Meldepflicht im Sinn von § 16 Absatz 3 GesG ersatzlos zu streichen. Auch sie weckt bei der Bevölkerung die falsche Hoffnung, das Departement könne die Ausbildungsgänge prüfen. Wer sich gemeldet habe, sei zuverlässig. Abgesehen davon stellen wir fest, dass die Mehrzahl der Personen, die einer Meldepflicht unterstellt wären, ihr nicht nachkommen. Auf der andern Seite treffen beim Departement auch in diesem Bereich äusserst selten Klagen ein. Berufsverbote, die nach § 16 Absatz 3 GesG zulässig wären, mussten keine ausgesprochen werden.

c. Vorschlag des Vereins der kantonal approbierten HeilpraktikerInnen Luzern

Das Gesundheits- und Sozialdepartement hat mehrere Male mit dem «Verein der kantonal approbierten HeilpraktikerInnen Luzern» Gespräche über die Neuregelung der Alternativmedizin im Gesundheitsgesetz geführt. Es hat den Verein eingeladen, seine Meinung zur geplanten Änderung im alternativmedizinischen Bereich zu äussern. Dieser reichte am 14. April 2002 das Positionspapier «Die Tätigkeit der Naturheilpraktiker im Rahmen des Gesundheitsgesetzes des Kantons Luzern» ein. Darin unterscheidet er zwischen den Naturheilpraktikern (Naturheilärzten) und den

naturheilkundlichen Therapeuten. Nach Ansicht des Vereins liegen die Unterschiede der beiden Gruppen im Umfang der Ausbildung sowie der Diagnose- und Therapiemöglichkeiten, in der Fähigkeit, im direkten Patientenkontakt selbständig Krankheitszustände festzustellen, zu behandeln und ihnen vorzubeugen, sowie in der Positionierung im Gesundheitswesen. Es gebe nur wenige alternativmedizinische Therapiekonzepte, mit denen umfassende Diagnosen gestellt und Therapien durchgeführt werden könnten. Dies seien die klassische Homöopathie, die Traditionelle Chinesische Medizin und die traditionelle westliche Naturheilkunde. Diese drei Methoden seien innerhalb der Naturheilpraktik so genannte Fachrichtungen.

Der Verein und die Schweizerische Konferenz der Heilpraktiker beantragen, auf die Liberalisierung der Naturheilpraktikerzulassung zu verzichten. Vielmehr sei der Naturheilpraktiker im Gesundheitsgesetz den andern Berufen im Gesundheitswesen gleichzustellen und dementsprechend im heutigen § 41 Absatz 1 GesG explizit zu erwähnen. Die Bewilligungsvoraussetzungen seien auf Verordnungsstufe festzulegen. Der Verein geht dabei von einer Ausbildung von insgesamt 2500 bis 3000 Stunden aus, aufgeteilt in mindestens 800 Stunden medizinisches Grundwissen, mindestens 500 Stunden naturheilkundliches Basiswissen, 100 Stunden Einführung in die drei oben erwähnten Fachrichtungen der Naturheilpraktik, mindestens 900 Stunden in der gewählten Fachrichtung, mindestens 200 Stunden allgemeine Berufskompetenz und mindestens 300 Stunden geführtes Praktikum. Naturheilkundliche Therapeuten hingegen sollen frei, das heißt ohne Berufsausübungsbewilligung, praktizieren können.

Zudem hat der Verein der kantonal approbierten NaturheilpraktikerInnen Luzern Ende Juni 2002 bei unserem Rat eine Petition zur Qualitätssicherung der Naturheilpraktik eingereicht. Auch darin wird gefordert, den Beruf des Naturheilpraktikers und der Naturheilpraktikerin im Gesundheitsgesetz ausdrücklich zu nennen, dort zu regeln und damit den andern Berufen im Gesundheitswesen gleichzustellen. Nur die Bewilligungspflicht für den Naturheilpraktikerberuf auf Gesetzesstufe biete Schutz vor juristischer und politischer Willkür. Die Lösung des Departements sei unverantwortlich, weil sie der Scharlatanerie Tür und Tor öffne. Alles andere würde die Fortführung der engagierten und qualifizierten Tätigkeit der Naturheilpraktikerinnen und -praktiker faktisch verunmöglichen.

Unseres Erachtens gehen der Verein der kantonal approbierten HeilpraktikerInnen Luzern und die Schweizerische Konferenz der Heilpraktiker, welche im Vernehmlassungsverfahren ähnliche Anträge stellten, von falschen Voraussetzungen aus. Die in § 15 des Entwurfs vorgeschlagene Regelung verunmöglicht die qualifizierte Ausübung dieses Berufes nicht. Es wird vermehrt Sache des Berufsverbandes sein, für eine gute Ausbildung zu sorgen. Dem legitimen Bedürfnis der Bevölkerung nach genügendem Schutz wird mit einer Bestimmung über die Eingrenzung des Tätigkeitsbereichs und der Möglichkeit, ein Berufsverbot auszusprechen, genügend Rechnung getragen. Hinzu kommt der strafrechtliche Schutz. Außerdem löst der Vorschlag die mit der geltenden Regelung verbundenen Probleme nicht. Die Bedenken über die Beurteilbarkeit, Wirksamkeit und Zweckmässigkeit bleiben bestehen. Zudem ist nicht auszuschliessen, dass sich die naturheilkundlichen Therapeuten auf dem Rechtsweg eine Praxisbewilligung für einen Teilbereich erstreiten.

Anzufügen bleibt, dass der Schweizerische Verband für natürliches Heilen den Vorschlag von § 15 des Entwurfs und die Beweggründe dazu unterstützte.

IV. Selbstdispensation

Gemäss § 23 Absatz 1 GesG können Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Tierärztinnen und Tierärzte sowie Spitäler mit Bewilligung des Gesundheits- und Sozialdepartementes eine Privatapotheke führen (die Selbstdispensation). Die Bewilligung wird erteilt, wenn für eine fachgerechte Lagerung, Überwachung und Abgabe der Arzneimittel Gewähr besteht (§ 23 Abs. 2 GesG). Inhaberinnen und Inhabern einer entsprechenden Bewilligung wird damit die Abgabe von Heilmitteln für den eigenen Praxisbedarf gestattet. Hingegen sind der Handverkauf oder die Belieferung von Wiederverkäufern von Gesetzes wegen verboten (§ 23 Abs. 4 GesG). Nach geltendem Recht wird ein Bedarfsnachweis für die Führung einer Privatapotheke nicht verlangt.

Artikel 117 BV ermächtigt den Bund zum Erlass von Bestimmungen über die Kranken- und Unfallversicherung. Und nach Artikel 118 Absatz 1 BV trifft er im Rahmen seiner Zuständigkeit Massnahmen zum Schutz der Gesundheit. Er erlässt unter anderem Vorschriften über den Umgang mit Heilmitteln (Art. 118 Abs. 2 BV). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung hat der Bund diese Kompetenz, so weit sie die Selbstdispensation betrifft, nicht ausgeschöpft. Vielmehr habe er in Artikel 37 Absatz 3 KVG die Regelung der Selbstdispensation ausdrücklich den Kantonen zugewiesen. Danach würden 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 seien. Allerdings schreibe der letzte Satz von Artikel 37 Absatz 3 KVG den Kantonen vor, dabei insbesondere die Zugangsmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten zu einer Apotheke zu berücksichtigen. Mithin lege das Krankenversicherungsgesetz ein einziges Beurteilungskriterium fest und stecke einen Rahmen ab, der allerdings sehr vage sei. Über die Art und Weise, wie dieses Kriterium näher konkretisiert und gewichtet werden müsse, spreche sich das Krankenversicherungsgesetz hingegen nicht aus. Im Übrigen enthalte auch das Heilmittelgesetz vom 15. Dezember 2000 in Artikel 24 Absatz 1b keine eigene bundesrechtliche Regelung der Selbstdispensation. Es verweise vielmehr für die Abgabe von verschreibungspflichtigen Medikamenten durch andere Medizinalpersonen als Apothekerinnen und Apotheker auf die Bestimmungen über die Selbstdispensation (Urteil der II. öffentlich-rechtlichen Abteilung vom 24. Oktober 2001, 2P.52/2001; 2A.89/2001, E. 2c S. 2 f.).

Zwar hält das Bundesgericht im zitierten Entscheid zum ersten Mal fest, dass Artikel 37 Absatz 3 KVG direkt für die Selbstdispensation der Kantone verbindlich ist. Allerdings ist gleichzeitig zu beachten, dass diese Bestimmung den Kantonen einen sehr weiten Spielraum für die Regelung der Selbstdispensation setzt. Das Bundesrecht verlangt insbesondere nicht, dass ein Ort oder eine Region unversorgt sein muss, damit eine Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke erteilt werden kann (Bedürfnisnachweis). Im Gesetz finden sich auch keine Angaben über eine optimale Apothekendichte. Bestimmt wird nur, dass die Kantone keine Regelungen treffen dürfen, welche die Apothekenstrukturen übergehen. Dabei ist besonders hervorzuheben, dass sich Artikel 37 Absatz 3 KVG darüber ausschweigt, auf welche Weise der

Gesetzgeber die Zugangsmöglichkeiten von Patientinnen und Patienten zu den öffentlichen Apotheken zu prüfen, zu berücksichtigen und zu gewichten hat. In jedem Fall ist der Ermessensspielraum der Kantone mangels einer konkreten bundesrechtlichen Regelung sehr gross.

Im Kanton Luzern bestehen 34 Apotheken. Davon befinden sich 18 Betriebe in der Stadt Luzern. Damit kommt auf etwa 10100 Einwohnerinnen und Einwohner eine Apotheke. In der Stadt Luzern ergibt dies rund 3700 Einwohner pro Apotheke. Dabei muss berücksichtigt werden, dass Luzern eine ausgesprochene Touristenstadt ist, weshalb eine Apotheke in der Stadt tatsächlich mehr Personen versorgen muss. Wir erachten diese Dichte als sehr tief. Trotzdem ist die Anzahl der Apotheken über die letzten zehn Jahre stabil geblieben. Weiter gehen wir nicht davon aus, dass eine Einschränkung der Selbstdispensation eine spürbare Vermehrung der Apotheken zur Folge haben dürfte. Eine Geschäftseröffnung ist immer mit Risiken verbunden, zumal das Heilmittelgesetz des Bundes neu den Medikamentenversandhandel ermöglicht. Weiter ist uns nicht bekannt, dass im Kanton Luzern eine Apotheke wegen der bestehenden Selbstdispensationsregelung den Betrieb einstellen musste. Damit entfällt im Kanton Luzern auch das öffentliche Interesse an einer Einschränkung der Selbstdispensation: nämlich die Erhaltung eines gut ausgebauten Apothekennetzes.

Weiter halten wir die heutige Regelung nach wie vor für eine kostengünstige Lösung. In Anbetracht der stetig steigenden Kosten kommt dem Gebot der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ein besonderer Stellenwert zu. Wohl ist der Verdienst aus der Selbstdispensation ein wichtiger Ertragspfeiler einer Arztpraxis. Allerdings ist unseres Erachtens die Gefahr, dass ein Arzt oder eine Ärztin aus finanziellen Überlegungen mehr Medikamente als notwendig an ihre Patientinnen und Patienten abgibt, durch die neue Preisregelung bei den Medikamenten geringer geworden.

Schliesslich ist zu berücksichtigen, dass es Ihr Rat im Zusammenhang mit dem EGKVG abgelehnt hat, § 23 Absatz 2 GesG dahingehend zu ändern, dass bei der Bewilligungserteilung auch die Zugangsmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten zu einer Apotheke berücksichtigt werden. Das Parlament fällte diesen Entscheid wohl auch aufgrund der Tatsache, dass das KVG den Kantonen einen grossen Ermessensspielraum bei der Regelung der Selbstdispensation lässt und die Luzerner Bevölkerung auf die Privatapotheken angewiesen ist (vgl. Verhandlungen des Grossen Rates 1998, S. 24–26).

In Anbetracht all dieser Umstände sehen wir trotz eines anders lautenden Antrages des Luzerner Apothekervereins keine Veranlassung, im neuen Gesundheitsgesetz eine Änderung der Regelung über die Selbstdispensation vorzuschlagen. Das Vernehmlassungsverfahren hat nämlich gezeigt, dass die heutige Regelung einem Bedürfnis entspricht. Eine ähnliche Lösung kennen auch die Kantone Zürich, Solothurn, Thurgau, Appenzell Innerrhoden, Appenzell Ausserrhoden, St. Gallen, Schwyz, Nidwalden, Obwalden, Zug, Glarus und Uri.

V. Betriebe im Gesundheitswesen

Im Gesundheitsrecht ist die Berufsausübungsbewilligung von der Betriebsbewilligung zu unterscheiden. Bei der Berufsausübungsbewilligung wird geprüft, ob die Gesuchstellerin oder der Gesuchsteller die fachlichen und persönlichen Voraussetzungen für eine selbständige Tätigkeit erfüllt. Bei der Betriebsbewilligung wird kontrolliert, ob der Betrieb den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Das geltende Gesundheitsrecht verlangt für verschiedene Kategorien von Betrieben eine Betriebsbewilligung. Diese ist auf Gesetzes- und Verordnungsstufe sowie an unterschiedlichen Orten geregelt. Nach heutigem Recht benötigen eine Betriebsbewilligung private und kommunale Spitäler (§ 61 GesG), öffentliche Apotheken (§ 40 GesG), Organisationen der Ergotherapie (§ 24a der Verordnung über die Berufe der Gesundheitspflege) und Drogerien (§ 43 Abs. 2 GesG). Die kantonalen Spitäler brauchen keine separate Betriebsbewilligung. Ihr Betrieb ist von Gesetzes wegen zugelassen. Auch nach dem neuen Heilmittelgesetz des Bundes sind nach wie vor die Kantone für die Regelung des Detailhandels mit Arzneimitteln zuständig. Gemäss Artikel 30 Absatz 1 dieses Erlasses benötigt eine kantonale Bewilligung, wer in Apotheken, Drogerien und andern Detailhandelsgeschäften Arzneimittel abgibt. Die Kantone regeln die Voraussetzungen und das Verfahren für die Erteilung der Detailhandelsbewilligung. Sie führen periodisch Betriebskontroller durch.

Ziel des IV. Teils des Entwurfs ist es, die Regelungen über die Betriebe im Gesundheitswesen so weit wie möglich zusammenzufassen und wo nötig zu ergänzen. Die Ergänzungen sind wegen des KVG und des Heilmittelrechts notwendig (vgl. dazu unsere einleitenden Ausführungen in Kap. B.I.). In einem allgemeinen Teil soll bestimmt werden, wer eine Betriebsbewilligung benötigt (§ 37 des Entwurfs), welche Bewilligungsvoraussetzungen erfüllt sein müssen (§ 38 Entwurf), wer Bewilligungsinstanz ist und die Aufsicht ausübt (§ 39 Entwurf). Anschliessend soll speziell auf die Spitäler (§§ 41–43 Entwurf) und die Organisationen der Krankenpflege und der Hilfe zu Hause (§ 44 Entwurf) eingegangen werden (vgl. zu einer ähnlichen Konzeption Titel «¹bis Bewilligung von Organisationen und Betrieben der Gesundheitspflege» und § 39a des Gesundheitsgesetzes des Kantons Aargau [GesG-AG], in Kraft seit dem 1. Januar 2000, Titel «V. Medizinische Organisationen und Einrichtungen» und die §§ 36–37 GesV-SZ, Titel «2. Einrichtungen der Gesundheitspflege» und die Art. 28–36^{quater} des Gesundheitsgesetzes des Kantons St. Gallen sowie «III. Spitäler, Pflegeheime und andere Institutionen der Gesundheitspflege» Entwurf GesG-ZH).

Nach dem geltenden Recht sind die öffentlichen Spitäler in den Grundzügen im Gesundheitsgesetz (§§ 62–66) und in der Spitalverordnung geregelt. Wie bereits in Kapital B.I. angetönt, beabsichtigen wir, sie zu verselbständigen. Dies und die Komplexität der Fragen, die sich heute im Zusammenhang mit dem Betrieb öffentlicher Spitäler stellen, veranlassen uns zu dem Vorschlag, die Einzelheiten wie die Rechtsform, die Organisation, die Aufgaben und die Finanzierung der öffentlichen Spitäler sowie die Anstellungsbedingungen des Personals, insbesondere der Ärztinnen und Ärzte, in einem speziellen Gesetz zu regeln.

E. Die einzelnen Bestimmungen des Gesetzesentwurfs

I. Geltungsbereich und Zweck

§ 1

§ 1 Absatz 1 des Entwurfs entspricht dem ersten Satz von § 1 Absatz 1 GesG. Allerdings möchten wir im Entwurf dem Zweck des Gesundheitsgesetzes wegen seines hohen Stellenwerts einen eigenen Absatz widmen (Abs. 2). Neu wird dabei die Eigenverantwortung und das Gebot der Wirtschaftlichkeit besonders hervorgehoben. In einer Zeit der ständig steigenden Gesundheitskosten kommt diesen Grundsätzen eine grosse Bedeutung zu. Ergänzt wird § 1 Absatz 2 des Entwurfs durch die Aufnahme der Definition des Begriffs der Gesundheit der World Health Organisation (WHO). Auch wenn das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden nie vollständig erreicht werden wird, erachten wir dies als ein erstrebenswertes Ziel. Mit der Übernahme der WHO-Definition soll aber auch unterstrichen werden, dass das Gesundheitsgesetz nicht nur die Krankheitsbekämpfung, sondern auch die Prävention und die Gesundheitsförderung zum Gegenstand hat. Allerdings können aus dieser Bestimmung keine Rechtsansprüche abgeleitet werden.

Das geltende Gesundheitsgesetz umschreibt seinen Zweck lediglich in Bezug auf den Menschen. Unseres Erachtens ist aber die Gesundheit der Tiere ebenfalls wichtig. Sie beeinflusst die Gesundheit der Menschen. Wir möchten aber nicht so weit gehen, den Erlass eines Veterinärgesetzes vorzuschlagen, wie dies beispielsweise die Kantone St. Gallen und Graubünden kennen. Denn die massgebenden Bestimmungen zu den Tieren sind in eidgenössischen Erlassen wie dem Lebensmittel-, dem Tierseuchen- und dem Tierschutzgesetz enthalten. Allerdings regelt das kantonale Gesundheitsgesetz das kantonale Veterinäramt und die Berufszulassung von Tierärzteninnen und Tierärzten. Sie tragen zur Gesundheit der Tiere bei. Aus diesen Überlegungen enthält § 1 Absatz 2 des Entwurfs neu einen entsprechenden Hinweis. Im Übrigen verstehen wir unter Menschen Einzelpersonen, Personengruppen sowie die Bevölkerung.

Schliesslich enthält § 1 Absatz 3 des Entwurfs wie § 1 Absatz 2 GesG einen Hinweis auf besondere Vorschriften verschiedenster Stufe. Eine Aufzählung der relevanten Erlasse des Bundes und des Kantons findet sich in Kapitel A. Im Gesetzesentwurf ist der Hinweis auf staatsvertragliche Bestimmungen hinzugekommen. Dazu zählen wir insbesondere die bilateralen Abkommen mit der EU (vgl. unsere Ausführungen in Kap. B.I.).

II. Organisation und Zuständigkeiten

1. Kantonale Organe

§ 2 Regierungsrat

Wie nach § 2 Absatz 1 GesG soll der Regierungsrat auch nach dem neuen Gesundheitsgesetz die oberste Gesundheitsbehörde des Kantons sein. Im Gegensatz zu heute (vgl. § 2 Abs. 2 GesG) soll im neuen Gesundheitsgesetz hingegen nicht mehr erwähnt werden, dass der Regierungsrat zuständig ist für den Erlass der Verordnungen, die zum Vollzug dieses Gesetzes notwendig sind, ergibt sich doch diese Kompetenz bereits aus der Staatsverfassung.

Nach § 2 Absatz 3 GesG ist der Regierungsrat erste Rechtsmittelinstanz auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens. Es gibt keinen Grund, an dieser Regelung, die von der allgemeinen Rechtsmittelordnung abweicht, festzuhalten. Nach dieser seit 1997 geltenden Ordnung können Entscheide der obersten Verwaltungsinstanzen von Gemeinden und andern dem Kanton nachgeordneten Gemeinwesen sowie von unteren Instanzen der kantonalen Verwaltung beim sachlich zuständigen Departement angefochten werden (Regelfall; vgl. § 142 Abs. 1b des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege, VRG; SRL Nr. 40). Davon ausgenommen werden die Entscheide der Departemente. Sie können beim Regierungsrat angefochten werden (§ 142 Abs. 1c VRG). Wir schlagen auch mit dem neuen Gesundheitsgesetz vor, dass mit wenigen Ausnahmen das Gesundheits- und Sozialdepartement zuständig ist für die Erteilung von Berufsausübungs- und Betriebsbewilligungen. Eine Delegation dieser Zuständigkeit an die verschiedenen Dienststellen (Kantonsärztlicher Dienst, Kantonales Veterinäramt, Kantonsapotheke oder -apotheker, Kantonszahnärztin oder -zahnarzt) erachten wir als unpraktikabel. Daraus könnte eine rechtsungleiche Praxis entstehen, und bei Unsicherheiten würden die Dienststellen das Departement anfragen, das im Streitfall wiederum erste Rechtsmittelinstanz wäre. Um diese Probleme lösen zu können, müsste entweder jede Dienststelle eine Juristin oder einen Juristen beschäftigen, oder es müsste eine eigene Abteilung oder Dienststelle geschaffen werden. Dies erachten wir als finanziell nicht vertretbar. Zu erwähnen bleibt, dass Verfüγungen von unteren Instanzen der kantonalen Verwaltung, bei denen Bundesrecht zur Anwendung kommt, ohnehin direkt beim Verwaltungsgericht anfechtbar sind (§ 148 Unterabs. a VRG).

§ 2 Absatz 2 des Entwurfs ist identisch mit § 2 Absatz 4 GesG. Aufgrund der Bedeutung der kantonalen Gesundheitsorgane halten wir es nach wie vor für richtig, wenn der Regierungsrat Wahlbehörde ist. Ergänzt wurde, dass der Regierungsrat ihre Aufgaben ganz oder teilweise Dritten übertragen kann.

§ 3 Gesundheits- und Sozialdepartement

In § 3 Absatz 1 des Entwurfs wird vorab neu festgehalten, dass das Gesundheits- und Sozialdepartement die kantonale Gesundheitspolitik umsetzt. Wie im geltenden Recht soll ihm zudem die direkte Aufsicht über das öffentliche Gesundheitswesen übertragen werden. Weiter wird in Absatz 1 des Entwurfs neu erwähnt, dass dem De-

partement die im Gesundheitsgesetz genannten Organe zur Umsetzung der Gesundheitspolitik und zur Ausübung der Aufsicht zur Verfügung stehen.

§ 3 Absatz 2 des Entwurfs entspricht dem geltenden § 3 Absatz 2 GesG, ergänzt um einen Hinweis auf die internationalen und die interkantonalen Vereinbarungen.

§ 4 Fachkommissionen

Der geltende § 4 GesG führt unter den Fachkommissionen namentlich die Aufsichtskommissionen der kantonalen Spitäler an. Die bereits erwähnte überwiesene Motion M 607 von Hans Lustenberger namens der GPK vom 23. November 1998 verlangt die Umbenennung und die klare Regelung der Aufgaben und Kompetenzbereiche dieser Aufsichtskommissionen. Da wir neu ein Spitalgesetz vorschlagen, das unter anderem auch Bestimmungen über die Aufsicht über die kantonalen Spitäler enthalten soll, entfällt der Hinweis auf die Aufsichtskommissionen im neuen Paragraphen über die Fachkommissionen. Der Rest soll hingegen unverändert bleiben, auch wenn bereits in § 19 des Gesetzes über die Organisation von Regierung und Verwaltung vom 13. März 1995 (Organisationsgesetz; SRL Nr. 20) festgehalten wurde, dass der Regierungsrat zur Beratung in Sachfragen Kommissionen einsetzen kann. Eine spezielle Erwähnung im Gesundheitsgesetz ist kundenfreundlich. Zudem hat sich § 4 GesG bewährt.

Als mögliche Fachkommissionen sind die Beraterinnen- und Beratergruppe der Fachstelle für Suchtprävention, die Ethikkommission für klinische Versuche (Art. 57 Abs. 4 HMG) und die Kommission für Suchtfragen zu erwähnen (vgl. Verzeichnis der Kommissionen und Stiftungen 1999–2003, hg. von der Staatskanzlei, S. 51 ff.).

§ 5 Kantonsarzt oder -ärztin

Der heutige § 5 GesG regelt den Sanitätsrat. Seine Aufgaben sind vorab in der Verordnung über den Geschäftskreis des Sanitätsrates und des Kantonsarztes vom 10. November 1923 (SRL Nr. 801) geregelt. Der Sanitätsrat erstellt die medizinischen Obergutachten (§ 2 der Verordnung). Er kann vom Gesundheits- und Sozialdepartement bei der Vorbereitung von Erlassen und Reglementen und andern wichtigen Verfügungen beigezogen werden (§ 3 der Verordnung). Weiter hat er bei der Festsetzung des Tarifs für die ärztliche Behandlung armer Kranker und der Hebammengebühren bei armen Gebärenden und Wöchnerinnen mitzuwirken und den kantonalen Tarif der ärztlichen Leistungen und der Arzneien für die vom Bund anerkannten Krankenkassen zu begutachten (§ 4 der Verordnung). Auch entscheidet er über Streitigkeiten bei Forderungen von Ärztinnen und Ärzten sowie Hebammen und stellt Antrag über die von der Kantonsärztin beziehungsweise vom Kantonsarzt beanstandeten armenärztlichen Rechnungen (§ 5 der Verordnung). Ferner begutachtet er Fälle des Bewilligungsentzugs (§ 6 der Verordnung). Schliesslich kann er als Beratergremium herangezogen werden (§ 7 Abs. 1 der Verordnung). Zudem hatte der Sanitätsrat gemäss § 323 Absatz 1 des Gesetzes über die Strafprozessordnung (StPO, SRL Nr. 305) die Fachärztin oder den Facharzt für ein Gutachten zu bezeichnen, das bis zum 30. September 2002 für einen straflosen Schwangerschaftsabbruch erforderlich war (Art. 120 Ziff. 1 Abs. 1 des Schweizerischen Strafgesetzbuches, StGB; SR 311.0).

Die genannten Aufgaben werden heute auf andere Weise wahrgenommen. Gerichte und andere Behörden können für Gutachten externe Experten bestellen. Sind Gesetze, Verordnungen oder Reglemente zu erarbeiten, setzt der Regierungsrat oder das Gesundheits- und Sozialdepartement Arbeitsgruppen ein, in denen die entsprechenden Fachleute vertreten sind. Wir verweisen auf § 4 GesG, der mit zwei hier nicht relevanten Änderungen ins neue Gesundheitsgesetz übernommen werden soll. Mit dem Krankenversicherungsgesetz ist gesamt schweizerisch das Versicherungsobligatorium eingeführt worden (Art. 3 KVG). Weiter sind die Tarife und Preise durch Tarifverträge festzulegen. Sie sind je nach gesamt schweizerischem oder kantonalem Geltungsbereich durch den Bundesrat oder den Regierungsrat zu genehmigen (Art. 43 Abs. 4 und 46 Abs. 4 KVG). Kommt kein Tarifvertrag zustande, legt die zuständige Behörde den Tarif hoheitlich fest oder verlängert den bestehenden Tarifvertrag um ein Jahr (Art. 47 KVG). Bei der Tarifgenehmigung und -festlegung ist vorgängig der eidgenössische Preisüberwacher anzuhören. Entscheide der Regierung über die Genehmigung eines Tarifvertrags oder die hoheitliche Festsetzung eines Tarifs sind mit Verwaltungsbeschwerde an den Bundesrat anfechtbar (Art. 53 KVG). Ferner sind streitige Forderungen aus einem Behandlungs- oder Betreuungsvertrag mit Arztpersonen oder Hebammen vor den Zivilgerichten zu entscheiden. Die Begutachtung von armenärztlichen Rechnungen entfällt wiederum wegen des neuen Krankenversicherungsgesetzes. Neben dem Versicherungsobligatorium ist zu erwähnen, dass der Leistungserbringer eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen muss (Art. 42 Abs. 3 KVG). Die Versicherten geniessen Tarifschutz (Art. 44 KVG). Weiter bestehen nach dem Krankenversicherungsgesetz gut ausgebaute Beschwerdemöglichkeiten (Art. 85–91 KVG). Aufgrund dieser Sach- und Rechtslage hat der Regierungsrat gestützt auf das Postulat P 299 von Hans Lustenberger über die Änderung des Gesundheitsgesetzes und der Verordnung über die ärztliche Behandlung Bedürftiger vom 11. März 1997 diese Verordnung per 1. Juli 1997 aufgehoben (G 1997 161). Schliesslich ist zu erwähnen, dass das Schweizer Volk am 2. Juni 2002 beim Schwangerschaftsabbruch die Fristenlösung angenommen hat. Der Bundesrat hat das neue Recht auf den 1. Oktober 2002 in Kraft gesetzt. Danach ist es für einen straflosen Schwangerschaftsabbruch nicht mehr notwendig, dass ein Gutachten eines zweiten, vom Wohnsitzkanton bezeichneten Arztes vorliegt. Unter diesen Umständen soll im neuen § 5 des Entwurfs nur mehr der Kantonsärztliche Dienst geregelt werden.

Im Entwurf wird wie in der geltenden Regelung von § 6 GesG darauf hingewiesen, dass der Kantonsarzt oder die Kantonsärztin diejenigen Aufgaben erfüllen, welche ihnen durch die eidgenössische und die kantonale Gesetzgebung übertragen werden. Einzelheiten sind in Spezialerlassen geregelt. Insbesondere sind Aufgaben im Betäubungsmittel-, Epidemien- und Krankenversicherungsrecht, die Prävention und die fachliche Betreuung der Schul- und der Amtsärztinnen und -ärzte zu erwähnen. Als wichtige Aufgabe soll als Gegenstück zu § 3 Absatz 1 zweiter Satz zusätzlich die Beratung des Gesundheits- und Sozialdepartementes erwähnt werden.

Die Kantonsärztin leitet heute wie der Kantonstierarzt oder der Kantonschemiker eine Dienststelle (§ 8 Unterabs. d der Verordnung über die Aufgaben der Departemente und der Staatskanzlei sowie die Gliederung der Departemente in Dienststellen; SRL Nr. 37): Um eine Zusammenfassung dieser Dienststelle mit jener des Kantonsapothekers oder der Kantonsapotheke und jener des Kantonszahnarztes oder

der Kantonszahnärztin in eine Dienststelle – zum Beispiel in einem Gesundheitsamt – ohne Gesetzesänderung zu ermöglichen, wird darauf verzichtet, in § 5 den Kantonärztlichen Dienst ausdrücklich zu nennen. Zu der Regelung dieser Frage beim Kantonstierarzt oder der Kantonstierärztin beziehungsweise dem Kantschemiker oder der Kantschemikerin verweisen wir auf die nachstehenden Ausführungen zu den §§ 6 und 7 des Entwurfs.

§ 6 Kantonstierarzt oder -tierärztin

Heute ist das Kantonale Veterinäramt bereits von Gesetzes wegen eine Dienststelle (§ 7 Abs. 1 GesG). Dies soll mit Absatz 1 des Entwurfs beibehalten werden. Eine Zusammenfassung der Funktion des Kantonstierarztes oder der Kantonstierärztin mit jener des Kantonsarztes oder der Kantonsärztin, des Kantsapotheke oder der Kantsapotheke und des Kantszahnarztes oder der Kantszahnärztin in eine Dienststelle ist fachlich nicht sinnvoll. Sodann legt das Bundesrecht die Schaffung einer eigenen Dienststelle nahe (Art. 40 Abs. 5 des Bundesgesetzes über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände, LMG; SR 817.0). In einem Absatz 2 soll ein allgemeiner Hinweis auf die Aufgaben aufgenommen werden. Zusammengefasst gehören zu den Aufgaben des Kantonstierarztes oder der Kantonstierärztin die Förderung und Überwachung der Gesundheit, des Wohlbefindens und der Würde der Tiere, des korrekten Einsatzes von Heilmitteln bei Tieren sowie der Sicherheit bei der Produktion tierischer Lebensmittel. Auch hier soll wie beim Kantonärztlichen Dienst die Beratung des Gesundheits- und Sozialdepartementes speziell genannt werden.

§ 7 Kantschemiker oder -chemikerin

Auch das Kantonale Laboratorium ist nach geltendem Recht von Gesetzes wegen eine eigene Dienststelle (§ 8 Abs. 1 GesG). Dies soll aus den gleichen Gründen wie beim Kantonalen Veterinäramt beibehalten werden (vgl. zum Bundesrecht Art. 40 Abs. 4 LMG). Mit Absatz 1 soll das Kantonale Laboratorium allerdings umbenannt werden in kantonales Amt für Lebensmittelkontrolle und Verbraucherschutz. Damit wird der neuen Lebensmittelgesetzgebung, welche auch Verbrauchs- und Gebrauchsgegenstände regelt, Rechnung getragen. Im Übrigen wird der Begriff des Verbraucherschutzes auch im deutschsprachigen EU-Raum und beim BAG verwendet. Absatz 2 ist analog zu den §§ 5 und 6 abgefasst.

§ 8 Kantsapotheke oder -apotheke

§ 8 ist analog zu § 5 formuliert. Wir verweisen auf die dortigen Ausführungen. Der Kantsapotheke oder die Kantsapotheke überwachen den Verkehr mit Heilmitteln und kontrollieren die öffentlichen und die privaten Apotheken sowie die Spitalapotheke und Drogerien. Unter die Privatapotheke fallen auch die Apotheken in Alters- und Pflegeheimen (so genannte Heimapotheke) und in Gefängnissen (vgl. die Erläuterungen zu § 37). Absatz 2 ist gleich formuliert wie in den Regelungen über die oben genannten Organe.

§ 9 Kantszahnarzt oder -zahnärztin

Auch dieser Paragraph ist analog zu § 5 formuliert.

§ 10 Amtsärztinnen und -ärzte

§ 11 Absatz 1 GesG bestimmt, dass für jedes Amt ein Amtsarzt und ein oder mehrere Stellvertreter zu wählen sind. Um mehr Flexibilität zu erreichen, schlagen wir vor, in Absatz 1 explizit zu erwähnen, dass die erforderliche Anzahl Amtsärztinnen und -ärzte zu wählen ist. Weiter hat die Praxis gezeigt, dass die Wahl von Stellvertreterinnen oder Stellvertretern schwierig ist. Wir schlagen deshalb vor, die gewählten Personen zu verpflichten, sich gegenseitig zu vertreten.

Absatz 2 entspricht § 11 Absatz 2 GesG. Auf Verordnungsstufe soll festgehalten werden, dass die Beratung der Gemeinden in medizinischen und hygienischen Fragen zu den Aufgaben der Amtsärztinnen und -ärzte gehört. Damit wird § 11 Absatz 3 GesG überflüssig.

§ 11 Amtstierärztinnen und -tierärzte

Dieser Paragraph ist analog zu § 10 formuliert.

2. Gesundheitsbehörden der Gemeinden

§ 12 Gesundheitsbehörde der Gemeinde

Aufgrund des Vernehmlassungsverfahrens schlagen wir gegenüber dem geltenden § 13 GesG einige materielle Änderungen vor. Gleich bleiben soll, dass der Gemeinderat die örtliche Gesundheitsbehörde ist und innerhalb seines Gemeindegebietes die Aufsicht über das Gesundheitswesen ausübt. Weiter soll dem Gemeinderat die Möglichkeit belassen werden, seine Aufgaben und Befugnisse ganz oder teilweise einer Ortsgesundheitskommission zu übertragen. Allerdings wird darauf verzichtet, im Gesetz vorzuschreiben, wie diese Kommission besetzt sein soll.

In Absatz 2 haben wir darauf verzichtet, die Gesundheitsförderung und die Prävention speziell zu erwähnen. Dieser Bereich ist in den §§ 45–51 geregelt. In § 46 Absatz 1 ist festgehalten, dass die Gemeinden zusammen mit dem Kanton Gesundheitsförderung und Prävention betreiben. Neu ist in Absatz 2 auch der Vorbehalt zugunsten anderer Behörden, wie die zivilen Instanzen bei Wohnungsmängeln oder das kantonale Amt für Umweltschutz bei gesundheitsschädlichen Immissionen.

Absatz 3 wurde insofern der geltenden Regelung angepasst, als der Regierungsrat in der Verordnung keine Bestimmungen über die Organisation der Ortsgesundheitskommissionen aufnehmen wird. In Absatz 1 wird ja nicht mehr bestimmt, wie die Kommissionen zusammengesetzt sein sollen.

§ 13 Gemeindefeuerwehr oder -ärztin

Auch hier besteht kein Änderungsbedarf. Insbesondere möchten wir davon absehen, im neuen Gesundheitsgesetz eine Pflicht zur Beschäftigung eines Gemeindefeuerwehrmannes oder einer Gemeindefeuerwehrfrau einzuführen. Die vorgeschlagene Regelung ist identisch mit § 14 GesG.

§ 14 Lebensmittelkontrolle

§ 15 GesG regelt die Lebensmittel- beziehungsweise Ortsexperten und die Fleischschauer. Wahlbehörde ist gemäss Absatz 1 dieser Bestimmung der Gemeinderat. Weiter wird in den Absätzen 2 und 3 der Aufgabenbereich in den Grundzügen umschrieben. Am 1. Juli 1995 ist das neue Lebensmittelgesetz des Bundes (LMG) in Kraft getreten. Nach Artikel 39 LMG erlassen die Kantone die Ausführungsbestimmungen für den kantonalen Vollzug und teilen sie den Bundesbehörden mit. Gestützt auf diese Bestimmung und § 67^{bis} Absatz 2 StV haben wir am 5. Dezember 1995 die kantonale Lebensmittelverordnung und am 21. Juni 1996 die Kantonale Fleischhygieneverordnung erlassen. In § 8 der kantonalen Lebensmittelverordnung wird bestimmt, dass die Gemeinden die Lebensmittelkontrolleure und -kontrolleurinnen wählen. Weiter wird deren Aufgabenbereich festgelegt. Die Lebensmittelkontrolleure und -kontrolleurinnen sind die im Gesundheitsgesetz genannten Lebensmittel- beziehungsweise Ortsexperten. Nach § 9 der kantonalen Lebensmittelverordnung können die Gemeinden den Lebensmittelkontrolleuren und -kontrolleurinnen im Rahmen des eidgenössischen Lebensmittelrechts weitere Aufträge erteilen. Für die Kontrolle von Pilzen zum Eigengebrauch können die Gemeinden Pilzkontrolleure und -kontrolleurinnen einsetzen. Weiter wählen nach § 13 Absatz 1 der Kantonalen Fleischhygieneverordnung die Gemeinden mit Schlachtanlagen die notwendigen Fleischkontakteure und -kontrolleurinnen. § 8 dieser Verordnung umschreibt den Aufgabenbereich. Die Lebensmittelgesetzgebung des Bundes enthält keine entsprechende Kompetenzdelegation der Kantone an die Gemeinden. Mit § 14 soll sie im kantonalen Recht nach wie vor ermöglicht werden.

III. Berufe im Gesundheitswesen

Zum neuen Titel verweisen wir auf unsere Ausführungen in Kapitel D.III.1.

1. Gemeinsame Bestimmungen

Dieser Abschnitt enthält Bestimmungen, die für alle Berufe im Gesundheitswesen gelten sollen.

a. Allgemeines

§ 15 Bewilligungspflicht und Aufsicht

Wie bereits erwähnt, geht § 15 vom tätigkeitsspezifischen Modell aus (vgl. dazu die Ausführungen in Kap. D.III.3., insbesondere 3.b.). Im Unterschied zu den Empfehlungen der SDK-Arbeitsgruppe «Zulassung zu beruflichen Tätigkeiten des Gesund-

heitswesens» sollen nicht alle bewilligungspflichtigen Berufe auf Verordnungsstufe genannt werden. Die universitären Medizinalberufe zumindest sollen – soweit heute bekannt – nach wie vor im Gesetz aufgeführt werden (Abs. 2 unter Hinweis auf § 30). Die andern Berufe im Gesundheitswesen sind durch Verordnung zu bezeichnen. Mit dieser Lösung ist weder eine Wertung noch eine inhaltliche Änderung bei den Berufen verbunden, die in § 41 Absatz 1 GesG aufgezählt sind. Der Grund dafür ist vielmehr der Umstand, dass die universitären Medizinalberufe im Bundesrecht ebenfalls auf Gesetzesstufe geregelt werden sollen (Art. 2 Abs. 1 E-MedBG). Würde man einen Teil der Berufe im Gesundheitswesen im Gesetz und den anderen Teil auf Verordnungsstufe einführen, könnte die Rechtsprechung § 15 wiederum als Generalklausel im Sinn der heutigen Regelung interpretieren. Dies soll mit der vorliegenden Revision gerade vermieden werden. Zudem erachten wir es als nicht praktikabel, alle andern Berufe im Gesundheitswesen auf Gesetzesstufe abschliessend aufzuzählen. Denn wird zum Beispiel im Krankenversicherungsrecht ein neuer Beruf als Leistungserbringer aufgenommen, müsste das Gesetz geändert werden (vgl. zu diesem System z. B. die §§ 16 und 27 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Zug, GesG-ZG).

Zu den einzelnen Absätzen ist zudem Folgendes zu bemerken:

Mit dem Einleitungssatz von Absatz 1 soll verdeutlicht werden, dass es sich um eine Berufsausübungsbewilligung handelt. Im geltenden Gesetz ist die Terminologie uneinheitlich. § 16 Absatz 1 GesG spricht nur von Bewilligung, die §§ 39, 41 und 42 GesG von Bewilligung und Praxisbewilligung; § 43 Absatz 1 GesG verwendet nur den Begriff der Praxisbewilligung. Wie bereits zu § 2 begründet, soll nach wie vor das Gesundheits- und Sozialdepartement die Bewilligungen erteilen.

Unter die Bewilligungspflicht gemäss Absatz 1a fallen Berufe, die nach den Erkenntnissen der anerkannten Wissenschaften arbeiten. Zu den anerkannten Wissenschaften gehören die Medizin, die Zahnmedizin, die Chiropraktik, die Pharmazie und die Veterinärmedizin. Damit fallen unter diese Bestimmung vorab Berufe gemäss dem künftigen Medizinalberufegesetz des Bundes, nämlich die Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Chiropraktorinnen und Chiropraktoren, Apothekerrinnen und Apotheker sowie die Tierärztinnen und -ärzte (Art. 2 E-MedBG, § 30 Abs. 1 des Entwurfs). Die ersten vier Berufsgruppen sind aber auch Leistungserbringer nach dem Krankenversicherungsrecht (Art. 35 Abs. 2a–c KVG), weshalb bei ihnen eine Bewilligungspflicht ebenso nach Absatz 1b angenommen werden kann. Die universitären Medizinalpersonen unterstehen aber auch nach Absatz 1d der Bewilligungspflicht. Weiter sind nach Absatz 1a die Psychotherapeutinnen und -therapeuten bewilligungspflichtig. Sie arbeiten mit wissenschaftlich anerkannten Psychotherapiemethoden (§ 41 Abs. 1i GesG, § 6 Unterabs. c der Psychotherapeutenverordnung).

Nach Absatz 1b sind bewilligungspflichtig 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, § 24a der Verordnung über die Berufe der Gesundheitspflege), die Pflegefachfrauen und -männer (vormals Krankenschwestern und -pfleger; Art. 46 Abs. 1c KVV), die Logopädinnen und Logopäden (Art. 46 Abs. 1d KVV, § 30a der Verordnung über die Berufe der Gesundheitspflege), die Ernährungsberaterinnen und -berater (Art. 46 Abs. 1e KVV) und die Leiter von Laboratorien (Art. 53 KVV).

Aufgrund von Absatz 1c sind bewilligungspflichtig die Akupunkteurinnen und Akupunkteure, die Dentalhygienikerinnen und -hygieniker, die medizinischen Masseurinnen und Masseure, die Podologinnen und Podologen sowie die Augenoptikerinnen und Augenoptiker und die Zahntechnikerinnen und -techniker. Die medizinischen Masseurinnen und Masseure üben einen nichtärztlichen Heilberuf mit physiotherapeutischen Mitteln aus. Sie beschränken sich allerdings auf die Anwendung passiver Therapiemassnahmen wie Heilmassagen, Elektrotherapie und Hydrotherapie (BGE 117 Ia 440 E. 4b S. 447). Die Dentalhygienikerinnen und -hygieniker sollen nach dem Entwurf neu mit einer entsprechenden Bewilligung fachlich selbstständig und gewerbsmäßig arbeiten können. Bis anhin war dies nur unter der fachlichen Verantwortung einer Zahnärztin oder eines Zahnarztes möglich (§ 2 Abs. 1 der Verordnung über die Ausübung des Berufes einer Dentalhygienikerin vom 27. Februar 1970, SRL Nr. 813).

Schliesslich fallen unter die Bewilligungspflicht nach Absatz 1d die Augenoptikerinnen und Augenoptiker (Art. 25 Abs. 2 HMG), die Drogistinnen und Drogisten (Art. 25 Abs. 4 HMG) und wiederum die medizinischen Masseurinnen und Masseure (Art. 25 Abs. 2 HMG). Die Abgabe komplementärmedizinischer Arzneimittel erachten wir nicht als eine Tätigkeit mit einem speziellen Gefährdungspotenzial, weshalb wir vorschlagen, eine Ausnahme von der Bewilligungspflicht zu machen. Der Schutz der Bevölkerung soll hier über Absatz 3 erreicht werden.

In Absatz 3 wird davon ausgegangen, dass alle Tätigkeiten, welche nicht unter die Absätze 1a–d fallen, im ganzen Kanton gebiet frei ausgeübt werden können. Dazu zählen insbesondere die der Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker, der Homöopathinnen und Homöopathen sowie die aller alternativmedizinischen Therapeuten. Dabei soll die Bevölkerung auf zwei Arten geschützt werden. Zum einen wird der Regierungsrat verpflichtet, insbesondere den Tätigkeitsbereich dieser Berufsleute in einer Verordnung zu umschreiben. Zum andern soll das Gesundheits- und Sozialdepartement Tätigkeiten verbieten können, wenn dadurch Leib und Leben gefährdet sind (vgl. dazu auch § 27^{bis} Abs. 2 GesG-ZG und § 6 Entwurf GesG-ZH).

Der Tätigkeitsbereich im Sinn von Absatz 3 soll analog den departementalen Richtlinien für die fachlich selbstständige und gewerbsmässige Ausübung der nichtärztlichen Alternativmedizin im Kanton Luzern vom 21. Dezember 2000 umschrieben werden. Insbesondere sollen die genannten Personen 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, und die Behandlung von übertragbaren Krankheiten nach dem Epidemielgesetz sowie Seuchen nach dem Tierseuchengesetz, Geschlechtskrankheiten, chirurgische, geburtshilfliche und gynäkologische Eingriffe, Injektionen und diagnostische Massnahmen wie Röntgen, Ultraschalluntersuchungen und Blutentnahmen. Weiter sollen sie verpflichtet werden, übertragbare Krankheiten und den Verdacht auf solche Krankheiten sofort einer Ärztin oder einem Arzt beziehungsweise einer Tierärztin oder einem Tierarzt mit einer Praxisbewilligung zu melden. Bei andern festgestellten Krankheiten, die einer ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Behandlung bedürfen, sollen sie die Personen, die sie aufsuchen, an eine Ärztin oder einen Arzt, an eine Zahnärztin oder einen Zahn-

arzt beziehungsweise an eine Tierärztein oder einen Tierarzt 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 sollen auch keine Werbung machen dürfen, mit der sie auf Tätigkeiten eines universitären Medizinalberufes oder eines Angehörigen eines andern Berufs im Gesundheitswesen hinweisen. Weiter sollen sie alles unterlassen, was den Eindruck erweckt, eine Medizinalperson zu sein oder einen der Schulmedizin zugehörigen Beruf im Gesundheitswesen auszuüben. Sie müssen die sie aufsuchenden Personen darüber informieren, dass kein Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung besteht. Ein ähnlicher Katalog von Rechten und Pflichten ist in § 37 der Luzerner Verordnung über die Berufe der Gesundheitspflege für die Behandlung mit geistigen Kräften oder in § 19 der bereits erwähnten Gesundheitsverordnung des Kantons Schwyz enthalten.

§ 16 Ausnahmen

Absatz 1 entspricht grundsätzlich dem geltenden § 17 Absatz 1 GesG. Allerdings wurde er sprachlich angepasst und in Bezug auf den Adressatenkreis erweitert. Keine Bewilligung brauchen nicht nur die universitären Medizinalpersonen, sondern auch die Angehörigen der anderen Berufe im Gesundheitswesen. Es gibt keine stichhaltigen Gründe, sie nicht auch von der Bewilligungspflicht im Zusammenhang mit dem so genannten kleinen Grenzverkehr auszunehmen. Weiter schlagen wir vor, dass die Bewilligungsausnahme nicht nur auf das Grenzgebiet der benachbarten Kantone, sondern auf alle Kantone ausgedehnt wird.

Nach Absatz 2 soll das Gesundheits- und Sozialdepartement die Kompetenz erhalten, die Berechtigung, unter bestimmten Umständen bewilligungsfrei tätig zu sein, entziehen zu können, wenn die Voraussetzungen für einen Bewilligungsentzug erfüllt sind. Es gibt keine stichhaltigen Gründe, hier nicht auch die Möglichkeit zu schaffen, ein Berufsverbot auszusprechen. Dieses Verbot soll wie der Entzug der Berufsausübungsbewilligung für die ganze oder einen Teil der Berufstätigkeit, auf bestimmte oder unbestimmte Zeit verfügt werden können. Zu diesem Zweck wird festgehalten, dass § 19 Absatz 2 sinngemäss anwendbar ist.

Zum Grenzverkehr Schweiz–Ausland ist anzufügen, dass die bilateralen Verträge mit der EU eine neue Art der grenzüberschreitenden Dienstleistungserbringung ermöglicht haben. Gemäss Spezialrichtlinien der EU sollen Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Tierärztinnen und Tierärzte, Hebammen sowie Krankenschwestern und Krankenpfleger das Recht haben, ihre Dienstleistungen während höchstens 90 Tagen pro Kalenderjahr ohne Niederlassung in einem Vertragsstaat ohne Bewilligung zu erbringen. In Anbetracht von § 1 Absatz 3, der einen Vorbehalt zugunsten des Staatsvertragsrechts enthält, sollen in § 16 keine weiteren Ausnahmen von der Bewilligungspflicht statuiert werden.

§ 17 Bewilligungsvoraussetzungen

Auch § 17 entspricht weitgehend dem geltenden Recht (§ 18 GesG). In Unterabsatz a wird bestimmt, dass die Bewilligung erhält, wer die von der Gesetzgebung verlangten fachlichen Anforderungen erfüllt. Unter Gesetzgebung sind Gesetze und Verordnun-

gen zu verstehen. Für die universitären Medizinalberufe bedeutet dies, dass die fachlichen Anforderungen des Medizinalberufegesetzes erfüllt sein müssen. Wir verweisen auf unsere Ausführungen in Kapitel D.III.2. Für die andern Berufe im Gesundheitswesen sollen die fachlichen Anforderungen nicht mehr wie heute im Gesetz, sondern auf Verordnungsstufe umschrieben werden. Wir verweisen dazu auf unsere näheren Erläuterungen in Kapitel D.III.3. und zu § 36.

Unterabsatz c ist gleich formuliert wie der zweite Teil von Artikel 36 Absatz 1b E-MedBG. Dieser Text erscheint uns präziser als die bisherige Formulierung in § 18 GesG.

§ 18 Befristung

Nach dem geltenden Gesundheitsrecht sind die Berufsausübungsbewilligungen in der Regel nicht befristet. Davon ausgenommen sind befristete Ausnahmebewilligungen aufgrund von § 27 Absatz 3 GesG, die aber nach heutigem Bundesrecht nicht mehr möglich sind. Weiter hat das Gesundheits- und Sozialdepartement im Zusammenhang mit Administrativverfahren Praxisbewilligungen zeitlich befristet. Rechtsgrundlage war das Verhältnismässigkeitsprinzip.

Neu schlagen wir gestützt auf das Resultat der Vernehmlassung vor, dass die Bewilligungen von Gesetzen wegen bis zum Monatsende nach der Erfüllung des 65. Altersjahres befristet sind. Verlängerungen sind möglich, wenn die Bewilligungsvoraussetzungen von § 17 erfüllt sind. Dabei wird es vor allem darum gehen zu prüfen, ob die persönlichen Voraussetzungen im Sinn von § 17 Unterabsätze b und c nach wie vor erfüllt sind. Mit dieser Lösung soll der Patientenschutz verbessert werden. In Absatz 2 soll der Klarheit halber ein Vorbehalt zugunsten der bisherigen Praxis des Gesundheits- und Sozialdepartementes aufgenommen werden.

§ 19 Bewilligungsentzug

Absatz 1a, c, d und e entspricht inhaltlich mit einer Ausnahme dem § 19 Absatz 1 GesG. Es wurden lediglich sprachliche Anpassungen vorgenommen. Ergänzt wurde, dass eine Bewilligung auch entzogen werden kann, wenn nachträglich Tatsachen bekannt werden, aufgrund deren die Bewilligung hätte verweigert werden müssen (Abs. 1b). Diese Regelung findet sich auch in andern Gesundheitsgesetzen (vgl. Art. 17a des Gesundheitsgesetzes des Kantons Bern, in der Fassung vom 6. Februar 2002 [GesG-BE], Art. 126 Abs. 3 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Freiburg [GesG-FR], § 9 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Zürich [GesG-ZH] und § 5 Entwurf GesG-ZH). Weiter wurde in Absatz 1d ergänzt, dass die Bewilligung auch entzogen werden kann, wenn zur Überforderung Beihilfe geleistet wurde.

Absatz 2 ist identisch mit § 19 Absatz 2 GesG.

In Absatz 3 wurde neu der Vorbehalt des Disziplinarrechts des Bundes hinzugefügt. Wie bereits bei den Grundzügen der Revision bemerkt, sind in den Artikeln 43 bis 46 E-MedBG entsprechende Bestimmungen enthalten (vgl. dazu die Ausführungen in Kap. D.III.2.). Aufgrund der Bedeutung der Materie erscheint es uns sinnvoll, diesen Vorbehalt speziell zu erwähnen, obwohl § 1 Absatz 3 einen allgemeinen Vorbehalt zugunsten des Bundesrechts enthält.

§ 20 Erlöschen der Bewilligung

Der heutige § 20 GesG nennt als Grund für das Erlöschen einer Bewilligung lediglich den schriftlichen Verzicht der Inhaberin oder des Inhabers. Um Klarheit zu schaffen, schlagen wir vor, dass im Gesetz neu auch der Ablauf der Fristen gemäss § 18, der Tod der Inhaberin oder des Inhabers und der Bewilligungsentzug genannt werden (§ 20 Abs. 1a–d).

Absatz 2 entspricht dem geltenden Recht (§ 20 Abs. 2 GesG).

§ 21 Publikation

Dieser Paragraph ist neu. Mit der Publikation von rechtskräftig erteilten, entzogenen und erloschenen Bewilligungen sowie rechtskräftig verfügten Berufsverboten soll mehr Transparenz geschaffen und die Bevölkerung besser geschützt werden. Damit wird die Motion M 584 von Franz Mattmann über eine Änderung des Gesundheitsgesetzes (Publikation der Bewilligung zur Berufsausübung als Medizinalperson) erfüllt, die Ihr Rat am 21. Juni 1999 als Postulat erheblich erklärte.

Der Paragraph richtet sich zum einen an die andern Berufe im Gesundheitswesen und an Personen, die keine bewilligungspflichtigen Behandlungen mehr ausüben dürfen. Weiter wurde bereits einleitend in Kapitel D.III.2. erwähnt, dass es für die universitären Medizinalpersonen ein eidgenössisches Register geben soll. Dieses wird unter anderem Angaben über die eidgenössischen und die anerkannten ausländischen Diplome und Weiterbildungstitel mit Ausstelldatum, über kantonale Bewilligungen zur selbständigen Berufsausübung, über allfällige Einschränkungen der Berufsausübung in fachlicher, zeitlicher oder örtlicher Hinsicht sowie über allfällige Sanktionen wegen Verletzung von Berufsregeln enthalten (Art. 51 Abs. 3 in Verbindung mit Art. 52 Abs. 1 E-MedBG). Das Register soll insbesondere dem Schutz der Patientinnen und Patienten dienen (Art. 51 Abs. 2 E-MedBG). Deshalb sollen sie in einem bestimmten Umfang Einsicht in dieses Register nehmen können (Art. 53 Abs. 2 E-MedBG). Man könnte argumentieren, dass mit den genannten bundesrechtlichen Bestimmungen das Informationsbedürfnis der Patientinnen und Patienten über die Medizinalpersonen gedeckt und eine zusätzliche Publikation im Kanton nicht mehr nötig ist. Trotzdem schlagen wir vor, dass die kantonale Publikation auch für Medizinalpersonen gelten soll. Wir gehen davon aus, dass die Luzerner Bevölkerung eher das Kantonsblatt liest als beim eidgenössischen Register anfragen wird. Auf welche Weise die Publikation erfolgen soll (Kantonsblatt, Staatskalender usw.) soll die Verwaltung entscheiden. Möglich ist auch eine Publikation im Internet.

§ 22 Befreiung vom Berufsgeheimnis

Die Regelung von Absatz 1 ist identisch mit § 22 GesG. Da nach wie vor das Gesundheits- und Sozialdepartement die Berufsausübungsbewilligungen erteilen soll, soll es auch weiterhin zuständig sein für die Befreiung vom Berufsgeheimnis. Hingegen möchten wir in einem neuen Absatz 2 festhalten, dass Personen, die zur Geheimhaltung verpflichtet sind, von Gesetzes wegen gegenüber der beauftragten Inkassostelle und den zuständigen Behörden zur Durchsetzung von streitigen Forderungen aus dem Behandlungsverhältnis vom Berufsgeheimnis befreit sind. Gesuche um Befreiung vom Berufsgeheimnis sind immer aufgrund einer Interessenabwägung zu ent-

scheiden. Dabei müssen die Interessen der Patientinnen und Patienten den Interessen der Person, welche das Gesuch um Befreiung eingereicht hat, gegenübergestellt werden. Eine Befreiung vom Berufsgeheimnis ist nur dann gerechtfertigt, wenn ein deutlich höheres öffentliches oder privates Interesse überwiegt (vgl. BGE 101 Ia 10 ff., LGVE 1991 III Nr. 14; Karin Keller, Das ärztliche Berufsgeheimnis gemäss Art. 321 StGB unter besonderer Berücksichtigung der Regelung des Kantons Zürich, Diss., Zürich 1993, S. 154 ff.). Das Gesundheits- und Sozialdepartement hat heute mehrheitlich Gesuche um Befreiung vom Berufsgeheimnis zu beurteilen, die gestellt werden, weil Patientinnen und Patienten Rechnungen nicht bezahlen. Dabei hat sich gezeigt, dass es keine überwiegenden Gründe gibt, solche Gesuche abzulehnen. Es ist rechtsmissbräuchlich, wenn eine Patientin oder ein Patient die Rechnung nicht bezahlen will und sich zu diesem Zweck auf die Schweigepflicht der Ärztin oder des Arztes be ruft (in diesem Sinn LGVE 2002 III Nr. 15). Inkassostellen können Anwältinnen und Anwälte oder Inkassobüros sein. Zuständige Behörden im Sinn dieser Bestimmung sind Friedensrichterämter und Gerichte. Damit werden allfällige Geheimnisse weit gehend nur gegenüber Amtspersonen preisgegeben, die ihrerseits wiederum dem Amtsgeheimnis nach Artikel 320 StGB unterstehen (vgl. Schweizerische Juristenzeitung, SJZ, 54 1958, Nr. 158; Thurgauische Verwaltungsrechtspflege, TVR, 1998 Nr. 29). Zu den Forderungen im Sinn dieser Bestimmung gehören nicht nur Honorarforderungen aus der Behandlung, sondern auch Forderungen aus dem Verkauf von Medikamenten im Rahmen der Selbstdispensation (§ 31).

b. Allgemeine Rechte und Pflichten bei der Berufsausübung

§ 23 Persönliche Berufsausübung

Wer eine Berufsausübungsbewilligung des Gesundheits- und Sozialdepartementes besitzt, soll seinen Beruf persönlich ausüben. Bewilligungsinhaberinnen und -inhaber sind damit auch für ihre Handlungen verantwortlich. Dieser Gedanke ist im heutigen Gesundheitsgesetz bei den Medizinalpersonen, nicht aber bei den andern Berufen der Gesundheitspflege erwähnt (§§ 30 Abs. 1, 34 Abs. 1, 37 Abs. 1 und 39 Abs. 3 GesG). Mit Absatz 1 möchten wir den Grundsatz der persönlichen Berufsausübung für alle Berufe im Gesundheitswesen auf Gesetzesstufe verankern.

Im Übrigen gilt die persönliche Verantwortung auch dann, wenn die Bewilligungsinhaberin oder der Bewilligungsinhaber eine konkrete Tätigkeit an eine Hilfsperson delegiert. Ist eine solche Delegation zulässig, sind sie zur korrekten Auswahl, Instruktion und Überwachung der Hilfspersonen verpflichtet.

Mit Absatz 1 soll hingegen nicht verboten werden, Praxen in Form von juristischen Personen zu betreiben. Ein solches Verbot wäre mit der Wirtschaftsfreiheit (Art. 27 BV) nicht vereinbar. Unseres Erachtens ist der Betrieb von Praxen in Form von juristischen Personen so lange erlaubt, als damit die fachliche Unabhängigkeit der dort tätigen Angehörigen der Berufe im Gesundheitswesen gewahrt bleibt. Zu ergänzen ist, dass auch das Krankenversicherungsrecht entsprechende Institute kennt (Art. 36a KVG über Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen, vgl. auch unsere Ausführungen zu § 37).

Sowohl die Stellvertretung wie auch die Beschäftigung von Assistentinnen und Assistenten stellen Ausnahmen vom Grundsatz der persönlichen Berufsausübung dar, weshalb die Spezialregelung von Absatz 2 und der Vorbehalt von Absatz 3 notwendig sind. Im Übrigen entspricht die Stellvertretungsregelung dem geltenden Recht (§§ 30 Abs. 4, 34 Abs. 4 und 37 Abs. 3 GesG für den Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztberuf). Sie soll jedoch auf alle Berufe im Gesundheitswesen ausgedehnt werden. Wer die zuständige Behörde für die Erteilung von Stellvertretungsbewilligungen ist, wird in einer Verordnung festzulegen sein. Dies muss nicht notwendigerweise das Gesundheits- und Sozialdepartement sein. Damit soll wie im geltenden Recht die Möglichkeit bestehen, die Zuständigkeit an eine Dienststelle zu delegieren (§ 33 der Verordnung über die Medizinalpersonen). Dasselbe gilt für allfällige Befristungen.

In der Vernehmlassung wurde der Antrag gestellt, dass die Bewilligungspflicht für kurze Stellvertretungen abgeschafft werden sollte. Dazu ist zu sagen, dass eine Stellvertreterin oder ein Stellvertreter fachlich selbstständig arbeitet. Nach § 15 Absatz 1 ist die fachlich selbstständige Berufsausübung bewilligungspflichtig. Damit kann auch die Bewilligungspflicht für die Stellvertretung nicht abgeschafft werden.

§ 24 Allgemeine Sorgfaltspflicht

Gemäss den §§ 29, 33 Absatz 2, 36 und 39 Absatz 1 GesG haben sich Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Tierärztinnen und Tierärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker bei der Berufsausübung an die Grundsätze ihrer Wissenschaft zu halten. Für Angehörige der Berufe der Gesundheitspflege ist keine solche Pflicht im Gesetz enthalten. § 3 der Verordnung über die Berufe der Gesundheitspflege bestimmt lediglich, dass der Inhaber oder die Inhaberin einer Bewilligung den in der Verordnung festgehaltenen Tätigkeitsbereich nicht überschreiten darf. Unseres Erachtens ist es jedoch eine allgemeine Pflicht von Angehörigen eines Berufs im Gesundheitswesen, mit der gebotenen Sorgfalt tätig zu sein. Darunter soll nicht nur das Handeln nach den anerkannten Grundsätzen des jeweiligen Berufs, sondern auch nach den Grundsätzen der Ethik und der Wirtschaftlichkeit verstanden werden. Deshalb schlagen wir vor, mit § 24 die Sorgfaltspflicht zu einer allgemeinen Berufspflicht aufzuwerten und ihren Inhalt gegenüber der heutigen Regelung zu erweitern (vgl. für ähnliche Bestimmungen anderer Kantone Art. 24 Abs. 1 GesG-BE in der Fassung vom 6. Februar 2001 und § 10 Abs. 1 Entwurf GesG-ZH).

Zum Vorbehalt von Absatz 2 des Entwurfs verweisen wir auf unsere Ausführungen in Kapitel D. III.2.

§ 25 Patientenrechte

Das geltende Gesundheitsgesetz kennt ausser bei den kantonalen Spitälern keine Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten. Diese ergeben sich aus dem zivilrechtlichen Behandlungsverhältnis, insbesondere aus den Bestimmungen des Obligationenrechts über den Auftrag. Für die kantonalen Spitäler sind die §§ 64–66 GesG und die Patientenverordnung massgebend.

Aufgrund von verschiedenen Anträgen im Vernehmlassungsverfahren soll neu eine Bestimmung über die Patientenrechte in das Gesundheitsgesetz aufgenommen werden. Da sich diese aber nach wie vor aus dem zivilrechtlichen Behandlungsver-

hältnis ergeben, ist in Absatz 1 im Sinn eines Verweises festgehalten, dass bei der Berufsausübung die Rechte der Patientinnen und Patienten zu beachten sind. Sodann sollen im Gesetzestext die beiden wichtigsten Rechte, die Aufklärungspflicht und das Recht auf Einsicht in die eigene Krankengeschichte, aufgezählt werden. Die Aufzählung ist nicht abschliessend. Für die kantonalen Spitäler wird dieser Bereich im neu zu schaffenden Spitalgesetz oder in allfälligen Reglementen zu regeln sein.

Mit der Erheblicherklärung der Motion M 538 von Bernadette Schaller vom 20. November 2001 über die Aufnahme eines Artikels über die palliative Medizin, Pflege und Begleitung im neuen Gesundheitsgesetz wurde der Regierungsrat beauftragt zu prüfen, in welcher Form die «Palliative Care» im neuen Gesundheitsgesetz erwähnt werden könnte. Unter «Palliative Care» werden alle medizinischen Behandlungen, pflegerischen Interventionen sowie die psychische, soziale und geistige Unterstützung kranker Menschen verstanden, die an einer fortschreitenden und unheilbaren Erkrankung leiden. Ziel ist es, Leiden zu lindern und die bestmögliche Lebensqualität der kranken Person und ihrer Angehörigen zu sichern (vgl. zu dieser Definition Art. 3 der Statuten der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung, Stand 2000). Palliative Medizin, Pflege und Begleitung dienen nicht dazu, den Tod herbeizuführen. Es werden aber auch keine Massnahmen getroffen, um das Leben um jeden Preis zu verlängern (vgl. dazu die Ausführungen in der Schweizerischen Ärztezeitung 2001, Nr. 29/30, S. 1610). Acht Kantone kennen zu diesem Thema keine Regelung. Sieben Kantone verweisen unter dem Titel «Patientenrechte» in ihren Gesundheitsgesetzen oder in Patientenverordnungen generell auf die Grundsätze der Ethik, der Humanität und der Menschenwürde oder auf die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) über die Sterbehilfe (Art. 12 des Krankenpflegegesetzes des Kantons Appenzell Ausserrhoden, § 11 des Spitalgesetzes des Kantons Basel-Stadt, Art. 3 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Graubünden, Art. 24 der Verordnung über die Organisation des Kantonsspitals des Kantons Glarus, § 80 der Spitalverordnung des Kantons Nidwalden, Art. 2 der Verordnung über die Patientenrechte des Kantons Obwalden und § 3 der Patientenrechtsverordnung des Kantons Zürich). Andere Kantone statuieren vorab ein Recht auf menschenwürdiges Sterben (Art. 36 GesG-BE, § 40 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Solothurn, §§ 1 und 17 der Patientenverordnung des Kantons Basel-Landschaft, § 54 GesG-AG und § 23 des Patientendekrets), ein Recht auf Pflege und Schmerzlinderung (Art. 42 GesG-FR, Art. 35 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Neuenburg und Art. 16 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Wallis) oder einen Anspruch auf Betreuung und Pflege im Sinn der Palliativmedizin und -pflege (§ 26 der Patientenrechtsverordnung des Kantons Schaffhausen).

Obwohl unseres Erachtens die palliative Medizin, Pflege und Begleitung untrennbar mit Fragen der Ethik verbunden sind, erachten wir es als wichtig, im neuen Gesundheitsgesetz darüber eine Aussage zu machen. Wir schlagen vor, in einem Absatz 2 festzuhalten, dass Sterbende Anspruch auf eine angepasste Betreuung, Pflege und Begleitung sowie auf grösstmögliche Linderung ihrer Leiden und Schmerzen nach den Grundsätzen der Palliativmedizin und -pflege haben. Diese Formulierung lehnt sich an die oben erwähnte Regelung des Kantons Schaffhausen an.

§ 26 Aufzeichnungspflicht

Im geltenden Gesundheitsgesetz wird lediglich den Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten sowie den Tierärztinnen und Tierärzten die Pflicht auferlegt, Aufzeichnungen zu machen (§§ 31, 34 Abs. 5 und 37 Abs. 4 GesG). Bei den Berufen der Gesundheitspflege ist die Aufzeichnungspflicht auf Verordnungsstufe geregelt (§ 9 der Verordnung über die Berufe der Gesundheitspflege). Mit Absatz 1 soll diese Pflicht für alle Angehörigen von Berufen im Gesundheitswesen in das Gesetz aufgenommen werden (vgl. dazu für andere Kantone Art. 26 Abs. 1 GesG-BE in der Fassung vom 6. Februar 2001 und § 10 Abs. 3 Entwurf GesG-ZH). Absatz 2 entspricht geltendem Recht.

§ 27 Anzeigepflicht und Meldeberechtigung

Nach § 21 GesG haben Ärzte und Hebammen aussergewöhnliche Todesfälle unverzüglich dem Amtsarzt und dem Amtsstatthalteramt zu melden. In diesem Fall wird das Berufsgeheimnis durch eine gesetzliche Anzeigepflicht aufgehoben. Denn aussergewöhnliche Todesfälle können ihre Ursache in einem Verbrechen oder Vergehen haben. Zu denken ist beispielsweise an Unfälle, vorsätzliche Tötungen, Morde oder Selbsttötungen. Der Staat hat ohne Zweifel ein Interesse an der Bekämpfung von Verbrechen und Vergehen, die einen Todesfall verursachen. Dieses Interesse überwiegt gegenüber allfälligen privaten Interessen verstorbener Patientinnen und Patienten oder von Angehörigen. Das Interesse an der Aufklärung solcher Ereignisse besteht aber unseres Erachtens bei allen Berufen im Gesundheitswesen, selbst wenn nicht alle Berufsgruppen im gleichen Mass davon betroffen sein werden. Wir möchten daher wie in andern Kantonen in Absatz 1 den Adressatenkreis auf alle Angehörigen der Berufe im Gesundheitswesen ausdehnen (vgl. z. B. § 16 Abs. 2c des Gesundheitsgesetzes des Kantons Basel-Landschaft, § 28 Abs. 1 GesG-Bern in der Fassung vom 6. Februar 2001, § 19 Abs. 1 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Thurgau, Art. 14 Abs. 3 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Uri, § 15 Abs. 1 GesG-ZH und § 14 des Entwurfs GesG-ZH).

Weiter kennt unser Gesundheitsrecht im Gegensatz zu andern Kantonen keine über § 21 GesG hinausgehende Anzeigepflicht beziehungsweise Meldeberechtigung. Deshalb müssen insbesondere Ärztinnen und Ärzte, die der Strafverfolgungsbehörde mögliche Verbrechen oder Vergehen melden wollen, beim Gesundheits- und Sozialdepartement ein Gesuch um Befreiung vom Berufsgeheimnis stellen (§ 22 GesG). § 50 Absatz 1 StPO, der jedermann ein Recht zur Anzeige einer strafbaren Handlung gibt, dürfte keine genügende Grundlage für eine Meldung ohne gleichzeitige Befreiung vom Berufsgeheimnis sein. Unseres Erachtens besteht jedoch ein staatliches Interesse an der Aufklärung von Verbrechen und Vergehen auch dann, wenn sie nicht zu Todesfällen führen. Auf der andern Seite ist zu berücksichtigen, dass es grundsätzlich nicht Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte sein kann, der Strafverfolgungsbehörde bei der Aufklärung von Delikten zu helfen. Zum einen könnte dies die betroffene Person davon abhalten, sich weiter behandeln zu lassen. Zum andern besteht die Gefahr, dass dadurch das Vertrauen der Bevölkerung in diesen Berufsstand erheblich gemindert wird. Um diesen Interessenkonflikt zu lösen, schlagen wir in Absatz 2 neu vor, dass Angehörige von Berufen im Gesundheitswesen berechtigt sind, dem Amtsstatthalter-

amt Wahrnehmungen zu melden, die auf ein Verbrechen oder Vergehen gegen Leib und Leben, die öffentliche Gesundheit oder die sexuelle Integrität schliessen lassen. Um Missbräuche zu vermeiden und dem Vertrauensverhältnis zu den Patientinnen und Patienten gebührend Rechnung zu tragen, soll das Mitteilungsrecht in verschiedener Hinsicht eingeschränkt werden. Zum einen soll es nur gegenüber dem Amtsstathalteramt bestehen. Zum andern soll eine Anzeige nur bei Verdacht auf Verletzung von bestimmten Rechtsgütern möglich sein. Auch muss ein begründeter Verdacht bestehen. Schliesslich bleibt es den Angehörigen des jeweiligen Berufs im Gesundheitswesen überlassen, ob sie eine Meldung machen wollen (zu ähnlichen Bestimmungen vgl. wiederum Art. 28 Abs. 2 GesG-BE, § 15 Abs. 2 GesG-ZH; § 14 Abs. 2 Entwurf GesG-ZH und Art. 358^{ter} StGB betreffend das Mitteilungsrecht an die vor- und mündschaftliche Behörde bei Verdacht auf eine strafbare Handlung an einem Un- und mündigen).

§ 28 Tarife

Absatz 1 entspricht inhaltlich § 25 Absatz 1 GesG. Wir sehen ausser sprachlichen Anpassungen keinen Handlungsbedarf.

Nicht in das neue Gesetz zu übernehmen ist § 25 Absatz 2 GesG. Denn es ist unseres Erachtens vorab Sache der Behörden, die im Zivilprozessrecht vorgesehen sind, beanstandete Rechnungen zu begutachten. Sollte trotzdem eine Notwendigkeit zur Einsetzung einer besonderen Kommission bestehen, kann der Regierungsrat dies aufgrund von § 4 tun. Es braucht dazu keine Spezialbestimmung.

Absatz 2 ist wiederum identisch mit § 25 Absatz 3 GesG. Damit wird auf die Festlegung der Tarife und Preise der Leistungserbringer nach dem Krankenversicherungsrecht des Bundes verwiesen (Art. 46–50 KVG).

c. Nachwuchsförderung

Mit dem Betrieb von Ausbildungsstätten für Berufe der Gesundheitspflege und deren Subventionierung wird der Nachwuchs gefördert. § 55 GesG soll deshalb bei den Berufen des Gesundheitswesens in einem neuen Unterabschnitt c mit dem Titel «Nachwuchsförderung» eingefügt werden (vgl. dazu z. B. Titel vor den §§ 16–18 Entwurf GesG-ZH).

§ 29

§ 55 GesG bestimmt, dass der Kanton Ausbildungsstätten für Berufe der Gesundheitspflege unterhält. Weiter kann er solche Ausbildungsstätten durch Beiträge unterstützen. Die kantonalen Ausbildungsstätten sind heute im Ausbildungszentrum für Gesundheitsberufe (AZG) zusammengeschlossen. Das Angebot, die Organisation, die Aufnahme und die Ausbildung, die Rechte und Pflichten der Lernenden sowie das Disziplinarrecht sind in der Verordnung für das Ausbildungszentrum für Gesundheitsberufe des Kantons Luzern vom 5. Dezember 2000 (SRL Nr. 807) geregelt. Weiter sind Einzelheiten über die Ausbildung, die Prüfungen und die Promotion in ent-

sprechenden Reglementen festgehalten (SRL Nrn. 808, 808a, 809b, 810a und 811). Dieses System hat sich bewährt. Mithin ist der erste Teil von § 55 GesG ins neue Gesundheitsgesetz zu übernehmen (§ 29 Abs. 1).

In Absatz 2 schlagen wir aufgrund der Motion M 111 von Marcel Johann namens der Kommission Gesundheit, Arbeit und soziale Sicherheit (GASK) vor, zu ergänzen, dass der Kanton neben den Ausbildungsstätten, die er gemäss § 55 GesG bereits heute unterstützen kann, auch Beiträge an Praktikumsplätze leisten kann.

2. Universitäre Medizinalberufe

Einleitend ist zu erwähnen, dass dieser Abschnitt kürzer ist als das Gegenstück im geltenden Recht (§§ 26–40 GesG). Viele der einzelnen Berufspflichten wurden in den Unterabschnitt «III.1.b. Allgemeine Rechte und Pflichten bei der Berufsausübung» aufgenommen, da sie sich neu an alle Angehörigen der Berufe im Gesundheitswesen richten sollen.

Weiter wird § 27 GesG nicht in das neue Gesetz aufgenommen. Die Gründe dazu haben wir in Kapitel D.III.2. dargelegt. Und wie bereits erwähnt wurde, entspricht der Begriff der «universitären Medizinalberufe» der Terminologie des Entwurfs zu einem neuen Medizinalberufegesetz.

Schliesslich bestimmt § 24 GesG, dass nur Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Tierärztinnen und Tierärzte Arzneimittel aus einer öffentlichen Apotheke verordnen dürfen. Dieser Sachverhalt ist nun im neuen Heilmittelrecht des Bundes geregelt (Art. 24 Abs. 1 HMG sowie Art. 23 und 24 der Verordnung vom 17. Oktober 2001 über die Arzneimittel [Arzneimittelverordnung, VAM], SR 821.212.21; dabei ist unter der ärztlichen Verschreibung auch diejenige einer Zahnärztin oder eines Zahnarztes zu verstehen). Damit ist auch diese Regelung nicht in das neue Gesundheitsgesetz zu übernehmen.

a. Allgemeines

§ 30 Begriff und Aufsicht

Wer zu der Berufskategorie der universitären Medizinalberufen zählt, bestimmt sich nach Bundesrecht. Gemäss Artikel 2 Absatz 1 E-MedBG sollen dazu Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, neu Chiropraktorinnen und Chiropraktoren, Apothekerinnen und Apotheker sowie Tierärztinnen und Tierärzte gehören. Analog § 26 GesG werden diese Berufe in § 29 Absatz 1 aus Gründen der Verständlichkeit in der Reihenfolge, wie sie das Bundesrecht vorsieht, nochmals aufgelistet.

Gemäss Artikel 2 Absatz 2 E-MedBG soll der Bundesrat weitere Berufe im Bereich des Gesundheitswesens als universitäre Medizinalberufe bezeichnen können, wenn für diese Berufe eine wissenschaftliche Ausbildung und eine berufliche Kompetenz verlangt wird, die mit den Ausbildungen für die Berufe gemäss Artikel 2 Absatz 1

vergleichbar sind (Unterabs. a), und es zur Sicherung der Qualität der medizinischen Versorgung erforderlich ist (Unterabs. b). Macht der Bundesrat von dieser Kompetenz Gebrauch, wird mit § 30 Absatz 2 unser Rat verpflichtet, die neuen universitären Medizinalberufe in einer Verordnung aufzuführen und nötigenfalls die besonderen Rechte und Pflichten bei der Berufsausübung zu regeln. Zu den besonderen Rechten gehören neben dem Tätigkeitsbereich und der möglichen Verpflichtung, ihre Leistungen der Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen, etwa diejenigen Rechte und Pflichten, die in der geltenden Verordnung über die Medizinalpersonen enthalten sind und nicht in den vorliegenden Gesetzesentwurf übernommen wurden.

Mit Absatz 2 soll vermieden werden, dass Ihr Rat nur deshalb das Gesundheitsgesetz ändern muss, weil der Bundesrat einen weiteren Beruf im Gesundheitswesen als universitären Medizinalberuf bezeichnet. Ergänzend sei erwähnt, dass mit der vorgeschlagenen Lösung die bundesrechtliche Einteilung – Regelung der bekannten universitären Medizinalberufe auf Gesetzesstufe; Ergänzungen auf Verordnungsstufe – ins kantonale Gesundheitsrecht übernommen wird.

§ 31 Privatapotheke

Zu diesem Paragraphen verweisen wir auf unsere grundsätzlichen Überlegungen in Kapitel D.IV. zur Selbstdispensation.

§ 32 Beistandspflicht und Notfalldienst

§ 28 Absatz 1 GesG verpflichtet die Medizinalpersonen, in Notfällen Beistand zu leisten. Diese Pflicht wird in den Absatz 1 dieses Paragraphen übernommen.

Weiter möchten wir wie bis anhin die Medizinalpersonen, mit Ausnahme der neu in diese Berufskategorie aufgenommenen Chiropraktorinnen und Chiropraktoren, verpflichten, sich an einem Notfalldienst zu beteiligen. Die Beteiligung der Chiropraktorinnen und Chiropraktoren erachten wir nicht als notwendig. Im Vernehmlassungsverfahren wurde wiederholt darauf hingewiesen, dass der ärztliche Notfalldienst nicht befriedigend gelöst ist. Wir schlagen deshalb in Absatz 2 vor, dass das Gesundheits- und Sozialdepartement die nötigen Massnahmen verfügen kann, wenn entsprechende Mängel vorhanden sind.

Neu sollen die Berufsverbände mit Absatz 3 des Entwurfs ermächtigt werden, bei Personen, die keinen Notfalldienst leisten, eine Ersatzabgabe zu erheben. Es gibt stichhaltige Gründe für die Befreiung vom Notfalldienst. Mit der Abgabe soll aber gleichzeitig ausgleichende Gerechtigkeit geschaffen werden.

Weiter hat die Praxis gezeigt, dass immer mehr Ärztinnen und Ärzte Schwierigkeiten haben, nach einem Notfalleinsatz ihre Arbeit bezahlt zu erhalten. Das geltende Gesundheitsgesetz enthält zu dieser Frage keine Bestimmung. Da eine Pflicht zum Notfalldienst besteht, halten wir es für gerechtfertigt, wenn gleich wie bei den Kosten im Zusammenhang mit einer fürsorgerischen Freiheitsentziehung in erster Linie die Patientin oder der Patient und in zweiter Linie das unterstützungspflichtige Gemeinwesen dafür aufkommen muss. Dabei sollen die Unterhalts- und Unterstützungs pflichten der Angehörigen und der Verwandten vorbehalten bleiben (vgl. dazu § 70 des kantonalen Einführungsgesetzes zum Schweizerischen Zivilgesetzbuch, SRL Nr. 200).

§ 33 Zweigpraxis

Nach § 30 Absatz 2 und 34 Absatz 2 GesG können Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte mit Bewilligung des Gesundheits- und Sozialdepartementes eine Zweigpraxis führen, wenn dies für die Versorgung der Bevölkerung notwendig ist. Im neuen § 33 soll diese Berechtigung auch auf Chiropraktorinnen und Chiropraktoren ausgedehnt werden. Es gibt keine Gründe, dieser neuen Gruppe von Medizinalpersonen die Möglichkeit nicht zuzugestehen, eine Zweigpraxis zu eröffnen. Tierärztinnen und Tierärzte betreiben hingegen erfahrungsgemäss keine Zweigpraxen. Für Apothekerinnen und Apotheker soll weiterhin der Grundsatz gelten, dass sie nur einer Apotheke als Leiterin oder Leiter vorstehen dürfen (§ 39 Abs. 3 GesG, § 35 des Entwurfs). Die Zuständigkeit zur Erteilung einer entsprechenden Bewilligung soll beim Gesundheits- und Sozialdepartement bleiben, da dieses auch die Berufsausübungsbewilligungen erteilt. Die im zweiten Satz genannte Verpflichtung, die Zweigpraxis persönlich zu führen, beinhaltet auch die Anwesenheitspflicht. Diese wird gemäss § 35 in einer Verordnung festgehalten werden.

Im neuen Gesundheitsgesetz soll hingegen die Voraussetzung des Bedürfnisses nicht mehr aufgenommen werden. Denn in LGVE 1998 II Nr. 21 hat das Verwaltungsgericht aus verfassungsrechtlichen Überlegungen den § 27 Absatz 2 GesG, der für ausländisch diplomierte Medizinalpersonen neben einem gleichwertigen Diplom eine regionale Unterversorgung verlangt, ganz erheblich relativiert. Das Gericht stellte sich auf den Standpunkt, diese Bestimmung sei nur insoweit verfassungskonform, als sie die Bevölkerung vor unfachgemässer ärztlicher Behandlung und damit das Polizeigut «Gesundheit» schütze. Hingegen würden standespolitische Überlegungen kein legitimes Interesse für einen Eingriff in die Grundrechte darstellen. Ebenso wenig bestehe Raum für sozialpolitische Erwägungen. Insbesondere diene § 27 Absatz 2 GesG nicht der Kosteneindämmung im Gesundheitswesen. Dafür seien im Rahmen der Gesetzgebung über die soziale Krankenversicherung die Bundesbehörden zuständig. Schliesslich argumentierte das Verwaltungsgericht, dass die Verweigerung der Praxisbewilligung an einen ausländisch diplomierten Arzt gegen das verfassungsrechtliche Gleichbehandlungsgebot verstosse, wenn die fachlichen Voraussetzungen des Gesuchstellers allseits unbestritten seien. In einem Urteil vom 21. März 2001 betreffend einen Zahnarzt hat das Verwaltungsgericht diese Praxis ausdrücklich bestätigt. Darf der Kanton aus verfassungsrechtlichen Gründen die Unterversorgung nicht mehr prüfen, ist es ihm auch nicht erlaubt, die Eröffnung einer Zweigpraxis von einem Bedürfnis abhängig zu machen.

§ 34 Assistentinnen und Assistenten

Die vorgeschlagene Regelung entspricht den §§ 30 Absatz 3, 34 Absatz 3 und 37 Absatz 2 GesG ergänzt um die Chiropraktorinnen und Chiropraktoren als neue Medizinalpersonen. Anzufügen ist, dass auch die Beschäftigung von mehreren Assistentinnen und Assistenten möglich ist, sofern die ordentliche Instruktion und Überwachung gewährleistet ist. In einer Verordnung wird bestimmt werden müssen, wie viele Assistenten eine Medizinalperson beschäftigen darf (vgl. § 35).

b. Besondere Bestimmungen

§ 35

Die meisten der Bestimmungen über die einzelnen Medizinalpersonen konnten im vorliegenden Entwurf entweder in dem Unterabschnitt III.1.b. «Allgemeine Rechte und Pflichten bei der Berufsausübung» (§§ 23–28) oder in den Abschnitt III.2. «Universitäre Medizinalberufe» oder den Unterabschnitt III.1.a. «Allgemeines» integriert werden. Dies gilt für die Grundsätze der Berufsausübung, die persönliche Praxisführung, die Zweigpraxis, die Assistentinnen und Assistenten, die Stellvertretung und die Aufzeichnungspflicht. Mit diesem System können Wiederholungen vermieden und kann das Gesundheitsgesetz gestrafft werden. Weiter ist bei den Ärztinnen und Ärzten § 32 GesG nicht mehr aufzunehmen. Dieser Paragraph verpflichtet sie, bedürftige Patientinnen und Patienten zulasten des unterstützungspflichtigen Gemeinwesens nach dem Krankenkassentarif zu behandeln. Wie bereits erwähnt, hat das Krankenversicherungsrecht aber das Versicherungsobligatorium eingeführt (Art. 3 KVG). Zudem haben die Leistungserbringer eine detaillierte und verständliche Rechnung auszustellen (Art. 42 Abs. 3 KVG). Die Tarife und Preise der Leistungen sind in Tarifverträgen, die zu genehmigen sind, oder mit Entscheid hoheitlich festzusetzen. Die versicherte Person geniesst Tarifschutz (Art. 44 KVG). Das Sozialhilfegesetz regelt die Kostentragung bei bedürftigen Patientinnen und Patienten abschliessend (§§ 28 Abs. 1 und 31–35 SHG). Folglich ist diese Regelung im neuen Gesundheitsgesetz nicht mehr notwendig. Das Gleiche gilt für die analoge Regelung für Zahnärzte in § 35 GesG. Damit wird dem Postulat P 299 von Hans Lustenberger über Änderungen des Gesundheitsgesetzes und der Verordnung über die ärztliche Behandlung Bedürftiger, das am 1. Juli 1997 erheblich erklärt wurde, Rechnung getragen (vgl. dazu auch die Ausführungen zu § 5). Unter diesen Umständen verbleiben für die Ärztinnen und Ärzte auf Gesetzesstufe keine Gegenstände mehr, die nur für ihre Berufsgruppe geregelt werden müssten (vgl. §§ 29–32 GesG). Die besonderen Rechte und Pflichten der andern universitären Medizinalberufe im Gesundheitsgesetz können ebenso gut in einer Verordnung geregelt werden. Der vorliegende § 35 soll dafür die notwendige Rechtsgrundlage schaffen.

Unter den besonderen Rechten und Pflichten sind insbesondere der Tätigkeitsbereich und die Verpflichtung, ihre Leistungen der Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen, zu verstehen. Dazu gehören aber ebenso die Anwesenheitspflicht und die Pflicht, die Assistentinnen und Assistenten gehörig zu instruieren und zu überwachen. Mit § 35 soll der Regierungsrat aber auch die Kompetenz erhalten, die Anzahl Assistentinnen und Assistenten pro Medizinalperson aus gesundheitspolizeilichen Gründen zu beschränken.

3. Andere Berufe im Gesundheitswesen

§ 36

Mit dieser Bestimmung soll eine genügende Rechtsgrundlage geschaffen werden, 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. Diese Lösung hat gegenüber dem geltenden § 42 Absatz 1 GesG den Vorteil, dass das kantonale Recht bei Änderungen in der Ausbildung rasch angepasst werden kann, weil dazu keine Gesetzesrevision mehr nötig sein wird (vgl. zu ähnlichen Bestimmungen § 18 Abs. 2 GesV-SZ und § 28 Entwurf GesG-ZH).

IV. Betriebe im Gesundheitswesen

1. Allgemeine Bestimmungen

§ 37 Betriebsbewilligung

Erwähnt wurde bereits, dass mit § 37 zusammengefasst werden soll, welche Betriebe eine Bewilligung benötigen (vgl. dazu die Ausführungen in Kap. D.V.). Neu ist, dass der Gesetzestext von einer generellen Bewilligungspflicht für die Spitäler und nicht nur von einer für die privaten und die kommunalen Spitäler spricht (Abs. 1a). Dies geschieht im Hinblick auf die Verselbständigung der kantonalen Spitäler. Hinzugefügt wurden Betriebe wie Spitäler, welche Blut oder Blutprodukte nur lagern (Abs. 1b). Es wurde bereits erläutert, dass sich diese Bewilligungspflicht aus Artikel 34 Absatz 4 HMG ergibt (vgl. dazu Kap. B.I.). Neu sind auch die Spitalapotheeken bewilligungspflichtig (Abs. 1c). Die Spitalapotheeken werden im Heilmittelgesetz des Bundes erwähnt (Art. 9 Abs. 2a, b und c HMG). Es gibt keine Gründe, sie nicht wie die öffentlichen Apotheken ebenfalls einer Betriebsbewilligungspflicht zu unterstellen. Neu ist auch der Hinweis auf die Organisationen und Einrichtungen, die nach dem KVG eine kantonale Zulassung benötigen (Abs. 1d). Es sind dies Organisationen der Krankenpflege und der Hilfe zu Hause (Spitex), Organisationen der Ergotherapie, Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, Laboratorien, Transport- und Rettungsunternehmen sowie Heilbäder. Dabei bedürfen nach dem geltenden Recht lediglich die Organisationen der Ergotherapie einer Betriebsbewilligung (§ 24 a der Verordnung über die Berufe der Gesundheitspflege). Nicht zu dieser Kategorie gehören Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen, wie zum Beispiel die HMO-Praxen. Sie brauchen nach dem Krankenversicherungsrecht keine spezielle Betriebsbewilligung. Es genügt, wenn die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte ein eidgenössisches oder ein gleichwertiges ausländisches Diplom und einen anerkannten Weiterbildungstitel haben (Art. 36 Abs. 1 und 2 sowie Art. 36a KVG).

In Absatz 2 werden die Bestimmungen über die Privatapotheke vorbehalten. Auch eine solche ist ein Betrieb des Gesundheitswesens. Da es sich aber nicht um eine

öffentliche Apotheke handelt und die Selbstdispensation eng mit der Berufsausübung der Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie der Tierärztinnen und Tierärzte verknüpft ist, schlagen wir vor, diesen Bereich dort zu belassen. Die Lagerung von Arzneimitteln in Alters- und Pflegeheimen sowie in Gefängnissen soll über die Privatapotheke der Heim- beziehungsweise Gefängnisärztinnen und -ärzte oder der dort im Einzelfall zugezogenen Ärztinnen und Ärzte gelöst werden. Es ist nicht angezeigt, eine spezielle Kategorie zu schaffen. Das Heilmittelrecht des Bundes kennt nur öffentliche Apotheken, Spitalapotheken und Privatapotheken, nicht hingegen Heim- oder Gefängnisapotheken (Art. 14 Abs. 1c und d sowie Art. 24 Abs. 1b HMG).

Unter Betriebsbewilligungen aufgrund anderer Erlasse im Sinn von Absatz 2 sind beispielsweise die Betriebsbewilligungen nach dem neuen Heilmittelrecht des Bundes (vgl. dazu die Ausführungen zu Teil E.VII. des Entwurfs) oder die Bewilligungen für Privathaushalte, Heime und sonstige Einrichtungen zu verstehen, die gewerbsmässig Betagte, Behinderte und Betreuungsbedürftige aufnehmen (§ 70 SHG).

§ 38 Bewilligungsvoraussetzungen

In Absatz 1 wird umschrieben, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit eine Betriebsbewilligung erteilt werden kann. Vorlage für den Paragraphen war § 61 Absatz 3 GesG (zu ähnlichen Bestimmungen in andern kantonalen Gesundheitsgesetzen vgl. z. B: § 29 Entwurf GesG-ZH).

Mit Absatz 3 soll unser Rat ermächtigt werden, die Voraussetzungen für die einzelnen Betriebe auf Verordnungsstufe näher zu umschreiben. Dies gilt bereits heute für die Apotheken (§§ 21–23 der Verordnung über die Medizinalpersonen), die Drogerien (§ 20 der Verordnung über die Berufe der Gesundheitspflege) und die Organisationen der Ergotherapie (§ 24a der Verordnung über die Berufe der Gesundheitspflege). Auch bei den Privathaushalten, Heimen und sonstigen Einrichtungen, die nach § 70 SHG bewilligungspflichtig sind, haben wir die Einzelheiten über die Bewilligungsvoraussetzungen in einer Verordnung umschrieben (§ 54 der Sozialhilfeverordnung, SHV; SRL Nr. 892a). Dieses System hat sich bewährt.

§ 39 Bewilligungsinstanz und Aufsicht

Da die Krankenpflege und die Hilfe zu Hause (Spitex) Sache der Gemeinden sind, sollen auch diese die dafür notwendigen Betriebsbewilligungen erteilen. Zuständig soll diejenige Gemeinde sein, in der die Spitex-Organisation ihren Sitz hat, selbst wenn diese gemeinde- oder kantonsübergreifend arbeitet. Für die übrigen Betriebe im Gesundheitswesen ist das Gesundheits- und Sozialdepartement zuständig. In Absatz 2 wird die Aufsicht geregelt. Für Betriebsbewilligungen aufgrund anderer Erlasse ergibt sich die Aufsicht aus den entsprechenden Bestimmungen, wie beispielsweise aus dem Sozialhilfegesetz.

§ 40 Rechtsverweis

Auch bei Betriebsbewilligungen sollen der Entzug (§ 19), die Feststellung des Erlöschens der Bewilligung (§ 20) und die Publikation (§ 21) möglich sein. Mit einem Rechtsverweis wird die dafür notwendige Grundlage geschaffen.

2. Spitäler

a. Kantonale Spitäler

§ 41

Wir verweisen auf unsere allgemeinen Ausführungen in Kapitel D.V.

b. Obduktion und Organentnahme

Diese Grundsätze richten sich wie im geltenden Recht an alle Spitäler.

§ 42 Obduktion

Gemäss § 67 GesG kann eine Obduktion durchgeführt werden, wenn der Verstorbene oder an seiner Stelle die nächsten Angehörigen nicht anders verfügt haben. Besondere Anordnungen des Gesundheits- und Sozialdepartementes oder der Strafuntersuchungsbehörde bleiben vorbehalten. Im heutigen Recht ist mithin die so genannte erweiterte Widerspruchslösung verankert: Patientinnen und Patienten können obduziert werden, wenn der Tod festgestellt wird und sie keine Ablehnungserklärung verfasst haben und kein Einspruch der Angehörigen vorliegt. Eine ausdrückliche Einwilligung braucht es dazu nicht. Das Vernehmlassungsverfahren hat gezeigt, dass die erweiterte Widerspruchslösung heute nicht mehr befriedigt. Grossmehrheitlich wurde eine erweiterte Einwilligungslösung gefordert.

Wie bereits einleitend bemerkt, wurde im eidgenössischen Parlament der Entwurf eines Transplantationsgesetzes beraten. Der Nationalrat wird in der Herbstsession 2004 voraussichtlich über die vorgeschlagenen Differenzbereinigungen befinden (vgl. dazu die Ausführungen in Kap. A.I.). In Artikel 8 des Entwurfs sind die Voraussetzungen für die Entnahme von Organen, Geweben und Zellen einer verstorbenen Person geregelt. Die Bestimmung stellt eine erweiterte Zustimmungslösung dar: Die verstorbene Person oder an ihrer Stelle die nächsten Angehörigen müssen in die Obduktion einwilligen.

Aus diesen Gründen wird in § 42 Absatz 1 eine erweiterte Einwilligungslösung vorgeschlagen. Die Regelung soll nur den Grundsatz enthalten. Das Nähere, wie die Umschreibung der nächsten Angehörigen oder das Verhältnis zwischen unterschiedlichen Meinungsäusserungen der nächsten Angehörigen, soll in einer Verordnung geregelt werden. Tritt das Transplantationsgesetz des Bundes in Kraft, muss der Paragraph allenfalls angepasst werden.

§ 43 Organentnahme

Auch hier stiess die geltende erweiterte Widerspruchslösung in der Vernehmlassung auf Widerstand. Deshalb wird in Absatz 1 des Entwurfs neu eine erweiterte Einwilligungslösung vorgeschlagen. Absatz 2 entspricht der geltenden Regelung von § 68 Absatz 3 GesG. Absatz 3 entspricht § 42 Absatz 1 letzter Satz, weshalb auf die dortigen

Ausführungen verwiesen werden kann. Ergänzt sei, dass auch hier der Gesetzestext wegen des Transplantationsgesetzes des Bundes unter Umständen angepasst werden muss.

3. Organisationen der Krankenpflege und der Hilfe zu Hause

§ 44

§ 44 des Entwurfs entspricht inhaltlich im Wesentlichen § 52 Absätze 1 und 2 GesG. Geändert wurde lediglich die Terminologie. Das geltende Recht spricht von ambulanter Krankenpflege und von Hauspflegedienst. Im Krankenversicherungsrecht wird anstelle der ambulanten Krankenpflege der Begriff «Krankenpflege zu Hause» verwendet. Der Hauspflegedienst wird als «Hilfe zu Hause» umschrieben (Art. 51 KVV und Art. 7 Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV). Da Bundesrecht dem kantonalen Recht vorgeht, ist die neue Terminologie des Krankenversicherungsrechts und nicht diejenige zu verwenden, welche mit der Motion M 739 von Esther Schönberger oder in einigen Vernehmlassungen gefordert wurde. Neu wird eine angemessene Krankenpflege und Hilfe zu Hause verlangt. Beide Hilfen sollen gleichwertig sein. In diesem Sinn wird der erwähnten Motion entsprochen.

Weiter schlagen wir entgegen der Motion M 739 von Esther Schönberger und einigen Anträgen aus der Vernehmlassung vor, § 52 Absatz 3 GesG im neuen Gesetz nicht mehr aufzunehmen. Dieser regelt die finanzielle Beteiligung des Kantons an den Kosten der ambulanten Krankenpflege und des Hauspflegedienstes. Diese Bestimmung wurde durch die Änderung vom 29. Januar 1990 ins Gesundheitsgesetz aufgenommen. Sie trat am 1. Oktober 1990 in Kraft. Der Gesetzgeber führte die kantonale Beteiligung zu einer Zeit ein, in der kein Versicherungsobligatorium bestand und die Organisationen der Krankenpflege und der Hilfe zu Hause nicht Leistungserbringer der obligatorischen Krankenpflegeversicherung waren. Wie bereits erwähnt, statuiert Artikel 3 KVG das Versicherungsobligatorium. Nach Artikel 25 Absatz 2a Ziffer 3 KVG sowie Artikel 51 KVV sind Spitex-Dienste heute als Leistungserbringer zugelassen. Damit werden bestimmte Leistungen durch die Versicherer übernommen (Art. 7 Abs. 1a und b KLV). Aufgrund dieser neuen Rechtslage schliesst der Kanton seit einiger Zeit keine Verträge mehr mit dem Spitex-Kantonalverband ab.

V. Prävention und Gesundheitsförderung

Vorab sind zwei grundsätzliche Bemerkungen anzubringen: Zum einen ist im gelgenden Gesundheitsgesetz Teil V. mit «Gesundheitliche Vorsorge und Fürsorge» umschrieben. Dies entspricht nicht mehr der gebräuchlichen Terminologie. Die Überschrift ist in «Prävention und Gesundheitsförderung» abzuändern. Zum andern soll § 52 GesG, welcher die ambulante Krankenpflege und den Hauspflegedienst, also die Spitex, regelt, neu im Teil IV. «Betriebe im Gesundheitswesen» eingeordnet werden.

Ebenfalls neu eingeordnet werden soll § 55 GesG. Dieser Paragraph handelt von den Ausbildungsstätten für Berufe im Gesundheitswesen. Wir verweisen dazu auf unsere Ausführungen zu § 29 des Entwurfs.

§ 45 Zweck

Diese Bestimmung ist neu. Sie soll den Zweck der Gesundheitsförderung und der Prävention umschreiben. Die Gesundheitsförderung bezweckt die Verbesserung des Gesundheitszustandes der gesamten Bevölkerung sowie von Einzelpersonen und von verschiedenen Personengruppen. Es sollen Lebensgewohnheiten und -bedingungen gefördert werden, welche sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Mit der Prävention sollen Krankheiten möglichst früh erkannt und Unfälle so weit wie möglich verhütet werden. Prävention dient aber auch der Linderung von Krankheits- und Unfallfolgen. Die Prävention nach dem kantonalen Gesundheitsgesetz soll diejenige des Kranken- und Unfallversicherungsrechts ergänzen (vgl. Art. 26 KVG und das Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG], SR 832.20, sechster Titel: Unfallverhütung).

§ 46 Grundsätze

§ 46 geht vom bestehenden § 51 GesG aus, der erweitert und sprachlich angepasst wird. § 51 Absatz 1 GesG bestimmt, dass der Kanton und die Gemeinden die Gesundheitserziehung sowie die gesundheitliche Vorsorge und Fürsorge fördern. Die Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden soll beibehalten werden. Wie bereits erwähnt, ist der im geltenden Gesetz verwendete Begriff der «Gesundheitserziehung» aber veraltet. Er wirkt belehrend und ist durch «Gesundheitsförderung» zu ersetzen. Die «gesundheitliche Vorsorge und Fürsorge» wiederum wird heute Prävention genannt. Weiter soll das Gesetz neu die wichtigsten Bereiche der Gesundheitsförderung und der Prävention aufzählen, nämlich Bewegung, Ernährung und Sucht. Auf welche Weise Kanton und Gemeinden Prävention und Gesundheitsförderung betreiben, soll nach wie vor ihnen überlassen bleiben. Als Beispiele sind periodische Berichterstattungen über die Gesundheit der Bevölkerung oder Plakat- und Standaktionen zu einzelnen Bereichen zu nennen.

Zudem wird vorgeschlagen, den Wortlaut von § 58 GesG unverändert als zweiten Absatz in § 46 zu integrieren. Die Ausrichtung von Staatsbeiträgen an Institutionen ist eine Möglichkeit, Prävention und Gesundheitsförderung zu betreiben.

Schliesslich entspricht Absatz 3 mit einer Ausnahme dem geltenden § 51 Absatz 2 GesG. Im heutigen Gesetzestext wird von der Anordnung freiwilliger Massnahmen gesprochen. Die widersprüchliche Formulierung könnte so verstanden werden, dass nötigenfalls auch gegen den Willen der Betroffenen gehandelt werden könnte. Wir schlagen deshalb vor, statt «anordnen» die Verben «durchführen» und «ergreifen» zu verwenden.

§ 47 Mütter- und Väterberatung

§ 53 GesG bestimmt, dass die Gemeinden für die Mütter- und Säuglingspflegeberatung sorgen. Heute werden aber nicht nur Mütter, sondern auch Väter beraten. Die entsprechenden Stellen beraten zudem Mütter und Väter auch in Bezug auf Kleinkin-

der. Diesen Umständen ist in der Überschrift zu § 47 und mit dem Wortlaut von Absatz 1 gebührend Rechnung zu tragen (vgl. zu dieser Terminologie auch Art. 31^{bis} des Gesetzes des Kantons Graubünden über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen [Krankenpflegegesetz] vom 2. Dezember 1979 und § 16 GesV-SZ). Weiter wird in Absatz 1 wie bei den Organisationen der Krankenpflege und der Hilfe zu Hause neu eine angemessene Beratung verlangt.

Ziel der Mütter- und Väterberatung ist es, Eltern und Kindern im Alter bis zum Eintritt in den Kindergarten ein Beratungsangebot zur Verfügung zu stellen. Nach dem Gesetz über die Volksschulbildung (SRL Nr. 400a) sind zwei Jahre Kindergarten vorgesehen, wovon lediglich eines obligatorisch ist (§§ 2, 6, 10 Unterabs. a und 11 Abs. 1a). Deshalb sollte in § 47 Absatz 1 auf Begrenzungen auf Kinder im Säuglingsalter und bis zum Alter von maximal zwei Jahren, wie dies in den Vernehmlassungen teilweise gefordert wurde, verzichtet werden.

Absatz 2 entspricht § 53 Absatz 2 GesG.

§ 48 Schwangerschaftsberatung

Nach Artikel 1 Absatz 3 des Bundesgesetzes über die Schwangerschaftsberatungsstellen vom 9. Oktober 1981 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. Das Bundesgesetz wurde im Kanton Luzern mit § 54 GesG umgesetzt. Bei uns nimmt der Verein Ehe- und Lebensberatung (elbe) diese Aufgaben wahr.

Erwähnt wurde bereits, dass sich das Schweizervolk am 2. Juni 2002 für die so genannte Fristenregelung ausgesprochen hat (vgl. dazu unsere Bemerkungen zu § 5). Danach ist ein Schwangerschaftsabbruch straflos, wenn er innerhalb von zwölf Wochen seit Beginn der letzten Periode auf schriftliches Verlangen der schwangeren Frau, die geltend macht, sie befindet sich in einer Notlage, durch eine zur Berufsausübung zugelassene Ärztin oder einen zur Berufsausübung zugelassenen Arzt vorgenommen wird. Die Ärztin oder der Arzt muss vorgängig mit der Frau ein eingehendes Gespräch führen und sie beraten. Die Frau erhält zudem ein Verzeichnis der Stellen und Vereine, welche ihr Hilfe anbieten. Schwangere unter 16 Jahren sind verpflichtet, vorgängig eine auf Jugendliche spezialisierte Beratungsstelle aufzusuchen. Ferner werden die Kantone verpflichtet, Spitäler und Praxen zu bezeichnen, welche die Voraussetzungen sowohl für die fachgerechte Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen als auch für eine eingehende Beratung erfüllen (Art. 118–120 StGB, Änderung vom 23. März 2001). Nicht mehr notwendig ist ein zweites ärztliches Gutachten einer Fachärztin oder eines Facharztes, die von der zuständigen Behörde im Wohnsitzkanton der Schwangeren im Einzelfall oder generell ermächtigt werden (Art. 120 Ziff. 1 Abs. 2 aStGB). Im Kanton Luzern war früher der Sanitätsrat dafür zuständig (§ 323 Abs. 1 StPO). Der Bundesrat hat die neuen Bestimmungen auf den 1. Oktober 2002 in Kraft gesetzt. Auch nach dieser Änderung werden die Schwangerschaftsberatungsstellen eine wichtige Aufgabe zu erfüllen haben. Die Frage der Bezeichnung von Praxen und Spitäler im Sinn von Artikel 119 Absatz 4 StGB haben wir in der Voll-

zugsverordnung zur Durchführung des straflosen Schwangerschaftsabbruchs (SRL Nr. 801a) geregelt. Unter diesen Umständen kann das geltende Recht unverändert in § 48 Absätze 1–3 übernommen werden.

§ 49 Schulärztlicher Dienst

§ 56 GesG hält fest, dass die fürsorgeärztlichen, schulärztlichen und schulzahnärztlichen Dienste durch besondere Gesetze und Verordnungen zu regeln sind. Es wurde bereits wiederholt erwähnt, dass wir am 10. Juni 1997 aufgrund des Postulats P 299 von Hans Lustenberger über Änderungen des Gesundheitsgesetzes und der Verordnung über die ärztliche Behandlung Bedürftiger (Nr. 299) diese Verordnung per 1. Juli 1997 aufgehoben haben (G 1997 161). Weiter werden mit dem neuen Gesundheitsgesetz die Bestimmungen über die ärztliche und die zahnärztliche Behandlung Bedürftiger (§§ 32 und 35 GesG) hinfällig. Die Verordnung und die beiden Bestimmungen sind aufgrund des neuen Krankenversicherungsrechts nicht mehr notwendig (vgl. dazu die Ausführungen zu § 5 und die Erläuterungen zu III.2.b. «Besondere Bestimmungen» für die universitären Medizinalberufe). Unter diesen Umständen ist im neuen Gesundheitsgesetz der Hinweis auf die fürsorgeärztlichen Dienste überflüssig.

Weiter wurde der Regierungsrat mit der Motion M 399 von Beatrice Grüter über die Revision des Schulzahnpflegegesetzes verpflichtet, Ihrem Rat einen Vorschlag zu unterbreiten, wie dieser Bereich in das Gesundheitsgesetz integriert werden kann. Dies tun wir mit § 50. Damit kann im neuen Gesundheitsgesetz auf einen Verweis auf das Schulzahnpflegegesetz verzichtet werden.

Hingegen ist der schulärztliche Dienst nach wie vor in besonderen Erlassen umschrieben (vgl. dazu § 142 des Erziehungsgesetzes, SRL Nr. 400, ErzG, in Verbindung mit Teil V Unterabs. a des Beschlusses über das Inkrafttreten des Gesetzes über die Volksschulbildung und die Weitergeltung des Erziehungsgesetzes, SRL Nr. 400y sowie § 9 Abs. 2 des Gesetzes über die Volksschulbildung). Wir schlagen vor, auch diesen Bereich analog zur Schulzahnpflege im neuen Gesundheitsgesetz in einer eigenen Norm, § 49, zu regeln.

In Absatz 1 werden die Gemeinden verpflichtet, für die regelmässige schulärztliche Untersuchung aller Kinder in der Kindergartenstufe und im primar- und sekundarschulpflichtigen Alter zu sorgen. Dass sie zu diesem Zweck Gemeindeverträge abschliessen und Gemeindeverbände bilden können, ergibt sich bereits aus dem neuen Gemeindegesetz vom 4. Mai 2004. Deshalb soll auf eine spezielle Erwähnung verzichtet werden. Der Kanton soll in den Kantonsschulen, den Privatschulen sowie den kantonalen Sonderschulen oder Sonderschulheimen für die notwendige schulärztliche Betreuung der vorschulpflichtigen und schulpflichtigen Kinder sorgen (Abs. 5).

Der Untersuch soll obligatorisch sein. Er kann durch die Schulärztin oder den Schularzt oder auf eigene Kosten durch eine andere Ärztin oder einen andern Arzt durchgeführt werden (Abs. 2). Die Gemeinden sollen die Kosten für die Untersuchung durch die Schulärztin oder den Schularzt tragen (Abs. 4).

Die von der Schulärztin oder vom Schularzt vorgeschlagenen Massnahmen sind für die Betroffenen freiwillig. Unser Rat soll aber die Kompetenz erhalten, sie nötigenfalls für obligatorisch zu erklären (Abs. 3). Um eine einheitliche Anwendung der schulärztlichen Dienste zu garantieren, sollen wir mit Absatz 6 die Möglichkeit erhalten, das Nähere durch Verordnung zu regeln.

§ 50 Schulzahnpflege

Unter Berücksichtigung der im Kommentar zu § 49 erwähnten Motion M 399 von Beatrice Grüter schlagen wir Folgendes vor:

Analog zum schulärztlichen Dienst werden die Gemeinden in Absatz 1 verpflichtet, für die regelmässige zahnärztliche Prophylaxe, Untersuchung und Behandlung der Kinder im primär- und sekundarschulpflichtigen Alter zu sorgen. Diese Regelung entspricht den §§ 1, 2 Absatz 2 und 3 Absatz 1 des geltenden Schulzahnpflegegesetzes (SRL Nr. 546) und § 9 Absatz 1b des Gesetzes über die Volksschulbildung (SRL Nr. 400a). Neu sind die Massnahmen der Schulzahnpflege auch in der Kindergartenstufe durchzuführen. Bereits heute wird dies in den meisten Kindergärten gemacht. Weiter wurde auch hier der Hinweis auf die Möglichkeit, Gemeindeverträge abzuschliessen oder Gemeindeverbände zu bilden, verzichtet.

Weiter ist nach dem geltenden Recht der jährliche Untersuch von schulpflichtigen Kindern obligatorisch. Er wird in jedem Fall von der Schulzahnärztin oder vom Schulzahnarzt durchgeführt. Eltern, die ihre Kinder widerrechtlich und vorsätzlich einer Untersuchung entziehen, können nach erfolgloser Mahnung mit einer Busse bestraft werden. Die heutige Regelung behält sich ausdrücklich die zwangswise Durchführung des Untersuchs vor (§§ 3 und 7 des Schulzahnpflegegesetzes). Mit Absatz 2 streben wir eine Liberalisierung an. Am obligatorischen Untersuch soll festgehalten werden. Dies ist zwar ein Eingriff in das Grundrecht der persönlichen Freiheit (Art. 10 Abs. 2 BV). Er liegt aber im öffentlichen Interesse. Absatz 2 enthält die dafür notwendige gesetzliche Grundlage. Gleichzeitig möchten wir aber der gesetzlichen Vertretung das Recht einräumen, den Untersuch durch die Schulzahnärztin oder den Schulzahnarzt oder durch eine andere Zahnärztin oder einen andern Zahnarzt durchführen zu lassen. Entscheiden sich die Eltern für den Untersuch durch eine andere Zahnärztin oder einen andern Zahnarzt, haben sie die Kosten selbst zu tragen (Abs. 3). Bereits heute verfahren einzelne Gemeinden auf diese Weise, was sich bewährt hat. Eltern, welche beim Untersuch das Recht auf Wahl bezüglich der Zahnärztin oder des Zahnarztes haben, wehren sich erfahrungsgemäss auch nicht gegen das Obligatorium. Mit dem Wahlrecht wird im Übrigen dem Verfassungsgrundsatz der Verhältnismässigkeit Rechnung getragen (Art. 5 Abs. 2 BV). Zur Strafbestimmung verweisen wir auf unsere Ausführungen zu § 59.

§ 49 Absätze 2 und 3 entspricht den §§ 3 Absatz 2 und 6 des Gesetzes über die Schulzahnpflege. Ergänzt wird die Bestimmung durch eine Lösung für den Fall, dass sich die Eltern für einen Untersuch durch eine andere Zahnärztin oder einen andern Zahnarzt entscheiden.

Der Kanton führt Sonderschulen und Sonderschulheime (§ 7 Abs. 1b des Gesetzes über die Volksschulbildung). Weiter führt er Kantonsschulen (§ 21 Gesetz über die Gymnasialbildung; SRL Nr. 501). Gemäss Absatz 4 soll an diesen Schulen der Kanton für die Schulzahnpflege sorgen. Diese Regelung ist im heutigen Schulzahnpflegegesetz nicht enthalten, entspricht aber geltender Praxis. Auch bei den Privatschulen soll der Kanton für die Schulzahnpflege sorgen. Im Übrigen soll auch bei der Kantonschule die obligatorische Schulzahnpflege nur bis zum Ende der Schulpflicht dauern.

Aus demselben Grund wie bei den schulärztlichen Diensten wird schliesslich in Absatz 5 festgehalten, dass der Regierungsrat das Nähere durch Verordnung bestimmt.

§ 51 Öffentliche Bäder

Das geltende Recht sieht in § 57 GesG vor, dass öffentlich zugängliche Schwimm- und Saunabäder einer gesundheitspolizeilichen Bewilligung bedürfen. Unser Rat hat gestützt auf diese Bestimmung und auf § 2 Absatz 2 GesG die Verordnung über die Hygiene, den Bau und die technischen Einrichtungen der öffentlichen Bäder (SRL Nr. 839) erlassen. In dieser Verordnung werden allerdings die Saunabäder nicht genannt.

Nicht alle Kantone kennen eine dem § 57 GesG ähnliche Bestimmung. Trotzdem erachten wir eine Regelung zur Verhinderung von Gesundheitsgefährdungen als wichtig. Allerdings ist sie den aktuellen Gegebenheiten anzupassen. Versteht man unter Saunabädern Tauchbecken mit kaltem Wasser, ist das Infektionsrisiko gering, weil allfällige Erreger sich im kalten Wasser kaum vermehren können. Weiter fehlen für die Kontrolle der Umgebung ausserhalb dieser Tauchbecken allgemeingültige Standards. Dementsprechend möchten wir die Saunabäder nicht reglementieren. Die Bewilligungspflicht soll sich auf die öffentlichen Bäder beschränken. Darunter sollen der Öffentlichkeit zugängliche künstliche Schwimmbecken und damit zusammenhängende Anlagen, wie Kinderplanschbecken, fallen. Geregelt werden sollen nur noch die allgemein zugänglichen Bäder. Weiter erachten wir die Bewilligungspflicht nur als eine Möglichkeit, um Gesundheitsgefährdungen zu verhindern. Auch Bestimmungen über den Unterhalt und die Benützung können diesem Zweck dienen. Um genügend Flexibilität zu wahren, soll der Regierungsrat – wie dies in andern Kantonen der Fall ist – die Kompetenz erhalten, diesen Bereich auf Verordnungsstufe näher zu regeln (vgl. dazu z. B. die §§ 47 Abs. 1 und 48 Abs. 2 GesG-AG, Art. 5 Abs. 1 und 2e GesG-BE sowie § 8 Unterabs. a des Gesundheitsgesetzes des Kantons Solothurn).

VI. Massnahmen gegen übertragbare Krankheiten

Nach Artikel 38 Absatz 2 des Epidemiengesetzes (SR 818.101) haben die Kantone für ihr Gebiet die notwendigen Ausführungsbestimmungen zu erlassen. Laut § 59 GesG erlässt der Regierungsrat Vorschriften zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, soweit dies nicht durch Bundesrecht geregelt ist. Diese Bestimmung wurde ins geltende Gesundheitsgesetz aufgenommen, um dem Regierungsrat die Kompetenz zum Erlass von Vollzugsbestimmungen zu geben. Gestützt darauf hat der Regierungsrat die Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz) und zum Bundesgesetz betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose (Tuberkulosegesetz) vom 25. Juni 1993 (SRL Nr. 835) erlassen.

Gemäss der Artikel 11 und 38 Absatz 2 des Epidemiengesetzes und Artikel 1 des Tuberkulosegesetzes treffen die Kantone die notwendigen Massnahmen beziehungsweise erlassen für ihr Gebiet die notwendigen Ausführungsbestimmungen. In § 67^{bis} Absatz 2 StV ist festgehalten, dass der Regierungsrat die Vollzugsverordnungen zu eidgenössischem und kantonalem Recht erlässt. Damit ist aus heutiger Sicht § 59 GesG nicht mehr notwendig.

§ 52

Gemäss § 60 GesG kann der Regierungsrat öffentliche Impfungen anordnen. Sie sind freiwillig. Aus epidemiologischen Gründen können sie allerdings obligatorisch erklärt werden. In jedem Fall bleiben die Vorschriften und Massnahmen des eidgenössischen Epidemien- und Tuberkuloserechts vorbehalten. Im neuen § 51 soll der Regierungsrat allgemein die Möglichkeit erhalten, Massnahmen zur Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten zu ergreifen, soweit nicht bereits im Bundesrecht entsprechende Regelungen bestehen.

VII. Heilmittel

Bis zum 31. Dezember 2001 galt für den Verkehr mit Heilmitteln die Interkantonale Vereinbarung über die Kontrolle der Heilmittel vom 3. Juni 1971 (IKS-Vereinbarung). Alle Kantone sind diesem Konkordat beigetreten. Auf der IKS-Vereinbarung basierten das Regulativ vom 25. Mai 1972 über die Ausführung der Interkantonalen Vereinbarung sowie zahlreiche weitere Reglemente, Richtlinien, Weisungen und Listen. Sie regelten den Umgang mit Arzneimitteln für Menschen und Tiere von der Herstellung bis zum Grosshandel. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelte es sich dabei lediglich um mittelbar Recht setzende Erlasse. Es war folglich Sache der Kantone, dafür zu sorgen, dass die interkantonalen Bestimmungen in konkordatskonformer Weise im kantonalen Recht umgesetzt wurden. Alle Kantone haben denn auch auf Gesetzes- oder Verordnungsstufe eigenes Heilmittelrecht erlassen.

§ 46 GesG regelt die Betriebsbewilligung für die Herstellung und den Grosshandel. Bewilligungsinstanz ist das Gesundheits- und Sozialdepartement. Das neue Heilmittelgesetz weist die Zuständigkeit für die Erteilung von Betriebsbewilligungen für die Herstellung, den Grosshandel, die Ausfuhr, den Handel im Ausland und die Entnahme von Blut dem Schweizerischen Heilmittelinstitut zu (Art. 5 Abs. 1, 18 Abs. 1, 28 Abs. 1 und 34 Abs. 1 HMG). Die Bewilligungsvoraussetzungen sind im Bundesrecht geregelt (Art. 6, 19, 29 und 34 Abs. 2 HMG). Die einzige Ausnahme ist die Herstellung von Arzneimitteln nach Formula magistralis, nach Formula officinalis oder nach eigener Formel, also im Rahmen von Rezeptur und Defektur. Hier ist eine kantonale Bewilligung erforderlich (vgl. dazu auch die Erläuterungen zu § 56 Abs. 2b in Kap. B.I. und E.VII.). Folglich ist § 46 GesG nicht in das neue Gesetz überzuführen.

Weiter enthält § 47 GesG Vorschriften über die Vertriebsbewilligung eines Heilmittels im Grosshandel. Nach dem Heilmittelgesetz dürfen verwendungsfertige Arzneimittel nur vertrieben oder abgegeben werden, wenn sie zugelassen sind (Art. 8–17 HMG). Das Schweizerische Heilmittelinstitut verfügt die Zulassung (Art. 16 Abs. 1 HMG). Die Ausnahmen bilden wiederum Arzneimittel nach Formula magistralis, nach Formula officinalis oder nach eigener Formel sowie Arzneimittel, die nicht standardisierbar sind (Art. 9 Abs. 2 HMG). Damit ist auch § 47 GesG nicht in das neue Gesetz überzuführen.

Das neue Heilmittelgesetz enthält in den Artikeln 31–33 abschliessende Regeln über die Werbung und Preisvergleiche. Folglich sind auch die Bestimmungen des heu-

tigen Gesundheitsgesetzes über die öffentlichen Anpreisungen (§§ 49 und 50 GesG) nicht mehr in das neue Gesundheitsgesetz aufzunehmen.

1. Allgemeines

§ 53 Begriff

Der heutige § 44 GesG enthält eine Definition der Heilmittel. Dazu gehören die Arzneimittel, einschliesslich der pharmazeutischen Spezialitäten, sowie die für den Publikumsgebrauch bestimmten Heilvorrichtungen. Was seit dem 1. Januar 2002 als Heilmittel gilt, richtet sich nach Bundesrecht. Dazu gehören die Arzneimittel, einschliesslich Blut und Blutprodukte, sowie die Medizinprodukte. Arzneimittel sind Produkte chemischen oder biologischen Ursprungs, die zur medizinischen Einwirkung auf den menschlichen oder tierischen Organismus bestimmt sind oder angepriesen werden, insbesondere zur Erkennung, Verhütung oder Behandlung von Krankheiten, Verletzungen und Behinderungen. Medizinprodukte sind Produkte, einschliesslich Instrumente, Apparate, In-vitro-Diagnostika, Software und andere Gegenstände oder Stoffen, die für die medizinische Verwendung bestimmt sind oder angepriesen werden und deren Hauptwirkung nicht durch ein Arzneimittel erreicht wird (Art. 2 Abs. 1a und 4 Abs. 1a und b HMG). Diese Bestimmungen sind direkt anwendbar. Damit wäre eine Definition des Begriffs «Heilmittel» im neuen kantonalen Gesundheitsgesetz nicht mehr notwendig. Zur besseren Verständlichkeit schlagen wir jedoch vor, einen Paragraphen über den Begriff der Heilmittel – angepasst an das neue Heilmittelrecht des Bundes – beizubehalten.

§ 54 Verkehr mit Heilmitteln

In Absatz 1 wird wie in § 45 Absatz 1 GesG darauf hingewiesen, dass der Verkehr mit Heilmitteln der staatlichen Kontrolle unterliegt. Diese Formulierung hat auch nach Inkrafttreten des Heilmittelgesetzes ihre Gültigkeit. Sie soll deshalb beibehalten werden.

Weiter besagt § 45 Absatz 2 GesG, dass für die Bezeichnung, Darstellung, Zubereitung, Beschaffenheit, Prüfung, Aufbewahrung, Abgabe, Verkaufsabgrenzung und Anpreisung der Heilmittel die Vorschriften der Schweizerischen Pharmakopöe und der Interkantonalen Vereinbarung über die Kontrolle der Heilmittel sowie des Regulatifs über die Ausführung der Interkantonalen Vereinbarung gelten. Pharmakopöe heißt Arzneibuch. Die Schweizerische Pharmakopöe ist eine Sammlung von Vorschriften über die Definition, Herstellung und Verarbeitung, Prüfung, Lagerung, Beschriftung, Abgabe und Verwendung von Arzneimitteln, pharmazeutischen Hilfsstoffen und einzelnen Medizinprodukten. Die genannten Bereiche sind heute im Heilmittelgesetz und in der Verordnung vom 17. Oktober 2001 über die Pharmakopöe (SR 812.211) geregelt. Die einschlägigen Bestimmungen sind direkt anwendbar. Damit wäre ein entsprechender Hinweis im neuen Gesundheitsgesetz nicht notwendig. Wir schlagen zur besseren Lesbarkeit aber wiederum einen Verweis vor. Die Formulierung übernimmt die Terminologie des Heilmittelgesetzes.

Gemäss § 45 Absatz 3 GesG kann das Gesundheits- und Sozialdepartement Ausnahmen von der Abgabe und den Verkaufsabgrenzungen gemäss § 45 Absatz 2 GesG bewilligen oder Einschränkungen verfügen. Die Abgabe und die Verkaufsabgrenzung sind in den Artikeln 23–30 HMG geregelt. Die Kantone haben keine Kompetenz mehr, davon abzuweichen. Verschreibungspflichtige Arzneimittel dürfen grundsätzlich nur von Medizinalpersonen oder durch entsprechend ausgebildetes Fachpersonal unter der Kontrolle von Medizinalpersonen abgegeben werden (Art. 24 Abs. 1 HMG). Was die Anwendung verschreibungspflichtiger Arzneimittel anbelangt, können die Kantone Personen, die über eine angemessene Ausbildung verfügen, eine entsprechende Bewilligung erteilen (Art. 24 Abs. 3 HMG). Dabei können die Kantone diese Personen bestimmen und den Umfang der Abgabeberechtigung festlegen. Die bundesrätliche Botschaft zum Entwurf eines Heilmittelgesetzes nennt als Personen mit einer ausreichenden Ausbildung, welche bestimmte verschreibungspflichtige Arzneimittel nach Artikel 24 Absatz 3 HMG anwenden dürfen, Chiropraktorinnen und Chiropraktoren, Hebammen, Spitex-Pflegepersonal und Angestellte von Notfaldiensten (BBI 1999 3512).

Weiter legt Artikel 25 HMG die Abgabe nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel fest. Auch deren Abgabe setzt eine angemessene Ausbildung voraus (Art. 25 Abs. 1 HMG). Welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel Drogistinnen und Drogisten sowie Berufsgruppen mit einer angemessenen Ausbildung abgeben dürfen, legt grundsätzlich das Schweizerische Heilmittelinstitut fest (Art. 25 Abs. 3 HMG). Kann jedoch die flächendeckende Versorgung des Kantons mit solchen Arzneimitteln nicht gewährleistet werden, können die Kantone Drogistinnen und Drogisten zur Abgabe aller nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel berechtigen. Die Bedingungen dazu legt wiederum nicht der Kanton, sondern der Bundesrat fest (Art. 25 Abs. 4 HMG). Auch Personen, die über eine angemessene Ausbildung verfügen, dürfen im Rahmen ihrer Abgabekompetenz nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel abgeben (Art. 25 Abs. 1c HMG). Auch hier bestimmt der Bundesrat, was unter einer angemessenen Ausbildung zu verstehen ist (Art. 25 Abs. 2 HMG). In der Botschaft zum neuen Heilmittelgesetz werden die Optikerinnen und Optiker als eine solche Berufsgruppe genannt (BBI 1999 3512). Schliesslich können die Kantone bestimmen, dass Personen, die über eine kantonal anerkannte Ausbildung verfügen, bestimmte Arzneimittelgruppen, wie etwa komplementärmedizinische Arzneimittel, abgeben dürfen (Art. 25 Abs. 5 HMG). Unter diesen Umständen ist § 45 Absatz 3 GesG nicht mehr ins neue Gesundheitsgesetz aufzunehmen.

Nach § 45 Absatz 4 GesG ist der Regierungsrat verpflichtet, durch Verordnung eine besondere Regelung für die Herstellung, den Vertrieb, den Bezug und die Anwendung von Tierarzneimitteln, einschliesslich Medizinalfutter und deren Vorstufen, zu erlassen. Auch diese Bereiche sind im neuen Heilmittelgesetz geregelt, und der Bundesrat erlässt die Verordnungsbestimmungen (vgl. insbesondere Art. 2 Abs. 2, 4 Abs. 1a, 5 Abs. 1b, 24 Abs. 2 sowie Art. 42–44 HMG). Damit ist § 45 Absatz 4 GesG nicht in das neue Gesetz überzuführen.

2. Versand- und Detailhandel

Da die Erteilung der Betriebsbewilligung für die Herstellung und den Grosshandel sowie für die Vertriebsbewilligung im Grosshandel in den Aufgabenbereich des Schweizerischen Heilmittelinstituts gefallen ist und mit Artikel 27 HMG der Versandhandel geregelt wird, ist die Überschrift «Herstellung, Grosshandel und Detailhandel» des GesG nicht mehr angebracht. Wir schlagen den Titel «Versand- und Detailhandel» vor. Wie erwähnt, haben die Kantone in gewissen Bereichen des Detailhandels nach wie vor Gesetzgebungskompetenzen.

§ 55 Versandhandel

Gemäss Artikel 27 Absatz 4 HMG erteilen die Kantone die Bewilligungen für den Versandhandel. In § 55 Absatz 1 wird bestimmt, dass das Gesundheits- und Sozialdepartement wie bei den Praxisbewilligungen und den Betriebsbewilligungen Bewilligungsinstanz ist.

In Absatz 2 wird – wiederum zur besseren Verständlichkeit – darauf hingewiesen, dass das Bundesrecht die Bewilligungsvoraussetzungen regelt (Art. 27 Abs. 1 und 2 HMG). Absatz 2 enthält deshalb einen entsprechenden Hinweis.

§ 56 Detailhandel

Dieser Paragraph soll wie der bestehende § 48 GesG verschiedene Fragen des Detailhandels regeln. Aufgrund des geänderten Bundesrechts unterscheidet sich § 56 des Entwurfs allerdings wesentlich von der geltenden Bestimmung.

Nach § 48 Absatz 1 GesG ist die Ausführung von ärztlichen, zahnärztlichen und tierärztlichen Rezepten nur den öffentlichen Apotheken erlaubt. Geregelt wird mitt hin die Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel. Diese Bestimmung ist das Gegenstück zu § 24 GesG (vgl. dazu die Ausführungen vor § 30). Artikel 24 Absatz 1a HMG besagt, dass nur Apothekerinnen und Apotheker verschreibungspflichtige Arzneimittel abgeben dürfen; weitere Medizinalpersonen dürfen verschreibungspflichtige Arzneimittel entsprechend den Bestimmungen über die Selbstdispensation abgeben (Art. 24 Abs. 1b HMG). Zudem dürfen entsprechend ausgebildete Fachpersonen unter der Kontrolle von Apothekerinnen und Apothekern und weiteren Medizinalpersonen verschreibungspflichtige Arzneimittel abgeben (Art. 24 Abs. 1c HMG). Fütterungsarzneimittel dürfen auf tierärztliche Verschreibung nicht nur von Medizinalpersonen, sondern auch von Personen abgegeben werden, die über eine Herstellungsbewilligung für Medizinalfutter verfügen (Art. 24 Abs. 2 HMG). Unter diesen Umständen können § 48 Absatz 1 GesG wie auch § 24 GesG nicht mehr ins neue Gesundheitsgesetz übernommen werden. Dasselbe gilt für § 48 Absatz 2 GesG, der die Abgabe von Heilmitteln, die der Kontrolle der IKS unterworfen waren, an den Verbraucher regelt (so genannter Endverbrauch, business-to-consumer). Dieser Sachverhalt ist in den Artikeln 24 und 25 HMG geregelt.

Anstelle von § 48 Absätze 1 und 2 GesG soll in § 56 Absatz 1 geregelt werden, dass der Regierungsrat durch Verordnung bestimmt, welche entsprechend ausgebildeten Fachpersonen neben Ärztinnen und Ärzten, Tierärztinnen und Tierärzten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzten verschreibungspflichtige Arzneimittel anwenden

dürfen. Zudem soll er in der Verordnung den Umfang der Anwendungsberechtigung festlegen. Die Regelung ist eine Ausführungsbestimmung zu Artikel 24 Absatz 3 HMG.

Weiter soll nach Absatz 2a des Entwurfs das Gesundheits- und Sozialdepartement zuständig sein für die Erteilung der Bewilligung an eidgenössisch diplomierte Drogistinnen und Drogisten zur Abgabe aller nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel.

Darüber hinaus besagt § 48 Absatz 3 GesG, dass pharmazeutische Spezialitäten, welche der Inhaber einer Apotheke oder einer Drogerie nach seiner eigenen Formel herstellt oder herstellen lässt und die er nur in seinen Verkaufsräumen – als so genannte Hausspezialitäten – abgibt, dem Gesundheits- und Sozialdepartement zu melden sind. Nach Artikel 5 Absatz 1a HMG braucht eine Bewilligung des Heilmittelinstituts, wer Arzneimittel herstellt. Der Bundesrat regelt die Ausnahmen von der Bewilligungspflicht. Er kann insbesondere die Herstellung von Arzneimitteln nach Formula magistralis, nach Formula officinalis, nach eigener Formel, nach der Pharmakopöe oder nach einem anderen vom Schweizerischen Heilmittelinsttitut anerkannten Arzneibuch oder Formularium einer kantonalen Bewilligungs- oder Meldepflicht unterstellen (Art. 5 Abs. 2a HMG). Es handelt sich dabei um Arzneimittel, die für bestimmte Personen oder Tiere hergestellt werden (Art. 9 Abs. 2a, b und c HMG). Der Bundesrat hat von dieser Kompetenz in der Verordnung über die Bewilligungen im Arzneimittelbereich (Arzneimittel-Bewilligungsverordnung, AMBV; SR 812.212.1) Gebrauch gemacht. Gemäss Artikel 6 AMBV bedarf einer kantonalen Bewilligung, wer nach Formula magistralis, nach Formula officinalis oder nach eigener Formel herstellt. In Absatz 2b soll festgelegt werden, wer diese Bewilligung erteilt.

In Absatz 3 wird verdeutlicht, dass sich die Bewilligungsvoraussetzungen und der Umfang der Bewilligung nach dem Heilmittelrecht des Bundes richten. Zu ergänzen bleibt, dass der Bundesrat die Ausführungsbestimmungen dazu noch nicht erlassen hat. Es ist deshalb nicht auszuschliessen, dass nach deren Erlass Anpassungen des Gesetzes notwendig sein werden. In diesem Zusammenhang sei noch ergänzt, dass gemäss Artikel 95 Absatz 6 HMG Personen, welche die Bestimmungen über die Abgabeberechtigung gemäss der Artikel 24 und 25 HMG nicht erfüllen, die Abgabe von Arzneimitteln bis spätestens sieben Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes einstellen müssen. Allerdings kann der Bundesrat bei Nachweis genügender Aus- und Weiterbildungen Ausnahmen vorsehen.

Schliesslich bestimmt § 48 Absatz 4 GesG, dass das Gesundheits- und Sozialdepartement gestatten kann, in Ortschaften ohne Apotheke oder Drogerie für die Lagerung und Abgabe von ihm bezeichneter Heilmittel ein Arzneimitteldepot einzurichten und zu unterhalten. Die Arzneimittel sind aus einer Apotheke oder Drogerie, die für die Belieferung verantwortlich ist, zu beziehen. Das eidgenössische Heilmittelgesetz sieht keine solchen Heilmittelschränke mehr vor. Auf diese Bestimmung ist ersatzlos zu verzichten.

VIII. Bestattungswesen

§ 57

Die bisherige Regelung von § 69 GesG hat sich bewährt. In Absatz 2 wurde eine sprachliche Anpassung vorgenommen. Zudem soll die Kostentragung nicht mehr durch eine regierungsrätliche Verordnung geregelt werden. Die Regelung der Kostentragung ist vielmehr Sache der Gemeinden.

IX. Schlussbestimmungen

§ 58 Kontrollrecht und Beschlagnahme

§ 58 Absätze 1 und 2 entspricht inhaltlich § 70 Absätze 1 und 2 GesG.

Hingegen muss der Vorbehalt von § 70 Absatz 3 GesG an das neue Heilmittelrecht des Bundes angepasst werden. Wie bereits dargelegt wurde, liegt die Kompetenz für die Erteilung der Betriebsbewilligungen für die Herstellung, die Einfuhr, den Grosshandel, die Ausfuhr, den Handel im Ausland und die Entnahme von Blut neu beim Schweizerischen Heilmittelinstitut. Die Kantone sind einzig noch für die Erteilung der Herstellungsbewilligung im Rahmen der Rezeptur und Defektur zuständig (vgl. dazu auch unsere Erläuterungen in Kap. B.I. und zu § 56 Abs. 2b). Obwohl das Schweizerische Heilmittelinstitut den Hauptteil der Inspektionen an die Kantone überträgt, ist damit nicht der gesamte Vollzug des Heilmittelrechts delegiert (Art. 60 Abs. 3 HMG). Die Inspektionen sind lediglich ein Teil des Vollzugs. Gemäss Artikel 66 HMG verbleibt die Zuständigkeit zur Anordnung von Verwaltungsmassnahmen bei jener Behörde, welche die Betriebsbewilligung erteilt hat. Folglich ist in den Bereichen der Herstellung und des Grosshandels das Schweizerische Heilmittelinstitut zur Beschlagnahme berechtigt. Davon ausgenommen ist die Beschlagnahme von Produkten, die im Rahmen von Rezeptur und Defektur hergestellt wurden. Weiter ist Artikel 58 Absatz 5 HMG zu berücksichtigen, wonach die Kantone ein Kontrollrecht haben und bei einer unmittelbaren und schwerwiegenden Gesundheitsgefährdung die erforderlichen Massnahmen nach Artikel 66 HMG treffen können. Auch beim Vollzug des Heilmittelgesetzes an der Grenze ist einzig das Schweizerische Heilmittelinstitut zuständig. Anders ist die Rechtslage, wenn ein Arzneimittel nicht nur dem Heilmittelgesetz, sondern auch dem Betäubungsmittelgesetz oder bei Dopingmitteln dem Bundesgesetz über die Förderung von Turnen und Sport untersteht. In diesen beiden Bundesgesetzen ist die Strafverfolgung Sache der Kantone (Art. 28 Abs. 1 BetmG und Art. 11f Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Förderung von Turnen und Sport, SR 415.0). Bei Kompetenzkonflikten geht nach der Praxis die kantonale Zuständigkeit vor. Bei einem illegalen Inverkehrbringen, welches das Vertreiben im Sinn des Grosshandels und die Abgabe an den Endverbraucher umfasst, kann die Zuständigkeit beim Schweizerischen Heilmittelinstitut oder beim Kanton liegen (Art. 66 HMG einerseits und Art. 27 und 30 in Verbindung mit Art. 31 VAM andererseits). Dementsprechend ist in § 58 Absatz 3 neben dem Recht der Strafverfolgungsbehörde ein Vorbe-

halt betreffend das Kontrollrecht und die Beschlagnahme nach dem Heilmittelrecht des Bundes zu machen.

§ 59 Strafbestimmungen

Dieser Paragraph entspricht § 71 GesG. Zum einen wurde berücksichtigt, dass nach dem revidierten Allgemeinen Teil des schweizerischen Strafgesetzbuches der Bund in seinen Vorschriften bei den Übertretungstatbeständen anstelle von Haft oder Busse nur noch die Busse als Höchststrafe vorsieht. Es gibt keinen Grund, dies nicht auch ins kantonale Übertretungsstrafrecht zu übernehmen. Zum andern wurde der Gesetzestext an die neue Nummerierung der Paragraphen angepasst. Weiter haben wir darauf verzichtet, bei einer Zuwiderhandlung gegen den obligatorischen Untersuch durch die Schulzahnpflege eine Strafandrohung zu statuieren. Wir sind der Ansicht, dass in diesem Fall – nach einem erfolglosen Einigungsversuch – Kinderschutzmassnahmen nach den Artikeln 307 ff. des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB; SR 210) verfügt werden sollten.

§ 60 Aufhebung von Erlassen

Mit dem vorliegenden Gesetz können das geltende Gesundheitsgesetz mit Ausnahme der §§ 62–66 und des § 74 sowie das Gesetz über die Schulzahnpflege aufgehoben werden (§ 60 Abs. 1). Die Ausnahme beim Gesundheitsgesetz ist insofern notwendig, als die Einzelheiten der kantonalen Spitäler in einem separaten Erlass geregelt werden sollen. Die Bestimmungen über die kantonalen Spitäler sind daher mit jenem Spezialerlass aufzuheben. Damit ist sichergestellt, dass für die kantonalen Spitäler bis zum Inkrafttreten des neuen Spitalgesetzes weiterhin rechtliche Regeln bestehen. Absatz 2 des Entwurfs entspricht § 73 Absatz 2 GesG.

§ 61 Änderung von Erlassen

Wie bereits in den Erläuterungen zu § 48 festgehalten, bedarf es wegen der Fristenlösung keines zweiten Gutachtens mehr für den straflosen Schwangerschaftsabbruch. Artikel 120 StGB in der Fassung vom 21. Dezember 1937 ist aufgehoben. Die Vollzugsbestimmungen zu den neuen Artikeln 119 und 120 StGB können in eine Verordnung aufgenommen werden. Damit kann § 323 StPO aufgehoben werden (Unterabs. a).

Da in den §§ 49 und 50 die Schulzahnpflege und der schulärztliche Dienst geregelt werden, kann § 142 des Erziehungsgesetzes aufgehoben werden (Unterabs. b). § 9 Absatz 2 des Gesetzes über die Volksschulbildung ist insofern anzupassen, als in Absatz 2 darauf hingewiesen werden soll, dass für die schulärztlichen und die Schulzahnärztlichen Dienste die Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes gelten. Unser Rat soll aber nach wie vor die anderen schulischen Dienste in einer Verordnung regeln (Unterabs. c).

Weiter ist das Gesetz über die Gymnasialbildung anzupassen. In § 7 Absatz 1b ist wegen der Regelung von § 50 Absatz 4 auch die Schulzahnpflege zu erwähnen. Weiter ist § 7 Absatz 2 dieses Gesetzes analog § 9 Absatz 2 des Volksschulbildungsgesetzes anzupassen.

§ 62 Übergangsbestimmungen

Mit diesem Paragraphen soll zum einen dem Umstand Rechnung getragen werden, dass verschiedene bewilligungspflichtige Tätigkeiten nach neuem Recht nicht mehr bewilligungspflichtig sind. Davon betroffen sind die alternativen Heilmethoden, mit Ausnahme der Akupunktur. Bereits ausgestellte Bewilligungen sollen von Gesetzes wegen als erloschen gelten (Abs. 1 des Entwurfs).

Es ist davon auszugehen, dass unser Rat die fachlichen Voraussetzungen für eine Akupunkturbewilligung auf Verordnungsstufe strenger umschreiben wird. Damit muss eine Übergangsregelung geschaffen werden, wonach bisher erteilte Bewilligungen trotz dem strengeren neuen Recht in Kraft bleiben (Abs. 2).

Das Übergangsrecht für diejenigen Berufe im Gesundheitswesen, die neu der Bewilligungspflicht unterstehen, ist in die entsprechende Verordnung aufzunehmen. Rechtsgrundlage dafür ist § 36 des Entwurfs (vgl. als Beispiel die §§ 14 ff. der Psychotherapeutenverordnung). Es betrifft dies die Dentalhygienikerinnen und -hygieniker sowie die Ernährungsberaterinnen und -berater (vgl. dazu die Ausführungen zu § 15).

§ 63 Inkrafttreten

Das neue Gesundheitsgesetz soll insbesondere an das neue Medizinalberufegesetz angepasst werden. Wann dieser Erlass in Kraft treten wird, ist noch offen. Weiter ist eine Abstimmung mit demjenigen Erlass, der die Einzelheiten der kantonalen Spitäler regeln wird, anzustreben. Das Inkrafttreten des Gesundheitsgesetzes soll deshalb durch uns bestimmt werden.

Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren, wir beantragen Ihnen, dem Entwurf eines neuen Gesundheitsgesetzes zuzustimmen.

Luzern, 19. Oktober 2004

Im Namen des Regierungsrates
Der Schultheiss: Kurt Meyer
Der Staatsschreiber: Viktor Baumeler

Nr. 800

Gesundheitsgesetz

vom

Der Grosse Rat des Kantons Luzern,

nach Einsicht in die Botschaft des Regierungsrates vom 19. Oktober 2004,

beschliesst:

I. Geltungsbereich und Zweck

§ 1

¹ Dieses Gesetz regelt das öffentliche Gesundheitswesen.

² Es bezweckt unter Berücksichtigung der Eigenverantwortung und der Wirtschaftlichkeit die Förderung, den Schutz, die Erhaltung und die Wiederherstellung der Gesundheit von Menschen und Tieren. Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen.

³ Vorbehalten bleiben Bestimmungen zum Gesundheitswesen in anderen kantonalen Erlassen sowie im interkantonalen, eidgenössischen und internationalen Recht.

II. Organisation und Zuständigkeiten

1. Kantonale Organe

§ 2 Regierungsrat

¹ Der Regierungsrat ist die oberste Gesundheitsbehörde des Kantons.

² Er wählt die kantonalen Organe gemäss den §§ 4–11 dieses Gesetzes. Er kann die Aufgaben der in den §§ 5–11 dieses Gesetzes genannten kantonalen Organe ganz oder teilweise Dritten übertragen.

§ 3 *Gesundheits- und Sozialdepartement*

¹ Das Gesundheits- und Sozialdepartement setzt die kantonale Gesundheitspolitik um. Es übt die Aufsicht über das öffentliche Gesundheitswesen aus. Zu diesem Zweck stehen ihm die in den §§ 4–11 dieses Gesetzes genannten kantonalen Organe zur Verfügung.

² Es vollzieht die internationalen und die interkantonalen Vereinbarungen sowie die eidgenössischen und die kantonalen Gesetze und Verordnungen auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens. Vorbehalten bleibt die Zuständigkeit anderer Instanzen.

§ 4 *Fachkommissionen*

Der Regierungsrat kann für die fachliche Beratung oder für bestimmte Sachaufgaben Kommissionen bestellen.

§ 5 *Kantonsarzt oder -ärztin*

Der Kantonsarzt oder die Kantonsärztin erfüllt die Aufgaben, die ihm oder ihr durch die eidgenössische und die kantonale Gesetzgebung übertragen sind. Er oder sie berät das Gesundheits- und Sozialdepartement.

§ 6 *Kantonstierarzt oder -tierärztin*

¹ Der Kantonstierarzt oder die Kantonstierärztin leitet das Kantonale Veterinäramt.

² Er oder sie erfüllt die Aufgaben, die ihm oder ihr durch die eidgenössische und die kantonale Gesetzgebung übertragen sind. Er oder sie berät das Gesundheits- und Sozialdepartement.

§ 7 *Kantonschemiker oder -chemikerin*

¹ Der Kantonschemiker oder die Kantonschemikerin leitet das kantonale Amt für Lebensmittelkontrolle und Verbraucherschutz.

² Er oder sie erfüllt die Aufgaben, die ihm oder ihr durch die eidgenössische und die kantonale Gesetzgebung übertragen sind. Er oder sie berät das Gesundheits- und Sozialdepartement.

§ 8 *Kantonsapotheker oder -apothekerin*

Der Kantonsapotheker oder die Kantonsapothekerin erfüllt die Aufgaben, die ihm oder ihr durch die eidgenössische und die kantonale Gesetzgebung übertragen sind. Er oder sie berät das Gesundheits- und Sozialdepartement.

§ 9 Kantonszahnarzt oder -zahnärztin

Der Kantonszahnarzt oder die Kantonszahnärztin erfüllt die Aufgaben, die ihm oder ihr durch die kantonale Gesetzgebung übertragen sind. Er oder sie berät das Gesundheits- und Sozialdepartement.

§ 10 Amtsärztinnen und -ärzte

¹ Für jedes Amt ist die erforderliche Anzahl Amtsärztinnen und -ärzte zu wählen. Sie vertreten sich gegenseitig.

² Sie erfüllen die Aufgaben, die ihnen durch die kantonale Gesetzgebung übertragen sind.

§ 11 Amtstierärztinnen und -tierärzte

¹ Für jedes Amt ist die erforderliche Anzahl Amtstierärztinnen und -tierärzte zu wählen. Sie vertreten sich gegenseitig.

² Sie erfüllen die Aufgaben, die ihnen durch die kantonale Gesetzgebung übertragen sind.

2. Gesundheitsbehörden der Gemeinden

§ 12 Gesundheitsbehörde der Gemeinde

¹ Der Gemeinderat ist die örtliche Gesundheitsbehörde. Er übt innerhalb seines Gemeindegebietes die Aufsicht über das Gesundheitswesen aus. Er kann seine Aufgaben und Befugnisse ganz oder teilweise an eine Ortsgesundheitskommission übertragen.

² Der Gesundheitsbehörde der Gemeinde sind insbesondere folgende Aufgaben übertragen:

- a. die Überwachung der Umwelt- und Wohnhygiene,
- b. das Verfügen von Massnahmen gegen gesundheitsschädliche Immissionen aller Art,
- c. die Mithilfe beim Vollzug gesundheitspolizeilicher Massnahmen kantonaler Behörden.

Vorbehalten bleibt die Zuständigkeit anderer Behörden.

³ Der Regierungsrat regelt das Nähere über Aufgaben und Befugnisse der Gesundheitsbehörde der Gemeinde durch Verordnung.

§ 13 Gemeindefeuerwehr oder -ärztin

¹ Die Gemeinden können für ihre Aufgaben im Gesundheitswesen einen Gemeindefeuerwehr oder eine Gemeindefeuerwehr wählen.

² Der Regierungsrat kann dem Gemeindearzt oder der Gemeindeärztein amtsärztliche Funktionen übertragen.

§ 14 Lebensmittelkontrolle

Der Regierungsrat kann den Gemeinden durch Verordnung einzelne Aufgaben und Befugnisse der Lebensmittelkontrolle, insbesondere die Wahl und die Entschädigung der Lebensmittelkontrolleurinnen und -kontrolleure sowie der Fleischkontrolleurinnen und -kontrolleure, übertragen.

III. Berufe im Gesundheitswesen

1. Gemeinsame Bestimmungen

a. Allgemeines

§ 15 Bewilligungspflicht und Aufsicht

¹ Eine Berufsausübungsbewilligung (Bewilligung) des Gesundheits- und Sozialdepartementes benötigt, wer unter eigener fachlicher Verantwortung und gewerbsmässig

- a. Krankheiten, Verletzungen oder sonstige Störungen der psychischen und physischen Gesundheit von Menschen und Tieren nach den Erkenntnissen der anerkannten Wissenschaften oder im Rahmen der wissenschaftlichen Forschung feststellt und behandelt,
- b. in einem Beruf tätig ist, der im Krankenversicherungsrecht als Leistungserbringer genannt ist,
- c. Gelenksmanipulationen mit Impulsen vornimmt, Sehhilfen und Zahnersatz herstellt oder kranke, verletzte oder sonst gesundheitlich beeinträchtigte Menschen mit instrumentellen Eingriffen behandelt, die den Körper unter der Haut verletzen,
- d. Arzneimittel anwendet, abgibt und herstellt; davon ausgenommen ist die Anwendung und Abgabe komplementärmedizinischer Arzneimittel.

² Unter die Bewilligungspflicht fallen die universitären Medizinalberufe gemäss § 30 und die andern Berufe im Gesundheitswesen gemäss § 36.

³ Das Gesundheits- und Sozialdepartement kann die Ausübung nicht bewilligungspflichtiger Tätigkeiten verbieten, wenn diese Leib und Leben gefährden. Der Regierungsrat regelt die Rechte und Pflichten bei der Berufsausübung nicht bewilligungspflichtiger Tätigkeiten, insbesondere den Tätigkeitsbereich, durch Verordnung.

§ 16 Ausnahmen

¹ Angehörige universitärer Medizinalberufe und anderer Berufe im Gesundheitswesen, die zur Berufsausübung in anderen Kantonen zugelassen sind, benötigen keine Bewilligung:

- a. wenn sie von der behandelnden Fachperson im Kanton Luzern in Einzelfällen zugezogen werden,
- b. für die berufliche Besuchstätigkeit von ihrem Wohnort aus.

² Das Gesundheits- und Sozialdepartement kann diese Berechtigung entziehen, wenn die Voraussetzungen gemäss § 19 erfüllt sind. Im Übrigen gilt § 19 Absatz 2 sinngemäss.

§ 17 Bewilligungsvoraussetzungen

Die Bewilligung wird an Gesuchstellerinnen und Gesuchsteller erteilt, welche

- a. die von der Gesetzgebung verlangten fachlichen Anforderungen erfüllen,
- b. handlungsfähig und beruflich vertrauenswürdig sind,
- c. physisch und psychisch Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung bieten.

§ 18 Befristung

¹ Die Bewilligung ist bis zum Monatsende nach der Erfüllung des 65. Altersjahres befristet. Das Gesundheits- und Sozialdepartement kann sie auf Gesuch hin jeweils um ein Jahr verlängern.

² Vorbehalten bleiben Befristungen im Rahmen eines Administrativverfahrens.

§ 19 Bewilligungsentzug

¹ Die Bewilligung wird entzogen, wenn

- a. die Voraussetzungen für deren Erteilung weggefallen sind,
- b. nachträglich Tatsachen bekannt werden, aufgrund deren die Bewilligung hätte verweigert werden müssen,
- c. der Inhaber oder die Inhaberin wiederholt oder schwerwiegend Berufspflichten verletzt hat,
- d. der Inhaber oder die Inhaberin wiederholt oder schwerwiegend Patientinnen und Patienten oder deren Kostenträger finanziell überfordert oder dazu Beihilfe geleistet hat,
- e. der Inhaber oder die Inhaberin wiederholt oder schwerwiegend gegen dieses Gesetz oder darauf gestützte Erlasse verstossen hat.

² Der Entzug kann für die ganze oder für einen Teil der Berufstätigkeit und auf bestimmte oder unbestimmte Zeit verfügt werden.

³ Vorbehalten bleibt das Disziplinarrecht des Bundes.

§ 20 Erlöschen der Bewilligung

- ¹ Die Bewilligung erlischt mit
 - a. dem Tod des Inhabers oder der Inhaberin,
 - b. dem Ablauf der Fristen gemäss § 18,
 - c. dem Entzug,
 - d. der schriftlichen Verzichtserklärung des Inhabers oder der Inhaberin gegenüber dem Gesundheits- und Sozialdepartement.
- ² Im Fall von Absatz 1d stellt das Gesundheits- und Sozialdepartement das Erlöschen der Bewilligung durch Verfügung fest.

§ 21 Publikation

Das Gesundheits- und Sozialdepartement veröffentlicht in geeigneter Weise die erteilten Bewilligungen, deren Entzug oder anderweitiges Erlöschen sowie die verfügten Berufsverbote, sobald entsprechende Entscheide rechtskräftig sind.

§ 22 Befreiung vom Berufsgeheimnis

- ¹ Zuständig für die Befreiung vom Berufsgeheimnis im Sinn von Artikel 321 Ziffer 2 des Strafgesetzbuches ist das Gesundheits- und Sozialdepartement.
- ² Personen, die zur Geheimhaltung verpflichtet sind, sind zur Durchsetzung von streitigen Forderungen aus dem Behandlungsverhältnis gegenüber der beauftragten Inkassostelle und den zuständigen Behörden vom Berufsgeheimnis befreit.

b. Allgemeine Rechte und Pflichten bei der Berufsausübung

§ 23 Persönliche Berufsausübung

- ¹ Der Inhaber oder die Inhaberin der Bewilligung hat die bewilligte Tätigkeit persönlich auszuüben.
- ² Die zuständige Behörde kann bei Krankheit, während der Ferien oder bei anderer begründeter vorübergehender Verhinderung eine Vertretung mit genügender Ausbildung bewilligen.
- ³ Vorbehalten bleiben die Bestimmungen über die Assistenz.

§ 24 Allgemeine Sorgfaltspflicht

- ¹ Der Inhaber oder die Inhaberin der Bewilligung hat nach den geltenden Grundsätzen des eigenen Berufs, der Ethik und der Wirtschaftlichkeit zu arbeiten.
- ² Vorbehalten bleiben weitere, durch den Bund auferlegte Berufspflichten.

§ 25 Patientenrechte

¹ Bei der Berufsausübung sind die Rechte der Patientinnen und Patienten, wie die Aufklärungspflicht und das Einsichtsrecht in die eigene Krankengeschichte, zu beachten.

² Sterbende haben Anspruch auf eine angepasste Betreuung, Pflege und Begleitung sowie auf grösstmögliche Linderung ihrer Leiden und Schmerzen nach den Grundsätzen der Palliativmedizin und -pflege.

§ 26 Aufzeichnungspflicht

¹ Bewilligungsinhaberinnen und -inhaber haben über ihre Berufsausübung Aufzeichnungen zu machen.

² Die Aufzeichnungen sind während zehn Jahren aufzubewahren.

§ 27 Anzeigepflicht und Meldeberechtigung

¹ Bewilligungsinhaberinnen und -inhaber haben aussergewöhnliche Todesfälle umgehend dem Amtsstatthalteramt zu melden.

² Sie sind berechtigt, dem Amtsstatthalteramt Wahrnehmungen zu melden, die auf ein Verbrechen oder Vergehen gegen Leib und Leben, die öffentliche Gesundheit oder die sexuelle Integrität schliessen lassen.

§ 28 Tarife

¹ Die Vergütung der Leistungen von Angehörigen der Berufe im Gesundheitswesen bleibt der ausdrücklichen oder stillschweigenden Vereinbarung überlassen. Der Regierungsrat kann nach Anhören der betreffenden Berufsorganisation Tarife aufstellen, die bei Fehlen einer Vereinbarung gelten.

² Vorbehalten bleiben die Bestimmungen des Sozialversicherungsrechtes.

c. Nachwuchsförderung

§ 29

¹ Der Kanton kann Ausbildungsstätten für Berufe im Gesundheitswesen führen.

² Er kann Ausbildungsstätten für Berufe im Gesundheitswesen sowie Praktikumsplätze durch Beiträge unterstützen.

2. Universitäre Medizinalberufe

a. Allgemeines

§ 30 Begriff und Aufsicht

¹ Universitäre Medizinalberufe im Sinn von § 15 Absatz 2 sind Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Chiropraktorinnen und Chiropraktoren, Apothekerrinnen und Apotheker sowie Tierärztinnen und Tierärzte.

² Bezeichnet der Bund weitere Berufe im Gesundheitswesen als universitäre Medizinalberufe, führt der Regierungsrat sie in einer Verordnung auf und regelt nötigenfalls die besonderen Rechte und Pflichten bei der Berufsausübung, insbesondere den Tätigkeitsbereich oder die Verpflichtung, ihre Leistungen der Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen.

§ 31 Privatapotheke

¹ Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Tierärztinnen und Tierärzte können mit Bewilligung des Gesundheits- und Sozialdepartementes eine Privatapotheke führen.

² Das Gesundheits- und Sozialdepartement erteilt die Bewilligung, wenn die fachgerechte Lagerung, Überwachung und Abgabe der Arzneimittel gewährleistet ist.

³ Nicht unter die Bewilligungspflicht fallen die unmittelbare Anwendung von Arzneimitteln an Patientinnen und Patienten sowie die Abgabe in Notfällen und bei Hausbesuchen.

⁴ Den Inhaberinnen und Inhabern einer Privatapotheke ist die Abgabe von Arzneimitteln lediglich für den eigenen Praxisbedarf gestattet. Der Handverkauf und die Belieferung von Wiederverkäuferinnen und -verkäufern sind verboten.

§ 32 Beistandspflicht und Notfalldienst

¹ Personen, die einen universitären Medizinalberuf fachlich selbstständig und gewerbsmäßig ausüben, sind verpflichtet, in Notfällen Beistand zu leisten.

² Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Tierärztinnen und Tierärzte sowie Apothekerrinnen und Apotheker sind verpflichtet, sich persönlich an einem Notfalldienst zu beteiligen. Die Notfalldienste sind durch die Berufsverbände zu regeln. Ist der Notfalldienst ungenügend, kann das Gesundheits- und Sozialdepartement die erforderlichen Massnahmen verfügen.

³ Die Berufsverbände sind ermächtigt, bei Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten, Tierärztinnen und Tierärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern, welche keinen Notfalldienst leisten, eine Ersatzabgabe zu erheben.

⁴ Die Kosten der Notfallbehandlung sind in erster Linie von der Patientin oder vom Patienten und in zweiter Linie vom unterstützungspflichtigen Gemeinwesen zu tragen. Vorbehalten bleiben die Unterhalts- und Unterstützungspflichten der Angehörigen und der Verwandten.

§ 33 Zweigpraxis

Personen, die einen universitären Medizinalberuf fachlich selbstständig und gewerbsmäßig ausüben, können mit Bewilligung des Gesundheits- und Sozialdepartementes eine Zweigpraxis führen. Sie haben die Zweigpraxis persönlich zu führen.

§ 34 Assistentinnen und Assistenten

Das Gesundheits- und Sozialdepartement kann Personen, die einen universitären Medizinalberuf fachlich selbstständig und gewerbsmäßig ausüben, die Beschäftigung von Assistentinnen und Assistenten bewilligen.

b. Besondere Bestimmungen

§ 35

Der Regierungsrat regelt die besonderen Rechte und Pflichten der Personen, die einen universitären Medizinalberuf fachlich selbstständig und gewerbsmäßig ausüben, insbesondere den Tätigkeitsbereich, durch Verordnung.

3. Andere Berufe im Gesundheitswesen

§ 36

Der Regierungsrat bestimmt die andern Berufe im Gesundheitswesen, die der Bewilligungspflicht nach § 15 Absatz 1 unterstehen und regelt das Nähere, namentlich die fachlichen Anforderungen für die Bewilligung und die besonderen Rechte und Pflichten bei der Berufsausübung, insbesondere den Tätigkeitsbereich, durch Verordnung.

IV. Betriebe im Gesundheitswesen

1. Allgemeine Bestimmungen

§ 37 Betriebsbewilligung

- ¹ Eine Betriebsbewilligung benötigen
- a. Spitäler,
 - b. Betriebe wie Spitäler, welche Blut und Blutprodukte nur lagern,
 - c. öffentliche Apotheken und Spitalapotheken,
 - d. andere Organisationen und Einrichtungen, die nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 eine kantonale Zulassung benötigen, wie zum Beispiel Organisationen der Krankenpflege und der Hilfe zu Hause (Spitex),
 - e. Drogerien.

² Vorbehalten bleiben die Bestimmungen dieses Gesetzes über die Privatapotheke und Betriebsbewilligungen aufgrund anderer Erlasse.

§ 38 Bewilligungsvoraussetzungen

- ¹ Die Bewilligung wird erteilt, wenn der Betrieb
- a. eine verantwortliche Fachperson bezeichnet, die eine Bewilligung nach § 15 hat,
 - b. über das Fachpersonal verfügt, das für die Erbringung der Leistungen notwendig ist,
 - c. für die Erbringung der angebotenen Leistungen eingerichtet ist.

² Für die Spitalapotheken gelten zudem die Voraussetzungen von § 31 sinngemäss.

³ Der Regierungsrat regelt das Nähere durch Verordnung.

§ 39 Bewilligungsinstanz und Aufsicht

¹ Organisationen der Krankenpflege und der Hilfe zu Hause sind von der Gemeinde zu bewilligen, in der sie ihren Sitz haben. Die übrigen Betriebe werden vom Gesundheits- und Sozialdepartement bewilligt.

² Die bewilligungspflichtigen Betriebe unterstehen der Aufsicht der Bewilligungsinstanz.

§ 40 Rechtsverweis

Im Übrigen gelten für die Bewilligungserteilung, den Bewilligungsentzug und die Publikation die allgemeinen Bestimmungen für die Berufe im Gesundheitswesen sinngemäss.

2. Spitäler

a. Kantonale Spitäler

§ 41

Die Einzelheiten über die kantonalen Spitäler sind in einem besonderen Gesetz geregelt.

b. Obduktion und Organentnahme

§ 42 *Obduktion*

¹ Eine Obduktion kann ausgeführt werden, wenn die verstorbene Person selbst zugestimmt hat oder die nächsten Angehörigen an ihrer Stelle zustimmen. Der Regierungsrat regelt das Nähere durch Verordnung.

² Vorbehalten bleiben besondere Anordnungen des Gesundheits- und Sozialdepartementes oder der Strafuntersuchungsbehörden.

§ 43 *Organentnahme*

¹ Um Kranke zu behandeln, dürfen Toten Gewebeteile oder Organe zur Verpfanzung entnommen werden, wenn die verstorbene Person selbst zugestimmt hat oder die nächsten Angehörigen an ihrer Stelle zustimmen.

² An der Entnahme oder Verpfanzung dürfen sich nur Ärztinnen und Ärzte beteiligen, die bei der Feststellung des Todes nicht mitgewirkt haben.

³ Der Regierungsrat regelt das Nähere durch Verordnung.

3. Organisationen der Krankenpflege und der Hilfe zu Hause

§ 44

¹ Die Gemeinden sorgen für eine angemessene Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex).

² Sie können diese Aufgaben privaten oder öffentlich-rechtlichen Institutionen übertragen.

V. Prävention und Gesundheitsförderung

§ 45 Zweck

¹ Die Gesundheitsförderung bezweckt die Verbesserung des Gesundheitszustandes des Einzelnen und der Gesamtbevölkerung sowie von bestimmten Personengruppen.

² Die Prävention bezweckt die Verhütung von bestimmten Krankheiten und Unfällen und soll deren Häufigkeit und Schwere vermindern. Sie umfasst Massnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Abschwächung von Krankheits- und Unfallfolgen.

§ 46 Grundsätze

¹ Der Kanton und die Gemeinden betreiben Prävention und Gesundheitsförderung insbesondere in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Sucht.

² Der Kanton kann im Rahmen der Voranschlagskredite an Institutionen, die sich auf dem Gebiet der Prävention und der Gesundheitsförderung betätigen, Beiträge ausrichten. Staatsbeiträge können an die Bedingung geknüpft werden, dass auch die Gemeinden entsprechende Beiträge leisten.

³ Das Gesundheits- und Sozialdepartement kann freiwillige medizinische Vorsorgeuntersuchungen durchführen und für die Betroffenen freiwillige vorbeugende Massnahmen ergreifen.

§ 47 Mütter- und Väterberatung

¹ Die Gemeinden sorgen für eine angemessene Mütter- und Väterberatung.

² Sie können diese Aufgabe privaten Institutionen oder Gemeindeverbänden übertragen.

§ 48 Schwangerschaftsberatung

¹ Der Kanton sorgt für eine umfassende Schwangerschaftsberatung. Er kann diese Aufgabe privaten Institutionen übertragen.

² Personen, die in der Schwangerschaftsberatung gemäss Absatz 1 tätig sind, unterstehen in Bezug auf Tatsachen, die sie bei der Erfüllung ihrer Aufgabe wahrnehmen, dem Amtsgeheimnis nach Artikel 320 des Schweizerischen Strafgesetzbuches.

³ Vorbehalten bleiben die Bestimmungen des Schweizerischen Strafgesetzbuches über das Berufsgeheimnis.

§ 49 Schulärztlicher Dienst

¹ Die Gemeinden sorgen für die regelmässige schulärztliche Untersuchung aller Kinder in der Kindergartenstufe und im primar- und sekundarschulpflichtigen Alter.

² Der Untersuch ist obligatorisch. Die gesetzliche Vertreterin oder der gesetzliche Vertreter des Kindes kann den Untersuch durch die Schulärztin oder den Schularzt oder auf eigene Kosten durch eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt durchführen lassen.

³ Die von der Schulärztin oder vom Schularzt vorgeschlagenen Massnahmen sind für die Betroffenen freiwillig. Nötigenfalls kann der Regierungsrat sie für obligatorisch erklären.

⁴ Die Gemeinden tragen die Kosten der Untersuchung der Kinder durch die Schulärztin oder den Schularzt.

⁵ In den Kantonsschulen, den Privatschulen sowie den kantonalen Sonderschulen oder Sonderschulheimen sorgt der Kanton für die notwendige schulärztliche Betreuung der vorschulpflichtigen und der schulpflichtigen Kinder.

⁶ Der Regierungsrat regelt das Nähere durch Verordnung.

§ 50 Schulzahnpflege

¹ Die Gemeinden sorgen für die regelmässige zahnärztliche Prophylaxe, Untersuchung und Behandlung aller Kinder in der Kindergartenstufe sowie im primar- und sekundarschulpflichtigen Alter.

² Der Untersuch ist obligatorisch. Die gesetzliche Vertreterin oder der gesetzliche Vertreter des Kindes kann den Untersuch durch die Schulzahnärztin oder den Schulzahnarzt oder auf eigene Kosten durch eine andere Zahnärztin oder einen andern Zahnarzt durchführen lassen. Die Behandlung ist freiwillig. Sie kann von der Schulzahnärztin beziehungsweise vom Schulzahnarzt oder von einer andern Zahnärztin oder einem andern Zahnarzt durchgeführt werden.

³ Die Gemeinden tragen die Kosten der Untersuchung der Kinder durch die Schulzahnärztin oder den Schulzahnarzt. Die Eltern tragen die Kosten für die Behandlung. Führt die Schulzahnärztin oder der Schulzahnarzt die Behandlung durch, kann die Gemeinde des zivilrechtlichen Wohnsitzes der Eltern die Kosten auf begründetes Gesuch hin ganz oder teilweise übernehmen.

⁴ In den Kantonsschulen, den Privatschulen sowie den kantonalen Sonderschulen und Sonderschulheimen sorgt der Kanton für die notwendige Schulzahnpflege der vorschulpflichtigen und der schulpflichtigen Kinder.

⁵ Der Regierungsrat regelt das Nähere durch Verordnung.

§ 51 Öffentliche Bäder

Der Regierungsrat erlässt zur Verhütung von Gesundheitsgefährdungen die erforderlichen Vorschriften über Bau, Unterhalt und Benützung öffentlicher Bäder.

VI. Massnahmen gegen übertragbare Krankheiten

§ 52

¹ Der Regierungsrat kann Massnahmen gegen übertragbare Krankheiten, wie öffentliche Impfungen, ergreifen.

² Die Massnahmen sind für die Betroffenen freiwillig. Nötigenfalls kann der Regierungsrat sie für obligatorisch erklären.

³ Vorbehalten bleiben bundesrechtliche Vorschriften und Massnahmen.

VII. Heilmittel

1. Allgemeines

§ 53 Begriff

Als Heilmittel gelten die Arzneimittel, einschliesslich Blut und Blutprodukte, sowie die Medizinprodukte.

§ 54 Verkehr mit Heilmitteln

¹ Der Verkehr mit Heilmitteln untersteht der staatlichen Kontrolle.

² Für die Herstellung, das Inverkehrbringen und das Zulassungsverfahren, die Ein- und Ausfuhr und den Handel im Ausland, den Vertrieb, die Verschreibung und Abgabe, die Werbung und die Preisvergleiche, die klinischen Versuche mit Heilmitteln an Menschen sowie die Marktüberwachung und die Durchführung von Inspektionen gelten die Bestimmungen des Bundesgesetzes über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz) vom 15. Dezember 2000 sowie der Pharmakopöe.

2. Versand- und Detailhandel

§ 55 Versandhandel

¹ Das Gesundheits- und Sozialdepartement erteilt die Bewilligung für den Versandhandel mit Arzneimitteln.

² Die Bewilligungsvoraussetzungen richten sich nach der Heilmittelgesetzgebung des Bundes.

§ 56 Detailhandel

¹ Der Regierungsrat bestimmt durch Verordnung, welche entsprechend ausgebildeten Fachpersonen neben Ärztinnen und Ärzten, Tierärztinnen und Tierärzten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzten verschreibungspflichtige Arzneimittel anwenden dürfen. Ferner legt er in der Verordnung den Umfang der Abgabeberechtigung fest.

² Das Gesundheits- und Sozialdepartement ist zuständig für die Erteilung der Bewilligung

- a. an eidgenössisch diplomierte Drogistinnen und Drogisten zur Abgabe aller nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel gemäss Artikel 25 Absatz 4 des Heilmittelgesetzes,
- b. an Personen, die Arzneimittel nach Formula magistralis, nach Formula officinalis oder nach eigener Formel gemäss Artikel 9 Absatz 2a, b und c des Heilmittelgesetzes herstellen.

³ Voraussetzungen und Umfang der Bewilligungen gemäss Absatz 2 richten sich nach der Heilmittelgesetzgebung des Bundes.

VIII. Bestattungswesen

§ 57

¹ Das Bestattungswesen ist Aufgabe der Gemeinden.

² Der Regierungsrat regelt das Nähere durch Verordnung, namentlich die Leichenschau, die Bestattungsarten sowie die Aufsicht über die Friedhöfe und deren Anlage.

IX. Schlussbestimmungen

§ 58 Kontrollrecht und Beschlagnahme

¹ Das Gesundheits- und Sozialdepartement und die Organe gemäss den §§ 5–9 sind befugt, Kontrollen durchzuführen und die Beschlagnahme zu verfügen von

- a. Einrichtungen oder Geräten, die einer verbotenen Tätigkeit dienen oder gedient haben,
- b. vorschriftswidrigen, fehlerhaft hergestellten, verdorbenen, unrechtmässig angepriesenen oder zur unrechtmässigen Abgabe bestimmten Arzneimitteln sowie dazugehörigen Packungen und Behältern,
- c. Stoffen, die der Herstellung solcher Arzneimittel dienen,
- d. unzulässigen und zur unrechtmässigen Abgabe bestimmten Anpreisungsmitteln.

² Das Gesundheits- und Sozialdepartement entscheidet über die Verwendung der beschlagnahmten Gegenstände. Es verfügt die Rückgabe, wenn keine Gefahr mehr besteht. Ist mit einer dauernden Gefahr zu rechnen, verfügt es die Verwertung oder die Vernichtung. Die Eigentümerin oder der Eigentümer erhält den Verwertungs-erlös nach Abzug der Kosten.

³ Vorbehalten bleiben das Kontrollrecht und die Einziehungsbefugnisse aufgrund der Heilmittelgesetzgebung des Bundes und der Strafbehörden.

§ 59 *Strafbestimmungen*

Wer vorsätzlich oder fahrlässig die §§ 15, 27 Absatz 1, 31 Absätze 1 und 4, 32 Absätze 1 und 2, 37, 42, 43 oder 56 Absatz 2 dieses Gesetzes oder die entsprechenden Vollzugsbestimmungen übertritt oder bei deren Übertretung Hilfe leistet, wird, soweit nicht besondere Strafbestimmungen anwendbar sind, mit Busse bestraft.

§ 60 *Aufhebung von Erlassen*

¹ Folgende Erlasse werden aufgehoben:

- a. Gesetz über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz) vom 29. Juni 1981 mit Ausnahme der §§ 62–66 sowie § 74,
- b. Gesetz über die Schulzahnpflege vom 15. Mai 1946.

² Bis zum Erlass neuer Verordnungen bleiben die bisherigen in Kraft, soweit sie mit diesem Gesetz und mit der Bundesgesetzgebung nicht im Widerspruch stehen.

§ 61 *Änderung von Erlassen*

Folgende Erlasse werden geändert:

a. Gesetz über die Strafprozeßordnung vom 3. Juni 1957

§ 323

wird aufgehoben.

b. Erziehungsgesetz vom 28. Oktober 1953

§ 142

wird aufgehoben.

c. Gesetz über die Volksschulbildung vom 22. März 1999

§ 9 Absatz 2

² Für die schulärztlichen und die schulzahnärztlichen Dienste gelten die Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes vom Der Regierungsrat regelt die anderen schulischen Dienste in einer Verordnung, insbesondere die Möglichkeit ihrer Inanspruchnahme durch Kinder im Vorschulalter und die Möglichkeit der Durchführung von Untersuchungen, Behandlungen und vorbeugenden Massnahmen.

d. Gesetz über die Gymnasialbildung vom 12. Februar 2001

§ 7 Absätze 1b und 2

¹ Die folgenden schulischen Dienste stehen den Lernenden bei Bedarf zur Verfügung:
b. schulärztliche und schulzahnärztliche Dienste (mit Prophylaxe),

² Für die schulärztlichen und die schulzahnärztlichen Dienste gelten die Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes vom Der Regierungsrat regelt so weit nötig die anderen schulischen Dienste in einer Verordnung, insbesondere die Möglichkeit der Durchführung von Untersuchungen, Behandlungen und vorbeugenden Massnahmen.

§ 62 Übergangsbestimmungen

¹ Ist ein Beruf im Gesundheitswesen nach diesem Gesetz nicht mehr bewilligungspflichtig, erlischt die erteilte Bewilligung mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes.

² Ist er nach wie vor bewilligungspflichtig, bleibt die vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes erteilte Bewilligung gültig.

§ 63 Inkrafttreten

¹ Der Regierungsrat bestimmt das Inkrafttreten.

² Das Gesetz unterliegt dem fakultativen Referendum.

Luzern,

Im Namen des Grossen Rates

Der Präsident:

Der Staatsschreiber:

Liste der alternativen Therapiemethoden

A

Aderlass
Akumatherapie
Akupressur
Akupunkt(ur)-Massage
Akupunktur
Alexander-Technik
An-Mo/Tui-Na
Anthroposophische Medizin
Aromatherapie
Asiatische Körper- und Energiearbeit
Atemtherapie
Augen-/Irisdiagnostik
Aura-Soma-Therapie
Ausleitende Verfahren
Autogenes Training
Autosanguistufentherapie
Ayurveda
Ayurveda-Massage
Ayurveda-Heilmittel

B

Bach-Blütentherapie
Baseninfusionen
Baunscheidtieren
Bewegungstherapie (integrativ/klinisch)
Bindegewebsmassage
Bio-Feedback-Therapie
Bio-Resonanz-Therapie
Biochemie nach Schüssler
Biodynamische Psychologie
Bioelektronische Funktionsdiagnostik
Blutegel
Brain Gym

C

Colon-Hydro-Therapie
Colon-Massage
Cranio-Sacral-Therapie

D

Deep Draining
Diätetik

E

Eigenbluttherapie
Elektroakupunktur
Elektrotherapie
Ernährungsberatung (TCM)
Esalen Massage
Ethiopathie
Eugemed-Regenerationstherapie
Eutonie Gerda Alexander

F

Fango
Farbpunktur
Farbtherapie
Fasciatherapie
Feldenkrais-Methode
Frecodyn-Therapie
Funktionelle Biometrie
Fussreflexzonen-Massage

H

Hämatogene Oxydationstherapie
 Hatha Yoga
 Heileurythmie
 Heilpädagogisches Reiten
 Homöopathie
 Hydro-San-Plus
 Hydrotherapie
 Hyperbare Sauerstoff-Therapie

K

Kinesiologie
 Kneipp-Therapie

N

Naturheilkundliche Praktiken NHP

O

Ohrakupunktur
 Ohrkerzen-Therapie
 Organisch-Rhythmische Bewegungs-
 bildung Medau
 Ortho-Bionomy
 Orthomolekulare Therapie
 Osteopathie
 Ozontherapie

L

Laser-Akupunktur
 Lichttherapie
 Lykothronic
 Lymphdrainage, manuelle

P

Phytotherapie (TCM)
 Phytotherapie, westliche
 Plastisch-therapeutisches Gestalten
 (anthroposophisch)
 Plastizieren
 Polarity
 Posturale Integration
 Prozessorientierte Energearbeit
 Psychomotorik
 Psychotonik
 Psychozonenmassage
 Puppenspiel-Therapie

M

Magnetfeldtherapie
 Maltherapie
 Massagepraktiken
 Meridian-Therapie
 Mesotherapie
 Metamorphosis
 Moxa/Moxibustion
 Musiktherapie
 Musiktherapie (anthroposophische)
 Muskelreflexzonenmassage
 Myofunktionelle Therapie

Q

Qi-Gong

R

Rebalancing
 Rebirthing
 Reflexzonenmassage
 Reiki
 Rhythmische Massage
 (anthroposophische)
 Rolfing

U

Ultraviolettbestrahlung Blut

V

Vitalpraktik nach Vuille

S

Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie
 Schröpfen
 Shiatsu
 Shin Tai
 Sophrologie Biodynamique
 Sophrologie Caycédienne
 Strukturelle Integration/Rolfing
 Sumathu-Therapie
 Sympathico-Therapie

W

Wickel/Umschläge
 Wirbelsäulen-Basis-Ausgleich

T

Tai-Chi
 Tanz- und Bewegungstherapie nach
 Hauschild-Sutter
 Tanztherapie
 Thai-Massage
 Thermographie
 Tibetische Medizin
 Tomatis
 Touch for Health
 Traditionelle Chinesische Medizin
 Trager