

Erläuternder Bericht des Finanzdepartements zu einer Revision der Gesundheitsgesetzgebung

vom 14. Oktober 2014

| | |
|---|-----------|
| Zusammenfassung | 2 |
| I. Ausgangslage | 4 |
| 1. Genereller Revisionsbedarf und Ziel der Revision | 4 |
| 2. Grundsätze der Aufgabenteilung sowie Zuständigkeiten im öffentlichen Gesundheitswesen | 4 |
| 2.1 Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden..... | 4 |
| 2.2 Aufgaben des Kantons | 5 |
| 2.3 Aufgaben der Einwohnergemeinden | 5 |
| 2.4 Kantonale Organe..... | 6 |
| 2.5 Kantonsspital | 6 |
| 3. Berufe des Gesundheitswesens | 7 |
| 3.1 Bewilligungspflichtige Berufe..... | 7 |
| 3.2 Auskunfts- und Meldepflicht für bewilligungsfreie Tätigkeiten..... | 8 |
| 3.3 Rechte und Pflichten bei der Berufsausübung | 8 |
| 3.4 Ausführungsbestimmungen über die Berufe des Gesundheitswesens..... | 9 |
| 4. Bewilligungspflichtige Einrichtungen | 9 |
| 5. Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten | 9 |
| 6. Gesundheitsförderung und Prävention | 10 |
| 7. Heilmittelrecht | 10 |
| 8. Aufsicht, Verwaltungs- und Disziplinar massnahmen sowie strafrechtliche Sanktionen | 11 |
| II. Bemerkungen zu einzelnen Bestimmungen | 12 |
| III. Finanzielle Auswirkungen der Revision | 92 |

Zusammenfassung

Das geltende Gesundheitsgesetz ist mittlerweile mehr als 20 Jahre alt. Seit dem Inkrafttreten im Jahr 1991 hat das Gesundheitswesen in der Schweiz eine starke Dynamik entfaltet und sich teilweise grundlegend geändert.

Oberstes Ziel der vorliegenden Gesetzesrevision ist es, das Gesundheitsgesetz zu modernisieren und den aktuellen Begebenheiten anzupassen. Es werden dabei aber keine grundlegenden Veränderungen des Gesundheitswesens im Kanton Obwalden angestrebt, sondern hauptsächlich Anpassungen an die aktuellen und zukünftigen kantonalen und regionalen Bedürfnisse. Es handelt sich somit mehr um ein „sanftes Facelifting“, denn ein revolutionärer Wandel des Gesundheitsgesetzes.

Inhaltliche Veränderungen ergeben sich insbesondere in folgenden Teilbereichen:

- *Kantonsspital*

Die Rechtsgrundlagen betreffend Organisation und Zuständigkeit des Kantonsspitals wurden einer moderaten Modernisierung unterzogen, um hauptsächlich die verwaltungstechnischen und politischen Verfahren pragmatischer, sowie mit Blick auf die sich schnell verändernden Tatsachen im Spitalbereich, flexibler zu gestalten. Aufgrund dessen werden die Möglichkeiten von Kooperationen mit Spitälern auf Kooperationsmöglichkeiten mit weiteren Leistungserbringern oder Dritten erweitert. Da es sich beim Kantonsspital Obwalden aber nach wie vor um eine unselbstständige öffentlich-rechtliche Anstalt handelt, wird das Ausmass von dessen unternehmerischer Tätigkeit sachgerecht begrenzt.

- *Berufe des Gesundheitswesens*

Bei den bewilligungspflichtigen Berufen im Bereich des Gesundheitswesens wird ein Systemwechsel vorgeschlagen. Anstatt die einzelnen bewilligungspflichtigen Berufe aufzuzählen, wie dies das derzeit geltende Gesundheitsgesetz macht, lassen sich Erstere auch weitaus weniger aufwändig und dennoch in qualifizierter Weise definieren. Eine Berufsausübungsbewilligung des Finanzdepartements benötigt demnach, wer privatwirtschaftlich und in eigener fachlicher Verantwortung einen Beruf im Bereich des Gesundheitswesens ausübt, der:

- a. unter das Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe fällt;
- b. unter das Bundesgesetz über die Psychologieberufe fällt;
- c. in der Krankenversicherungsgesetzgebung zur Gruppe der Leistungserbringer zählt;
- d. im Nationalen Register der nicht-universitären Gesundheitsberufe (NAREG) aufgeführt und im Anhang der Interkantonalen Vereinbarung über die Anerkennung von Ausbildungsabschlüssen erwähnt ist;
- e. gemäss übergeordnetem Recht als bewilligungspflichtig bezeichnet wird oder in einem entsprechenden Register aufgeführt ist.

Bewilligungsfreie Tätigkeiten im Bereich des Gesundheitswesens unterstehen ebenfalls der Aufsicht des Finanzdepartements, sofern diese Tätigkeiten gewerbsmässig ausgeübt werden. Sie sind gegenüber dem Finanzdepartement sowie den übrigen für den Bereich des Gesundheitswesens zuständigen kantonalen Behörden auskunfts- und meldepflichtig.

- *Bewilligungspflichtige Einrichtungen*

Angesichts der wachsenden Bedeutung von Institutionen, die von juristischen Personen getragen werden, müssen in diesem Bereich die Regeln neu definiert werden. Der Betrieb von Einrichtungen des Gesundheitswesens, die bewilligungspflichtige Leistungen erbringen, wird unter Bewilligungspflicht gestellt.

- *Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten*

Die Patientenrechte spielen eine immer wichtigere Rolle und sollen daher nicht mehr auf Verordnungsstufe, sondern im Gesundheitsgesetz geregelt werden. Anpassungen bei den Patientenrechten und -pflichten drängen sich unter anderem auch aufgrund des neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrechts auf.

Zudem sind im Bereich der Forschung, Fortpflanzung, Transplantation und Obduktion Anpassungen ans Bundesrecht notwendig. Der kantonale Spielraum ist dabei sehr gering, weshalb hauptsächlich auf die entsprechenden Bundesgesetze verwiesen werden kann.

- *Gesundheitsförderung und Prävention*

Die bisherige kantonale Gesetzesgrundlage zur Gesundheitsförderung und Prävention beschränkt sich weitgehend auf den Sucht- und Drogenbereich. Das neue Gesundheitsgesetz geht von einem Verständnis der Gesundheit aus, welches sowohl Lebensqualität sowie psychisches und geistiges Wohlbefinden umfasst.

Das gesundheitsschädigende Potenzial von Tabak- und übermässigem Alkoholkonsum ist unbestritten. Es stehen deshalb vor allem – aber nicht nur – die Jugendlichen im Zentrum dieser Anstrengungen (sog. Jugendschutz). Der Verkauf von alkoholischen Getränken an Kinder und Jugendliche ist bis 16 Jahre verboten; der Verkauf von Spirituosen ab 18 Jahren zulässig. Im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens wird geklärt, ob die Altersbeschränkung für den Tabakkonsum in Obwalden bei 16 oder 18 Jahren liegen soll.

- *Heilmittelrecht*

Der Umgang mit Heilmitteln richtet sich im Wesentlichen nach der Heilmittelgesetzgebung des Bundes. Ein namhafter kantonaler Regelungsbedarf besteht einzig in der Frage der Zulässigkeit der direkten Medikamentenabgaben ausserhalb von Apotheken durch die niedergelassene Ärzteschaft. Diese sogenannte Selbstdispensation wird im Einklang mit der in der Region vorherrschenden Praxis beibehalten. Die übrigen Bestimmungen, die vom Bund nicht abschliessend normiert sind, sollen neu in Ausführungsbestimmungen des Regierungsrats geregelt werden.

- *Aufsicht, Verwaltungs- und Disziplinar massnahmen sowie strafrechtliche Sanktionen*

Die Gesetzesrevision sieht vor, die Aufsichts befugnisse einheitlich und umfassend zu regeln. Die Kontrollbehörden sollen im Sinne der Verhältnismässigkeit neu auch über weniger einschneidende Disziplinar massnahmen als den Entzug der Bewilligung verfügen können. Dies wird mit der im Entwurf vorgesehenen Schaffung eines umfassenden Instrumentariums von Verwaltungs- und Disziplinar massnahmen ermöglicht. Ebenso werden die im Bereich des Gesundheitswesens relevanten Straftatbestände neu möglichst exakt umschrieben.

Nicht Bestandteil der aktuellen Gesetzesrevision bildet die Aufgabenteilung zwischen Kanton und Einwohnergemeinden. Eine vom Regierungsrat eingesetzte Arbeitsgruppe überprüft zurzeit die Versorgungskette im Pflegebereich und damit insbesondere auch die Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden. Diese Arbeiten erstrecken sich noch bis mindestens Ende 2015. Falls sich zeigen würde, dass Anpassungen notwendig sind, sollen diese nach detaillierter Ausarbeitung in einem späteren Schritt auf Gesetzesebene umgesetzt werden.

Das revidierte Gesundheitsgesetz soll im Jahr 2016 in Kraft treten.

I. Ausgangslage

1. Genereller Revisionsbedarf und Ziel der Revision

Das geltende Gesundheitsgesetz ist mittlerweile mehr als 20 Jahre alt. Seit dem Inkrafttreten im Jahr 1991 hat das Gesundheitswesen in der Schweiz eine starke Dynamik entfaltet und sich teilweise grundlegend geändert. Das geltende Gesundheitsgesetz entspricht deshalb nicht mehr in allen Teilen den Anforderungen und Bedürfnissen des heutigen öffentlichen Gesundheitswesens.

Zudem wurde seit Inkrafttreten des aktuellen Gesundheitsgesetzes in verschiedenen Bereichen einheitliche bundesrechtliche Vorgaben geschaffen, die für kantonale Sonderregelungen weniger Spielräume offen lassen.

Zu nennen sind etwa das Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10), das Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe vom 23. Juni 2006 (Medizinalberufegesetz, MedBG; SR 811.11), die neue Pflegefinanzierung (seit 1. Januar 2011), die neue Spitalfinanzierung (seit 1. Januar 2012), das neue Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (seit 1. Januar 2013), die neuen Bestimmungen zu den bilateralen Abkommen sowie das Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte vom 15. Dezember 2000 (Heilmittelgesetz, HMG; SR 812.21).

Oberstes Ziel der vorliegenden Gesetzesrevision ist es, das Gesundheitsgesetz zu modernisieren und den aktuellen Begebenheiten anzupassen. So erfolgt mit der Revision des Gesundheitsgesetzes eine umfassende formelle Angleichung an die veränderten bundesrechtlichen Rahmenbedingungen und Anforderungen sowie eine Anpassung des Rechts an die zurzeit herrschenden bzw. vorhersehbaren Herausforderungen des Gesundheitswesens.

Es werden dabei aber keine grundlegenden Veränderungen des Gesundheitswesens im Kanton Obwalden angestrebt, sondern hauptsächlich Anpassungen an die aktuellen und zukünftigen kantonalen und regionalen Bedürfnisse vorgenommen.

Es handelt sich somit mehr um ein „sanftes Facelifting“, denn ein revolutionärer Wandel des Gesundheitsgesetzes.

Die vorliegende Revision ermöglicht weiter eine Verschlinkung der Gesundheitsgesetzgebung. Viele Bestimmungen werden neu direkt im Gesundheitsgesetz aufgeführt, weshalb diverse Verordnungen aufgehoben werden können. Von heute 18 Erlassen, die direkt mit dem Gesundheitsgesetz in Verbindung stehen, sind es in Zukunft nur noch elf.

Die Gesetzgebung wird dadurch übersichtlicher, was sowohl Laien als auch direkt Betroffenen wie Patientinnen und Patienten, Berufstätigen oder Verantwortlichen des Gesundheitswesens den Umgang mit der Gesetzgebung erleichtert.

Das vorliegende Dokument ist so aufgebaut, dass in Kapitel I die wichtigsten Änderungen des Gesundheitsgesetzes kurz vorgestellt werden (Ziff. 2 bis 8). Detaillierte Angaben erfolgen in Kapitel II, in den Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen. Kapitel III hält die finanziellen Auswirkungen der Revision fest.

2. Grundsätze der Aufgabenteilung sowie Zuständigkeiten im öffentlichen Gesundheitswesen

2.1 Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden

Gemäss dem bisherigen Gesundheitsgesetz hat der Kanton die stationäre spitalmässige Grundversorgung zu gewährleisten (Art. 5 Abs. 1 Bst. b Gesundheitsgesetz). Die Einwohnergemeinden sind demgegenüber für die ambulanten Dienste zuständig (Art. 6 Abs. 1 Gesundheitsgesetz).

Eine vom Regierungsrat eingesetzte Arbeitsgruppe überprüft zurzeit die Versorgungskette im Pflegebereich und damit insbesondere auch die Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden. Da sich diese Arbeiten noch bis mindestens Ende 2015 erstrecken, wird die Aufgabenteilung zwischen Kanton und Einwohnergemeinden im Rahmen dieser Gesetzesrevision grundsätzlich nicht angetastet. Falls die Überprüfung zeigen würde, dass Anpassungen nötig sind, sollen diese nach detaillierter Ausarbeitung in einem späteren Schritt auf Gesetzesebene umgesetzt werden.

2.2 Aufgaben des Kantons

Im geltenden Gesundheitsgesetz fanden die Rettungsdienste noch keine Erwähnung. Sie machen jedoch einen wichtigen Bestandteil der Gesundheitsversorgung aus, weshalb diese neu als Aufgabe des Kantons zu ergänzen sind (Art. 5 Abs. 1 Bst. b und Art. 19 Entwurf).

Mit dem revidierten Gesundheitsgesetz soll der Kanton neu die Kompetenz erhalten, für Massnahmen im Bereich Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie für die Organisation des ambulanten Notfalldiensts finanzielle Mittel einzusetzen (Art. 5 Abs. 1 Bst. b Entwurf). Darunter sind beispielsweise finanzielle Beiträge an Projekte zur Förderung von Hausarztpraxen oder bei Bedarf Massnahmen zur Sicherstellung des ambulanten Notfalldiensts möglich.

Bezüglich der Förderung von Hausarztpraxen könnte damit das sogenannte Projekt der „Praxisassistenz“, wie es sich bereits in anderen Zentralschweizer Kantonen bewährt hat, unterstützt werden. Assistenzärzte und Assistenzärztinnen des Kantonsspitals wechseln dabei im Laufe ihrer zweijährigen Ausbildung während sechs Monaten als Praxisassistenz in eine Hausarztpraxis.

Die Aufgaben des Kantons zur Koordination des Gesundheitswesens im Kanton Obwalden werden im neuen Gesetz detaillierter festgehalten. Dies, weil die Koordinationsaufgaben in der heutigen Zeit, in welcher das Gesundheitswesen ständig differenzierter und anspruchsvoller wird, zunehmend an Bedeutung gewinnen (Art. 5 Abs. 1 Bst. c Entwurf).

Der Kanton soll die Erfüllung seiner Aufgaben weiterhin durch Vereinbarungen mit anderen Kantonen und öffentlichen oder privaten Institutionen sicherstellen können. Bislang war der Kantonsrat abschliessend für solche Vereinbarungen zuständig. Diese Regelung soll inskünftig flexibilisiert werden, indem die Zuständigkeit zwischen Regierungsrat und Kantonsrat von Ausgabenlimiten (einmalige Ausgaben bis Fr. 500 000.- und jährlich wiederkehrende Ausgaben bis Fr. 100 000.-) abhängig gemacht wird (Art. 5 Abs. 2 Entwurf). Der Regierungsrat kann dadurch rascher auf sich abzeichnende Entwicklungen reagieren.

2.3 Aufgaben der Einwohnergemeinden

Die bisherigen Aufgaben der Einwohnergemeinden bleiben im revidierten Gesundheitsgesetz bestehen.

Aufgrund der neuen Pflegefinanzierung seit 1. Januar 2011 ergeben sich jedoch im Bereich der Betreuung von pflegebedürftigen Personen einige Anpassungen.

Gemäss der neuen Pflegefinanzierung sind die Einwohnergemeinden nicht mehr nur für Pflegeleistungen von Betagten, sondern generell für pflegebedürftige Personen zuständig.

Ausserdem haben die Einwohnergemeinden die Restkosten nicht nur für pflegebedürftige Personen in Pflegeheimen und weiteren Einrichtungen mit stationärer Langzeitpflege zu übernehmen, sondern ebenso für Aufenthalte im Akutspital bei fehlender Spitalbedürftigkeit. Aktuell beteiligt sich in solchen Fällen noch der Kanton an der Restfinanzierung. Der Regierungsrat hat aber bereits beim Beschluss dieses Vorgehens im Jahre 2013 erwähnt, dass es sich um einen vorübergehenden Kompromiss handelt. In Zukunft haben die Einwohnergemeinden die Kosten für

Patienten und Patientinnen im Spital ohne entsprechende Indikation gemäss KVG alleine zu tragen (Art. 28 Abs. 1 Entwurf).

In der Praxis hat sich eingebürgert, dass die Pflegeheime zur Sicherstellung der Restkostenfinanzierung ausserkantonale Bewohnerinnen und Bewohner nur noch mit Kostengutsprachen aufnehmen. Damit wird verhindert, dass die Standortgemeinde des Pflegeheims die Restkosten für Personen aus anderen Kanton übernehmen muss. Im neuen Gesundheitsgesetz soll diese Vorgehensweise auf Wunsch der Einwohnergemeinden festgehalten werden (Art. 28 Abs. 3 Entwurf).

Die Regelung, wonach die Einwohnergemeinden die Erfüllung ihrer Aufgaben durch Vereinbarungen öffentlichen oder privaten Institutionen übertragen können, wird beibehalten. Neu wird den Einwohnergemeinden aber die Kompetenz eingeräumt, bestimmte Aufgaben gemeinsam wahrzunehmen oder diese gemeinsam an öffentliche oder private Institutionen zu übertragen. Dadurch soll die Möglichkeit zur Zusammenarbeit zwischen den Gemeinden gefördert werden (Art. 6 Abs. 2 Entwurf).

2.4 Kantonale Organe

Innerhalb des kantonalen Organisationsrechts werden, wo sinnvoll, Aufgabenverschiebungen vorgeschlagen bzw. Anpassungen an die aktuellen Verhältnisse vorgenommen.

Die Kompetenz zur Regelung der Gesundheitskontrollen, Gesundheitsberatungen und der zahnprophylaktischen Massnahmen während der obligatorischen Schulzeit soll neu dem Regierungsrat zukommen (Art. 8 Abs. 1 Bst. m Entwurf). Es handelt sich dabei um ein Sachgebiet, welches nicht zwingend der Beanspruchung des Kantonsrats bedarf. Dadurch lässt sich dieses Sachgebiet, im Falle von neuen Entwicklungen im Bereich des Gesundheitswesens, flexibler handhaben.

Das Sicherheits- und Justizdepartement befasst sich im Rahmen der ihr angegliederten Fachstelle für Gesellschaftsfragen bereits seit dem Jahr 2010 mit der Gesundheitsförderung, der Suchtberatung, der Jugend- und Familienberatung sowie mit der Ehe- und Lebensberatung. Es handelt sich dabei um diverse Tätigkeiten im Bereich des Gesundheitswesens, die bis anhin noch nicht im Gesundheitsgesetz erwähnt worden waren. Im Entwurf wird deshalb ausdrücklich festgehalten, dass das Sicherheits- und Justizdepartement Massnahmen und Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention initiiert, unterstützt und koordiniert, sowie die Fachstelle für Gesellschaftsfragen führt (Art. 10 Entwurf).

Das Volkswirtschaftsdepartement findet im geltenden Gesundheitsgesetz ebenfalls keine Erwähnung, obwohl das ihm angegliederte Amt für Arbeit für die Gewährleistung des Schutzes vor Passivrauchen zuständig ist (Art. 11 Entwurf).

2.5 Kantonsspital

Die Rechtsgrundlagen betreffend Organisation und Zuständigkeit des Kantonsspitals wurden einer moderaten Modernisierung unterzogen, um hauptsächlich die verwaltungstechnischen und politischen Verfahren pragmatischer, sowie mit Blick auf die sich schnell verändernden Tatsachen im Spitalbereich, flexibler zu gestalten. So wird beispielsweise die Kompetenz des Kantonsrats zur Wahl des Spitalrats (bisher Aufsichtskommission) an den Regierungsrat übertragen.

Grundlegende Veränderungen beim Kantonsspital werden bewusst vermieden. Damit aber die Existenz des Kantonsspitals in einem wettbewerbsorientierten Gesundheitsmarkt weiterhin gewährleistet werden kann, sind bedarfsgerechte Handlungsfähigkeit sowie die Fähigkeit, ein verlässlicher und rasch entscheidungsfähiger Partner zu sein, von grosser Bedeutung. Auf-

grund dessen werden die Möglichkeiten von Kooperationen mit Spitälern auf Kooperationsmöglichkeiten mit weiteren Leistungserbringern oder Dritten erweitert. Weil das Kantonsspital Obwalden aber nach wie vor eine unselbstständige öffentlich-rechtliche Anstalt bleibt, wird das Ausmass von dessen unternehmerischer Tätigkeit sachgerecht begrenzt (Art. 24 Entwurf).

Seit 1996 führen der Kanton Obwalden und der Kanton Nidwalden basierend auf der Vereinbarung über die Aufnahme und Behandlung von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Nidwalden in der psychiatrischen Abteilung am Kantonsspital Obwalden (GDB 833.11) gemeinsam die Psychiatrie Obwalden/Nidwalden in Sarnen (PONS). Die Vereinbarung läuft per 30. Juni 2016 aus, die bewährte Zusammenarbeit soll jedoch weitergeführt werden. Zurzeit wird in einem Vorprojekt abgeklärt, ob die Abteilung Psychiatrie inskünftig im Rahmen eines Betreibermodells geführt werden könnte. Ausgehend davon ist die Psychiatrie im Gesetz nicht mehr als zwingend vom Kantonsspital Obwalden zu führende Abteilung zu erwähnen. Eine enge Zusammenarbeit mit einem starken Partner könnte die Versorgungssicherheit und Qualität für die Obwaldner und Nidwaldner Bevölkerung langfristig auf hohem Niveau gewährleisten.

Die Spitalverordnung soll im Zuge der Revision des Gesundheitsgesetzes aufgehoben werden. Die wichtigen Punkte, die in der Spitalverordnung geregelt waren, werden neu im Gesundheitsgesetz festgehalten. So z.B. die Rechtsform und die Aufgabenerfüllung (Art. 23 Entwurf), das Dienstverhältnis (Art. 25 Entwurf), das Rechtsverhältnis und die Haftung (Art. 26 Entwurf) sowie die Rechtsmittel (Art. 78 Entwurf).

Die weiteren eher organisationsrechtlichen Aspekte, die Gegenstand der Spitalverordnung bilden, soll der Spitalrat durch ein Organisations- und Betriebsreglement festlegen (z.B. Aufgaben der Spitalleitung, Vorschriften über den Pflegedienst und die Ärzte sowie über die Aufnahme bzw. die Entlassung von Patienten und Patientinnen und die Entrichtung der Taxen). Das Reglement ist in der Gesetzessammlung zu publizieren (Art. 12 Abs. 1 Bst. m Entwurf).

3. Berufe des Gesundheitswesens

3.1 Bewilligungspflichtige Berufe

Bei den bewilligungspflichtigen Berufen im Bereich des Gesundheitswesens wird ein Systemwechsel vorgeschlagen. Anstatt die einzelnen bewilligungspflichtigen Berufe aufzuzählen, wie dies das derzeit geltende Gesundheitsgesetz und zahlreiche Gesundheitserlasse anderer Kantone machen, lassen sich Erstere auch weitaus weniger aufwändig und dennoch in qualifizierter Weise definieren.

Eine Berufsausübungsbewilligung des Finanzdepartements (und für den Bereich der Tierberufe des Kantonstierarztes bzw. der Kantonstierärztin) benötigt demnach, wer privatwirtschaftlich und in eigener fachlicher Verantwortung einen Beruf im Bereich des Gesundheitswesens ausübt, der (Art. 31 Abs. 1 Entwurf):

- a. unter das Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe fällt;
- b. unter das Bundesgesetz über die Psychologieberufe fällt;
- c. in der Krankenversicherungsgesetzgebung zur Gruppe der Leistungserbringer zählt;
- d. im Nationalen Register der nicht-universitären Gesundheitsberufe (NAREG) aufgeführt und im Anhang der Interkantonalen Vereinbarung über die Anerkennung von Ausbildungsabschlüssen erwähnt ist;
- e. gemäss übergeordnetem Recht als bewilligungspflichtig bezeichnet wird oder in einem entsprechenden Register aufgeführt ist.

Diese Regelung berücksichtigt entsprechende Empfehlungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK).

Für die bewilligungspflichtigen Berufe werden die Ausnahmen von der Bewilligungspflicht, die Bewilligungsvoraussetzungen, der Entzug sowie das Erlöschen der Bewilligung direkt auf Gesetzesstufe definiert (Art. 32 ff. Entwurf). Diese – einem modernen Ansatz folgende – Systematik verwendet auch die Mehrheit der revidierten kantonalen Gesundheitsgesetze.

3.2 Auskunfts- und Meldepflicht für bewilligungsfreie Tätigkeiten

Bewilligungsfreie Tätigkeiten im Bereich des Gesundheitswesens unterstehen ebenfalls der Aufsicht des Finanzdepartements, sofern diese Tätigkeiten gewerbsmässig ausgeübt werden. Sie sind gegenüber dem Finanzdepartement sowie den übrigen für den Bereich des Gesundheitswesens zuständigen kantonalen Behörden auskunfts- und meldepflichtig. Erweist es sich als notwendig, kann das Finanzdepartement bei gesundheitsgefährdenden, bewilligungsfreien Tätigkeiten eingreifen und der betreffenden Person die Ausübung der Tätigkeit verbieten oder andere geeignete Massnahmen anordnen (Art. 33 Entwurf).

3.3 Rechte und Pflichten bei der Berufsausübung

Die Berufspflichten, die in der kantonsrätlichen Verordnung über Berufe der Gesundheitspflege geregelt waren, werden neu direkt auf Stufe Gesetz festgeschrieben.

Die Rechte und Pflichten bei der Berufsausübung gelten nicht mehr nur für die bewilligungspflichtigen Berufe und Einrichtungen, sondern für alle Berufsausübenden.

Ein zentraler Bestandteil der Rechte und Pflichten von Fachpersonen stellen die Meldepflichten und –rechte dar (Art. 40 Entwurf). Ende 2013 hat der Bund einen Vorentwurf für eine Änderung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches in die Vernehmlassung geschickt. Die vorgesehene Änderung des Zivilgesetzbuches soll im Rahmen der Revision der Gesundheitsgesetzgebung bereits berücksichtigt werden:

Der Vorentwurf beinhaltet einerseits ein generelles *Melderecht* (an die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde) für sämtliche Fachpersonen, welche eine besondere Beziehung zu Kindern haben und die Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung wahrnehmen. Dieses Melderecht soll neu auch für Personen mit einem strafrechtlichen Berufsgeheimnis gelten.

Fachpersonen, welche eine besondere Beziehung zu Kindern haben, sollen aber der *Meldepflicht* unterstehen, wenn sie den begründeten Anlass zur Annahme haben, dass das Wohl eines Kindes gefährdet sein könnte und sie der Gefährdung nicht im Rahmen ihrer Tätigkeit Abhilfe schaffen können. Das heisst, von der Meldepflicht sind primär schwerwiegende Fälle von Beeinträchtigungen des Kindeswohls, insbesondere Kindesmisshandlungen und strafbare Handlungen gegenüber Minderjährigen und Jugendlichen, erfasst.

Personen, welche einem strafrechtlichen Berufsgeheimnis unterstehen, sollen diesbezüglich jedoch lediglich zur Meldung berechtigt, nicht aber verpflichtet sein. Diese Ausnahme von der Meldepflicht wird damit begründet, dass Berufsgeheimnisträger und -trägerinnen in der Regel ein besonderes Vertrauensverhältnis zu ihren Patientinnen und Patienten haben, welches eine wichtige Voraussetzung für einen erfolgreichen Verlauf der betreffenden Arbeits-, Fürsorge- oder Unterstützungsbeziehung darstellt. Patientinnen und Patienten würden sich den betroffenen Fachpersonen nicht anvertrauen, wenn sie mit einer Weitergabe dieser Informationen rechnen müssten.

Weitere wichtige Punkte im Rahmen der Rechte und Pflichten bei der Berufsausübung betreffen die amtlichen Verrichtungen und den ambulanten Notfalldienst.

Für die amtlichen Verrichtungen wird neu die erforderliche gesetzliche Grundlage für die Inanspruchnahme von Fachpersonen im Bereich des Gesundheitswesens, die über eine Berufsausübungsbewilligung verfügen, geschaffen (Art. 41 Abs. 1 Entwurf).

Die Sicherstellung des ambulanten Notfalldiensts hat sich in jüngster Zeit als zunehmend schwierig erwiesen, weshalb eine Regelung in der kantonalen Gesetzgebung notwendig wird. Ärzte bzw. Ärztinnen, Zahnärzte bzw. -ärztinnen und Tierärzte bzw. -ärztinnen, die über eine Berufsausübungsbewilligung verfügen, sind neu unabhängig davon, ob sie einem Berufsver-

band angehören, zur Mitarbeit im Notfalldienst verpflichtet. Die Neuregelung des Bereichs des ambulanten Notfalldiensts ermöglicht zudem die Entschädigung der mit der Organisation beauftragten Standesgesellschaften und die Erhebung einer zweckgebundenen Ersatzabgabe für die Befreiung vom Notfalldienst in gewissen Fällen (Art. 42 Entwurf).

3.4 Ausführungsbestimmungen über die Berufe des Gesundheitswesens

Neu soll der Regierungsrat Ausführungsbestimmungen über die Berufe des Gesundheitswesens erlassen. Die vom Kantonsrat erlassene Verordnung über Berufe der Gesundheitspflege wird aufgehoben. Die betreffenden Ausführungsbestimmungen werden, aufgrund dessen, dass keine namentliche Aufzählung der einzelnen Berufe mehr erfolgen soll und die Berufspflichten auf Gesetzesstufe geregelt werden, erheblich schlanker und halten ausschliesslich technische Belange, wie die Anforderungen an die einzureichenden Gesuchsunterlagen, die Anerkennung ausländischer Diplome und Fähigkeitsausweise etc., fest. In den erwähnten Ausführungsbestimmungen sollen zusammen mit den Berufen auch die Einrichtungen über das Gesundheitswesen geregelt werden (siehe Ziff. 4).

4. Bewilligungspflichtige Einrichtungen

Das geltende Gesundheitsgesetz ist auf das Modell privater Einzelpraxen fokussiert, bei denen die rechtliche Trägerschaft (inkl. wirtschaftliche Entscheidungskompetenzen) und die fachlich verantwortliche Patientenbetreuung in einer Person zusammenfallen. Angesichts der wachsenden Bedeutung von Institutionen, die von juristischen Personen getragen werden, müssen in diesem Bereich die Regeln neu definiert werden. Der Betrieb von Einrichtungen des Gesundheitswesens, die bewilligungspflichtige Leistungen erbringen, wird unter Bewilligungspflicht gestellt (Art. 44 Entwurf). Die Voraussetzungen für die Bewilligung werden ebenfalls im Gesundheitsgesetz geregelt (Art. 45 Entwurf).

Heilbäder sind bereits durch die Krankenversicherungsgesetzgebung ausreichend reglementiert, darum kann im Rahmen der Revision die entsprechende kantonale Verordnung aufgehoben werden. Die Bestimmungen werden in die bereits erwähnten Ausführungsbestimmungen über die Berufe und die Einrichtungen des Gesundheitswesens integriert. Darin soll zudem Minderjährigen der Zutritt zu öffentlichen Solarien verboten werden, wie dies die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt.

5. Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten

Die Patientenrechte spielen eine immer wichtigere Rolle und sollen daher nicht mehr auf Verordnungsstufe, sondern im Gesundheitsgesetz geregelt werden. Aufgrund dessen haben sich alle Berufsausübenden daran auszurichten. Inhaltlich werden viele Bestimmungen von der Verordnung über die Patientenrechte sowie der Spitalverordnung übernommen. Sie werden jedoch, wo sinnvoll, ergänzt oder moderner umschrieben.

Neu geregelt wird der Bereich Palliative Care (Art. 47 Abs. 4 Entwurf) sowie weiterführende Regelungen zur Dokumentation (Art. 50 Entwurf).

Anpassungen bei den Patientenrechten und -pflichten drängen sich zudem aufgrund des neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrechts auf. Insbesondere die Zwangsmassnahmen müssen gemäss übergeordnetem Recht geregelt und entsprechende Lücken aufgefangen werden (Art. 57 und 58 Entwurf). Im Zuge der Totalrevision des Gesundheitsgesetzes soll überdies eine Ergänzung (Fremdänderung) der Strafvollzugsgesetzgebung erfolgen, welche die Anordnung von Zwangsmassnahmen für den Bereich des Straf- und Massnahmevollzugs in eigenständiger Weise regelt.

Auch im Bereich der Forschung, Fortpflanzung, Transplantation und Obduktion sind Anpassungen ans Bundesrecht notwendig (Art. 59 ff. Entwurf). Der kantonale Spielraum ist dabei sehr gering, weshalb hauptsächlich auf die entsprechenden Bundesgesetze verwiesen werden kann.

6. Gesundheitsförderung und Prävention

Die bisherige kantonale Gesetzesgrundlage zur Gesundheitsförderung und Prävention beschränkt sich weitgehend auf den Sucht- und Drogenbereich. Im Rahmen der Revision des Gesundheitsgesetzes soll nun eine explizite gesetzliche Grundlage für Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention geschaffen werden.

Denn seit Inkrafttreten des aktuellen Gesundheitsgesetzes im Jahre 1991 hat sich das Verständnis der damals noch sogenannten „Gesundheitsvorsorge“ grundlegend verändert. „Gesundheitsförderung und Prävention“ geht von einem umfassenden Konzept der Gesundheit aus, die sowohl Lebensqualität sowie psychisches und geistiges Wohlbefinden umfasst. Die Förderung und Erhaltung gesunder Lebensstile sowie die Verbesserung von Lebensbedingungen und von sozialen, wirtschaftlichen und umweltbezogenen Faktoren ist dabei ausschlaggebend. Alle neueren Gesundheitsgesetze folgen diesem Verständnis der Gesundheitsförderung und Prävention und räumen ihm in den gesetzlichen Grundlagen einen wichtigen Platz ein.

Ebenso haben verschiedene Kantone und auch Nachbarländer verstärkt Regelungen im Bereich Nichtraucherschutz und Alkoholprävention erlassen. Das gesundheitsschädigende Potenzial von Tabak- und übermässigem Alkoholkonsum ist unbestritten. Es stehen deshalb vor allem – aber nicht nur – die Jugendlichen im Zentrum dieser Anstrengungen (sog. Jugendschutz). Der Verkauf von alkoholischen Getränken an Kinder und Jugendliche ist bis 16 Jahre verboten; der Verkauf von Spirituosen ab 18 Jahren zulässig (Art. 67 Abs. 1 Entwurf). Im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens wird geklärt, ob die Altersbeschränkung für den Tabakkonsum in Obwalden bei 16 oder 18 Jahren liegen soll.

Der Verkauf von Tabakprodukten an Zigarettenautomaten soll nur noch erlaubt sein, wenn der jeweilige Betreiber die Automaten so ausrüstet, dass der Verkauf an Jugendliche unter 16 bzw. 18 Jahren verunmöglicht wird (Art. 67 Abs. 2 Entwurf).

Auch die Abgabe von Alkohol und Tabakprodukten durch Private an Nichtberechtigte soll verboten werden (Art. 67 Abs. 3 Entwurf). Die Abgabe durch die Eltern ist selbstverständlich von diesem Verbot ausgenommen.

Im Sinne des Jugendschutzes sieht das Gesundheitsgesetz weiter vor, Plakatwerbung für Alkohol und Tabakprodukten auf öffentlichem Grund zu verbieten (Art. 69 Entwurf). Ausgenommen sind einerseits Wirtshausschilder und andererseits Sonnenstoren, Sonnenschirme und dergleichen.

Des Weiteren ist vorgesehen, die Bestimmungen zum Nichtraucherschutz, die derzeit in den Ausführungsbestimmungen zum Bundesgesetz über das Passivrauchen enthalten sind, in das revidierte Gesundheitsgesetz zu integrieren (Art. 66 Entwurf).

7. Heilmittelrecht

Der Umgang mit Heilmitteln richtet sich im Wesentlichen nach der Heilmittelgesetzgebung des Bundes. Ein namhafter kantonaler Regelungsbedarf besteht einzig in der Frage der Zulässigkeit der direkten Medikamentenabgaben ausserhalb von Apotheken durch die niedergelassene Ärzteschaft (Privatapotheke). Diese sogenannte Selbstdispensation kennen alle Regionen der Ost- und Zentralschweiz und hilft dabei, die zu erwartenden Probleme bei der Nachwuchssicherung in den Hausarztpraxen zu mindern (Art. 71 Entwurf).

Die übrigen Bestimmungen, die vom Bund nicht abschliessend normiert sind, sollen neu in Ausführungsbestimmungen des Regierungsrats geregelt werden. Die Übertragung dieser Kompe-

tenz vom Kantonsrat an den Regierungsrat erweist sich aufgrund des technischen Charakters der entsprechenden Bestimmungen als sachgerecht.

8. Aufsicht, Verwaltungs- und Disziplinar massnahmen sowie strafrechtliche Sanktionen

Die Aufsichts befugnisse sollen einheitlich und umfassend geregelt werden. Dadurch sollen den Aufsichtsbehörden die erforderlichen Befugnisse erteilt werden, um eine sachgerechte Aufsicht gewährleisten zu können (Art. 73 Entwurf).

Ein Entzug der Berufsausübungsbewilligung bzw. der Betriebsbewilligung erfolgt nur beim Vorliegen qualifizierter Gründe, namentlich bei schweren oder wiederholten Verfehlungen. Der Entzug einer Bewilligung stellt daher stets die härteste Massnahme dar. Die Kontrollbehörden sollen im Sinne der Verhältnismässigkeit neu auch über weniger einschneidende Disziplinar massnahmen verfügen können. Dies wird mit der im Entwurf vorgesehenen Schaffung eines umfassenden Instrumentariums von Verwaltungs- und Disziplinar massnahmen für die Kontrolle und Disziplinierung sämtlicher Personen, die eine Tätigkeit im Gesundheitswesen ausüben, ermöglicht (Art. 74 und 75 Entwurf).

Das geltende Gesundheitsgesetz sieht lediglich vor, dass vorsätzliche und fahrlässige Verstösse gegen das Gesundheitsgesetz und dessen Vollzugsbestimmungen mit Busse bestraft werden. Auf eine präzise Umschreibung der einzelnen Straftatbestände wurde verzichtet. Gestützt auf das Legalitätsprinzip darf aber kein Verhalten bestraft werden, welches nicht ausdrücklich von Gesetzes wegen verboten ist. Deshalb sollen die im Bereich des Gesundheitswesens relevanten Straftatbestände möglichst exakt umschrieben werden (Art. 76 Entwurf).

II. Bemerkungen zu einzelnen Bestimmungen

Gesundheitsgesetz

I.

1. Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 *Geltungsbereich*

Abs. 1

Art. 1 Abs. 1 des Entwurfs entspricht weitgehend Art. 1 Abs. 1 des Gesundheitsgesetzes. Der Begriff „*öffentliche Gesundheitspflege*“ erweist sich jedoch nicht mehr als zeitgemäss, weshalb er durch den Ausdruck „*öffentliches Gesundheitswesen*“ ersetzt wird, welcher in den modernen Gesundheitsgesetzen diverser anderer Kantone Verwendung findet.

Abs. 2

Art. 1 Abs. 2 des Entwurfs ist deckungsgleich mit der Regelung in Art. 1 Abs. 3 des geltenden Gesundheitsgesetzes.

Art. 2 *Zweck*

Abs. 1

Bereits das geltende Gesundheitsgesetz sieht in Art. 1 Abs. 2 vor, dass es die Erhaltung, die Förderung und den Schutz der Gesundheit bezweckt. Diese Ziele werden auch Art. 2 Abs. 1 des Entwurfs zugrunde gelegt. Neu wird zusätzlich die „*Wiederherstellung*“ der Gesundheit ausdrücklich erwähnt. Auch die Kantone Aargau, Nidwalden, Uri und Zug verwenden diesen Begriff in den Zweckartikeln ihrer Gesundheitsgesetze.

Abs. 2

Da der Gesundheitsförderung und Prävention mittlerweile mehr Beachtung geschenkt wird, soll in Art. 2 Abs. 2 des Entwurfs explizit darauf hingewiesen werden, dass Beeinträchtigungen der Gesundheit durch zweckmässige Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention so weit als möglich entgegenzuwirken ist und die Förderung und die Erhaltung gesunder Lebensstile unterstützt wird. Es handelt sich hier um einen allgemeinen Grundsatz, die genaue Ausgestaltung der Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton Obwalden ist in den Art. 64 bis Art. 69 festgehalten.

Abs. 3

Bereits Art. 2 des Gesundheitsgesetzes hält fest, dass die öffentliche Gesundheitspflege von der Verantwortung der einzelnen Person für ihre Gesundheit und der Erziehungsberechtigten für die Gesundheit ihrer Kinder ausgeht. Art. 2 Abs. 3 des Entwurfs nimmt diesen Grundgedanken auf und stellt klar, dass die Bevölkerung durch die Wahrnehmung ihrer Eigenverantwortung hinsichtlich ihrer Gesundheit in angemessener Weise zur Erreichung des Gesetzeszwecks beizutragen hat.

Art. 3 *Zusammenarbeit*

Art. 3 des Entwurfs entspricht inhaltlich exakt Art. 3 des geltenden Gesundheitsgesetzes. Auch in Zukunft soll im öffentlichen Gesundheitswesen eine Zusammenarbeit zwischen Kanton und Gemeinden stattfinden. Die Aufgabenteilung erfolgt nach Massgabe dieses Gesetzes und wird demnach in weiterführenden Artikeln näher umschrieben.

2. Öffentliches Gesundheitswesen

2.1. Grundsätze der Aufgabenteilung zwischen Kanton und Einwohnergemeinden

Art. 4 *Gemeinsame Aufgaben*

Art. 4 des Entwurfs entspricht inhaltlich Art. 4 des geltenden Gesundheitsgesetzes. Wie bereits in der Ausgangslage erwähnt, soll die Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden mit dieser Gesetzesrevision nicht verändert werden. Nach Vorliegen der Resultate aus der Arbeitsgruppe Analyse der Versorgungskette im Pflegebereich sind allenfalls Anpassungen in der Aufgabenteilung zu prüfen.

Art. 5 *Aufgaben des Kantons*

Abs. 1

Abs. 1 Bst. a

Der Kanton hat, wie dies auch gemäss dem geltenden Gesundheitsgesetz festgelegt ist, weiterhin eine ausreichende medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen (vgl. Art. 5 Abs. 1 Bst. a Gesundheitsgesetz).

Abs. 1 Bst. b

Gemäss Art. 5 Abs. 1 Bst. b des bisherigen Gesundheitsgesetzes hat der Kanton die stationäre spitalmässige Grundversorgung zu gewährleisten. Dem gegenüber kommt die ambulante Versorgung grundsätzlich den Gemeinden zu (vgl. Art. 6 geltendes Gesundheitsgesetz). Diese Aufgabenteilung wird mit Art. 5 Abs. 1 Bst. b des Entwurfs aufrechterhalten, aber präziser formuliert.

Im geltenden Gesundheitsgesetz fanden die Rettungsdienste noch keine Erwähnung. Da die Rettungsdienste einen wichtigen Bestandteil der Gesundheitsversorgung ausmachen, sind diese neu als Aufgabe des Kantons in Art. 5 Abs. 1 Bst. b zu ergänzen. Die genaue Bestimmung zu den Rettungsdiensten erfolgt in Art. 19 des Entwurfs.

Der Kanton erhält zur Gewährleistung seiner Aufgaben neu die Kompetenz, für Massnahmen im Bereich Aus-, Weiter- und Fortbildung von im Gesundheitswesen tätigen Personen sowie für die Organisation des ambulanten Notfalldiensts finanzielle Mittel einzusetzen. Darunter sind folgende Möglichkeiten vorstellbar:

- Massnahmen im Bereich Aus-, Weiter- und Fortbildung von im Gesundheitswesen tätigen Personen

Die Praxisnachfolge stellt für Hausärzte und Hausärztinnen zunehmend ein Problem dar. Mit einem Weiterbildungspraktikum sollen mehr Assistenzärzte und Assistenzärztinnen für die Weiterbildung in der Hausarztmedizin gewonnen werden. Die Mitfinanzierung solcher Praxisassistenzen innerhalb klar definierter Rahmenbedingungen ist ein interessanter Lösungsansatz, für dessen Umsetzung sich alle Zentralschweizer Kantone ausgesprochen haben. Im Kanton Obwalden sollen solche Praxisassistenzen im

Rahmen eines Weiterbildungspraktikums in Zusammenarbeit mit der Ärztesgesellschaft Unterwalden ermöglicht werden.

Die Rahmenbedingungen sehen so aus, dass das Kantonsspital Assistenzärzte und Assistenzärztinnen auf der medizinischen Klinik für zwei Jahre einstellt und diese dann nach einem Jahr im Spital für sechs Monate als Praxisassistenten in eine Hausarztpraxis wechseln. Für die letzten sechs Monate kehren sie dann wieder an das Spital zurück. Der Lohn während der sechs Monate Praxisassistenten ist zu einem Drittel vom entsprechenden Hausarzt (Lehrpraktiker) und zu zwei Dritteln vom Kanton zu tragen.

- Massnahmen für die Organisation des Notfalldiensts
Sollte sich der Hausärztemangel akzentuieren, so würde mit dieser neuen Bestimmung die Möglichkeit bestehen, Massnahmen für die Sicherstellung des ambulanten Notfalldiensts zu ergreifen. Vorläufig besteht aber kein Handlungsbedarf (siehe auch Art. 43 Entwurf).

Der Regierungsrat erachtet diese neuen Bestimmungen als sinnvolle und verhältnismässige Lösungsansätze, die es ihm bei Bedarf ermöglichen, seine Aufgaben zur Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

Abs. 1 Bst. c

Dem Kanton obliegt gemäss Gesetzesentwurf die Förderung der Zusammenarbeit zwischen öffentlichen und privaten Einrichtungen im Kanton und in der Region sowie die Koordination der Tätigkeiten auf dem Gebiet des Gesundheitswesens. (Dies beinhaltet auch die Koordination der ambulanten Gesundheitsversorgung, weshalb Art. 5 Abs. 1 Bst. c des geltenden Gesundheitsgesetzes zu streichen ist.) Die Förderung der Zusammenarbeit und eine entsprechende Koordination sind in der heutigen Zeit, in welcher das Gesundheitswesen ständig differenzierter und anspruchsvoller wird, unabdingbar. Das Nebeneinander von Stellen des Kantons und der Gemeinden, ausserkantonaler Stellen und privaten Organisationen bedingt eine kohärente Abstimmung der verschiedenen Akteure.

Abs. 1 Bst. d

Neu soll bereits bei den kantonalen Aufgaben festgehalten werden, dass der Kanton die Aufsicht über die Einrichtungen und die Berufstätigkeiten des Gesundheitswesens einschliesslich des Schutzes der Patientenrechte inne hat.

Abs. 1 Bst. e

Wie schon in Art. 5 Abs. 1 Bst. e des geltenden Gesundheitsgesetzes festgehalten, hat der Kanton auch weiterhin die Sicherstellung der notwendigen chemischen, physikalischen und bakteriologischen Untersuchungen in einem kantonalen Laboratorium zu gewährleisten.

Abs. 1 Bst. f

Des Weiteren soll neu festgelegt werden, dass die Überwachung des Heil- und Betäubungsmittelwesens dem Kanton obliegt. Diese Kompetenz hat er bereits unter geltendem Recht inne, die ausdrückliche Erwähnung dient jedoch dem besseren Verständnis und der Transparenz.

Abs. 1 Bst. g

Ebenfalls ist es sachgerecht, inskünftig bereits in Art. 5 Abs. 1 Bst. g des Entwurfs darauf hinzuweisen, dass der Kanton die gesundheitspolizeilichen Aufgaben wahrnimmt. Darunter fallen etwa die Lebensmittel- und Giftkontrolle oder die Kontrolle von öffentlichen Bädern. Diesen Aufgabenbereich übernimmt der Kanton bereits gemäss geltender Rechtsgrundlage, er wird jedoch im geltenden Gesundheitsgesetz bei den Aufgaben des Kantons noch nicht erwähnt.

Abs. 1 Bst. h

Die Durchführung von Gesundheitskontrollen und Gesundheitsberatungen sowie die Führung eines Schulgesundheitsdiensts basiert auf Art. 5 Abs. 1 Bst. g des geltenden Gesundheitsgesetzes.

Abs. 1 Bst. i

Zudem obliegt dem Kanton die Regelung des koordinierten Sanitätsdiensts. Diese Kompetenz sieht bereits das geltende Gesundheitsgesetz in Art. 5 Abs. 1 Bst. h vor.

Aufgehoben

Der Kanton ist gemäss geltendem Gesundheitsgesetz gehalten, soweit dies als Ergänzung zur Grundversorgung notwendig ist, für die Sicherstellung der Behandlung von Kranken und Verunfallten in Spitälern und Kliniken zu sorgen (Art. 5 Abs. 1 Bst. d Gesundheitsgesetz). Diese Erwähnung ist nicht mehr notwendig, die Bestimmung in Art. 5 Abs. 1 Bst. b Entwurf reicht aus.

Die Ausbildung in den Berufen des Gesundheitswesens (vgl. Art. 5 Abs. 1 Bst. f Gesundheitsgesetz) wird mittlerweile in der Bildungsgesetzgebung geregelt, weshalb dieser Bereich inskünftig nicht mehr im Gesundheitsgesetz normiert werden muss.

Abs. 2

Wie bereits in Art. 5 Abs. 2 des geltenden Gesundheitsgesetzes festgehalten, soll der Kanton die Erfüllung der gemeinsamen Aufgaben auch weiterhin durch Vereinbarungen mit anderen Kantonen und öffentlichen oder privaten Institutionen sicherstellen können. Bislang war der Kantonsrat abschliessend (d.h. ohne Referendumsmöglichkeit) dafür zuständig. Diese Regelung soll inskünftig flexibilisiert werden. Der Regierungsrat kann dadurch rasch auf sich im Bereich des Gesundheitswesens abzeichnende Entwicklungen reagieren. Neu soll der Regierungsrat die entsprechenden Vereinbarungen abschliessen können, sofern die damit verbundenen Ausgaben insgesamt nicht mehr als Fr. 500 000.– oder jährlich Fr. 100 000.– betragen. Werden diese Beträge überschritten, so ist, wie bisher, der Kantonsrat abschliessend zuständig.

Gemäss Art. 76 Abs. 2 Ziff. 8 der Verfassung des Kantons Obwalden vom 19. Mai 1968 (Kantonsverfassung, KV; GDB 101.0) ist der Regierungsrat befugt, unter Vorbehalt weitergehender, ihm durch die Gesetzgebung oder durch Beschluss des Kantonsrates übertragener Vollmachten, frei bestimmbare, für den gleichen Zweck bestimmte, einmalige Ausgaben bis Fr. 200 000.– und jährlich wiederkehrende Ausgaben bis Fr. 50 000.– zu beschliessen. Art. 5 Abs. 2 des Entwurfs soll dem Regierungsrat somit eine weitergehende Ausgabenkompetenz als in der Verfassung vorgesehen einräumen. Dies ist angesichts dessen, dass im Bereich des Gesundheitswesens regelmässig erhebliche Aufgabenbereiche an Dritte ausgelagert werden, sachgerecht. Die Kantone Schwyz, Uri und Zug haben die Zuständigkeit zum Abschluss entsprechender Leistungsvereinbarungen fast vollumfänglich dem Regierungsrat übertragen.

Art. 6 *Aufgaben der Einwohnergemeinden*

Abs. 1

Abs. 1 Bst. a

Die Einwohnergemeinden sollen auch weiterhin zum Vollzug der gesundheitspolizeilichen Vorschriften, welche die allgemeine Hygiene zum Gegenstand haben, zuständig sein (vgl. Art. 6 Abs. 1 Bst. a Gesundheitsgesetz). Der Wortlaut von Art. 6 Abs. 1 Bst. a des Gesundheitsgesetzes wurde im Vergleich zur bisherigen Bestimmung kürzer und prägnanter gewählt.

Abs. 1 Bst. b und c

Die Kompetenzen der Einwohnergemeinden in den Bereichen Dienstleistungen und der Hilfe und Pflege zu Hause (vgl. Art. 6 Abs. 1 Bst. b Gesundheitsgesetz) und die Betagtenbetreuung und Förderung von Betagtenheimen und anderer Betagten-Wohnformen (vgl. Art. 6 Abs. 1 Bst. d Gesundheitsgesetz) werden im Rahmen der Revision des Gesundheitsgesetzes nicht geändert und folglich in ihrem gegenwärtigen Umfang beibehalten.

Abs. 1 Bst. d

Eine Präzisierung erfolgt dahin gehend, dass inskünftig nicht nur pflegebedürftige *Betagte* (Art. 6 Abs. 1 Bst. e Gesundheitsgesetz), sondern generell pflegebedürftige *Personen* erfasst werden. Dementsprechend ist in diesem Zusammenhang nicht mehr von Betagtenheimen, sondern von Pflegeheimen und weiteren Einrichtungen mit stationärer Langzeitpflege zu sprechen. Diese Anpassungen entspricht übergeordnetem Bundesrecht der neuen Pflegefinanzierung gemäss Art. 25a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10). Für die Einwohnergemeinden entstehen keine Mehrkosten, weil die Bestimmung gemäss KVG betreffend Restkostenfinanzierung bereits jetzt angewandt werden muss; unabhängig davon, ob es sich um betagte oder jüngere pflegebedürftige Personen handelt.

Ebenfalls gemäss KVG soll nicht mehr darauf abgestellt werden, ob ein Pflegeheim vom Kanton anerkannt ist. Vielmehr ist inskünftig gemäss Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG entscheidend, dass die betreffende Einrichtung auf der Pflegeheimliste angeführt ist (vgl. Ausführungen zu Art. 28 Entwurf).

Abs. 1 Bst. e

Die Einwohnergemeinden sollen auch weiterhin die Aufgaben im Bereich der Familienhilfe, der Mütterberatung und des Hebammendienstes inne haben. Dementsprechend wurde Art. 6 Abs. 1 Bst. c unverändert in Art. 6 Abs. 1 Bst. e des Entwurfs übernommen.

Abs. 1 Bst. f und g

Neu wird ausdrücklich festgehalten, dass die Einwohnergemeinden für die Sicherstellung der Bestattungen und den Vollzug der Vorschriften des Nichtraucherschutzes zuständig sind. Damit werden keine Veränderungen betreffend Kompetenzen vorgenommen. Die beiden Sachbereiche obliegen bereits aktuell den Gemeinden.

Aufgehoben

Die Durchführung von zahnprophylaktischen Massnahmen in den Schulen (vgl. Art. 6 Abs. 1 Bst. f Gesundheitsgesetz) wird bereits seit 2001 durch den Kanton gewährleistet.

Abs. 2

Die Regelung, wonach die Einwohnergemeinden die Erfüllung ihrer Aufgaben durch Vereinbarung öffentlichen oder privaten Institutionen übertragen können (vgl. Art. 6 Abs. 2 Gesundheitsgesetz) wird beibehalten. Neu wird den Einwohnergemeinden die Kompetenz eingeräumt, bestimmte Aufgaben gemeinsam wahrzunehmen oder diese gemeinsam an öffentliche oder private Institutionen zu übertragen. Dies wäre, trotz fehlender expliziter Erwähnung im Gesundheitsgesetz, auch heute schon möglich. Mit dieser Bestimmung soll die Zusammenarbeit zwischen den Gemeinden, wo sinnvoll, gefördert werden und ein höheres Gewicht erhalten.

Abs. 3

Art. 6 Abs. 3 des Entwurfs entspricht vollumfänglich der Regelung von Art. 6 Abs. 3 des Gesundheitsgesetzes.

2.2. Organisation und Zuständigkeit

Art. 7 *Kantonale Organe* a. *Kantonsrat*

Abs. 1

Neu wird ausdrücklich in Art. 7 Abs. 1 des Entwurfs festgehalten, dass dem Kantonsrat die Oberaufsicht über das Kantonsspital zusteht. Diese Kompetenz hat der Kantonsrat gegenwärtig bereits aufgrund von Art. 5 der Spitalverordnung vom 24. Oktober 1991 (GDB 830.11) inne. Da die Spitalverordnung jedoch im Rahmen der Revision des Gesundheitsgesetzes aufgehoben werden soll, wird die entsprechende Regelung ins Gesundheitsgesetz überführt.

Abs. 1 Bst. a

Die Erteilung des Leistungsauftrags wird unverändert als Aufgabe des Kantonsrats vom geltenden Gesundheitsgesetz übernommen (Art. 7 Abs. 1 Bst. a Gesundheitsgesetz).

Abs. 1 Bst. b

Art. 7 Abs. 1 Bst. b entspricht bis auf den Begriff des „*jährlichen leistungsbezogenen Kredits*“

Art. 7 Abs. 1 Bst. b des geltenden Gesundheitsgesetzes („*Globalkredit*“).

Dieser Terminologiewechsel hat folgenden Grund:

Art. 51 KVG hält fest, dass der Kanton als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag (Globalbudget) für die Finanzierung der Spitäler oder der Pflegeheime festsetzen kann. Die neue Spitalfinanzierung, die seit 1. Januar 2012 in Kraft ist, sieht indes die dual-fixe Leistungsfinanzierung vor. Das heisst, es werden nach Logik der neuen Spitalfinanzierung keine Globalbudgets mehr ausbezahlt, sondern die Spitäler haben ihre Leistungen grundsätzlich über die Abgeltung der Tarife zu finanzieren. In den Vergütungen, die von Kanton und Krankenversicherern für eine stationäre Behandlung getragen werden, dürfen dementsprechend keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten sein (Art. 49 Abs. 3 KVG). Es ist den Kantonen aber weiterhin freigestellt, aus regional- und/oder sozialpolitischen Überlegungen gewisse Bereiche auszuscheiden und deren Kosten gesondert zu übernehmen.

Nationalrat Toni Bortoluzzi verlangte mit einer parlamentarischen Initiative (12.500) die Aufhebung von Art. 51 KVG, welcher den Kantonen ermöglicht, für die Finanzierung der Spitäler und Pflegeheime ein Globalbudget festzulegen. Der Nationalrat hat die Initiative am 12. Juni 2014 nicht gestützt. Damit folgt er einem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 10. Juli 2012, wonach die Kantone nach wie vor ein Globalbudget für die Spitäler vorsehen können. Nicht zuletzt deshalb, weil der Gesetzgeber den Artikel anlässlich der KVG-Revision diskutiert und dann bewusst im Gesetz belassen hat. Derzeit wenden neben dem Kanton Obwalden die Kantone Genf, Tessin und Waadt unterschiedlich ausgestaltete Globalbudgets an.

Gut möglich, dass die Diskussionen um die Globalbudgets zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgegriffen werden. Aufgrund dessen ist es sinnvoll, inskünftig nicht mehr den Begriff „*Globalkredit*“, sondern die Terminologie „*jährlicher leistungsbezogener Kredit*“ zu verwenden.

Abs. 1 Bst. c

Art. 7 Abs. 1 Bst. d des Gesundheitsgesetzes, wonach der Kantonsrat, vorbehältlich des Finanzreferendums, über Ausgaben für Landerwerb und Bauinvestitionen beschliesst, wird in Art. 7 Abs. 1 Bst. c des Entwurfs angepasst. Grundsätzlich bleibt diese Kompetenz dem Kantonsrat erhalten. Es gibt jedoch zwei Ausnahmen:

Erstens soll das Kantonsspital neu über Landerwerb und Bauinvestitionen selber entscheiden, die im Rahmen seiner eigenen Reserven – und somit nicht mit zusätzlichen staatlichen Mitteln – realisiert werden.

Im Jahr 2009 wurde bereits der Anbau des Spitalnotfalls aus Mitteln des Kantonsspitals finan-

ziert (2,5 Millionen Franken). Ebenso wird im Jahr 2015 das Projekt der IMC / Aufwachraum in der Höhe von 3,3 Millionen Franken umgesetzt. Diese Bauvorhaben müssten neu nicht mehr vom Kantonsrat bewilligt werden, sondern könnten eigenständig vom Spitalrat entschieden werden. Wobei jedoch immer die Zustimmung des Regierungsrats erfolgen muss. Zweitens ist der Regierungsrat gemäss Art. 76 Abs. 2 Ziff. 8 KV, unter Vorbehalt weitergehender, ihm durch die Gesetzgebung oder durch Beschluss des Kantonsrates übertragener Vollmachten befugt, über frei bestimmbare, für den gleichen Zweck bestimmte, einmalige Ausgaben bis Fr. 200 000.– und jährlich wiederkehrende Ausgaben bis Fr. 50 000.– zu beschliessen. Landerwerb oder Bauinvestitionen innerhalb dieser Limiten liegen dementsprechend ebenfalls nicht in der Kompetenz des Kantonsrats, was jedoch bereits mit der geltenden Gesetzgebung der Fall war.

Abs. 1 Bst. d

Die Genehmigung des Rechenschaftsberichts und der Jahresrechnung bleibt unverändert in der Verantwortung des Kantonsrats (vgl. Art. 7 Abs. 1 Bst. e Gesundheitsgesetz).

Aufgehoben

Die bisherige Zuständigkeit des Kantonsrats betreffend die Genehmigung des Pauschalbetrags für Investitionen des Kantonsspitals, ausgenommen für Bauinvestitionen (Art. 7 Abs. 1 Bst. c Gesundheitsgesetz), kann aufgrund dessen, dass diese Aufgabe aufgrund der neuen Spitalfinanzierung Bestandteil der ordentlichen Tarifabgeltung bildet, entfallen.

Kompetenzverschiebungen

Die Befugnis zur Wahl des Spitalrats (bisher Aufsichtskommission) des Kantonsspitals sowie dessen Präsidenten oder Präsidentin (Art. 7 Abs. 1 Bst. f Gesundheitsgesetz) soll neu dem Regierungsrat zugewiesen werden (vgl. Ausführungen zu Art. 8 Abs. 1 Bst. g Entwurf).

Bisher kam dem Kantonsrat die Kompetenz zur Regelung der Gesundheitskontrollen, Gesundheitsberatungen und der zahnprophylaktischen Massnahmen zu (Art. 7 Abs. 2 Gesundheitsgesetz). Neu soll diese Aufgabe ebenfalls dem Regierungsrat übertragen werden (vgl. Ausführungen zu Art. 8 Abs. 1 Bst. m Entwurf).

Art. 8 *b. Regierungsrat*

Abs. 1

Abs. 1 Bst. a, b, e, f, h, i, k, l

Diese Bestimmungen wurden bis auf die Änderung des Begriffs „*jährlicher leistungsbezogener Kredit*“ in Abs. 1 Bst. b des Entwurfs und die Umbenennung des kantonalen Schulzahnarztes bzw. der kantonalen Schulzahnärztin in „*Kantonsschulzahnarzt bzw. Kantonsschulzahnärztin*“ in Abs. 1 Bst. h und i (vgl. Ausführungen zu Art. 18 Entwurf) unverändert aus dem bestehenden Gesundheitsgesetz übernommen.

Abs. 1 Bst. c

Art. 8 Bst. d des Gesundheitsgesetzes, wonach der Regierungsrat für die Antragsstellung für Landerwerb und Bauinvestitionen an den Kantonsrat zuständig ist, wird in Art. 8 Abs. 1 Bst. c des Entwurfs angepasst. Dem Regierungsrat soll diese Kompetenz inskünftig lediglich für jene Bauinvestitionen zukommen, die das Spital nicht im Rahmen seiner eigenen Reserven – und somit mit zusätzlichen staatlichen Mitteln – realisiert oder für die er nicht selber zuständig ist (vgl. Ausführungen zu Art. 7 Abs. 1 Bst. c Entwurf).

Abs. 1 Bst. d

Neu wird zudem in Art. 8 Abs. 1 Bst. d des Entwurfs festgehalten, dass der Abschluss von Rechtsgeschäften mit dinglichem Charakter im Zusammenhang mit dem Kantonsspital dem Regierungsrat obliegt. Diese Kompetenz hat er bereits aufgrund von Art. 6 der Spitalverordnung inne. Da die Spitalverordnung jedoch im Zuge der Revision des Gesundheitsgesetzes aufgehoben werden soll, wird die betreffende Kompetenz neu im Gesundheitsgesetz festgehalten.

Abs. 1 Bst. g

Der Regierungsrat soll inskünftig für die Wahl des Spitalrats des Kantonsspitals und dessen Präsident oder Präsidentin wie auch für Regelung der Modalitäten zur Wahl und Abberufung des Spitalrats zuständig sein.

Das Kantonsspital ist die einzige Anstalt, deren Verwaltungsrat noch vom Kantonsrat gewählt wird.

Bei der Obwaldner Kantonalbank (OKB) und beim Elektrizitätswerk Obwalden (EWO) wurde der Wechsel der Wahlbehörde bereits vorgenommen. Die entsprechenden Anpassungen erfolgten in Art. 9 Abs. 1 Bst. b des Gesetzes über die Obwaldner Kantonalbank vom 27. Januar 2006 (Kantonalbankgesetz; GDB 661.1) und in Art. 10 Abs. 1 Bst. b des Gesetzes über das Elektrizitätswerk Obwalden vom 22. September 2009 (GDB 663.1). Die Wahl durch den Regierungsrat entspricht den modernen Grundsätzen der Public Corporate Governance.

In Art. 8 Abs. 1 Bst. g des Entwurfs wird zudem festgehalten, dass der Regierungsrat gleichzeitig dessen Entschädigungen genehmigt, was er bereits heute vorgenommen hat.

Abs. 1 Bst. m

Die Gesundheitskontrollen, Gesundheitsberatungen und die zahnprophylaktischen Massnahmen während der obligatorischen Schulzeit sollen neu in Ausführungsbestimmungen des Regierungsrats und nicht mehr in einer kantonsrätlichen Verordnung (vgl. Art. 7 Abs. 2 Gesundheitsgesetz) geregelt werden.

Damit können einerseits die Schulgesundheitsverordnung vom 29. Juni 2001 (GDB 410.51) und die Ausführungsbestimmungen über die Tarife und Taxen gemäss Schulgesundheitsverordnung vom 9. Oktober 2001 (GDB 410.511) zu einem einzigen Erlass (Ausführungsbestimmungen über die Schulgesundheit) zusammengefasst werden. Dies trägt dazu bei, die kantonale Gesundheitsgesetzgebung etwas schlanker auszugestalten.

Andererseits handelt es sich um ein Sachgebiet, welches ohne Weiteres durch die Exekutive normiert werden kann und nicht zwingend der Beanspruchung des Kantonsrats bedarf. Damit lässt sich dieses Sachgebiet, im Falle von neuen Entwicklungen im Bereich des Gesundheitswesens, flexibler handhaben. Letztendlich wird der Kantonsrat durch diese Kompetenzverschiebung entlastet.

In Art. 8 Abs. 1 Bst. m des Entwurfs wird überdies festgehalten, dass der Regierungsrat bestimmte Untersuchungen und Massnahmen als obligatorisch erklären kann. In den letzten Jahren war die Gutscheineinlösung der Gesundheitsuntersuchungen rückläufig. Durch ein Obligatorium wird die Chancengleichheit besser gewährleistet. Zielgruppen mit Migrationshintergrund und/oder sozioökonomischem niedrigen Status können vielfach mit freiwilligen Angeboten nicht erreicht werden.

Der Regierungsrat ist zudem dafür zuständig, die Kostenverteilung zu regeln und, nach Anhörung der Unterwaldner Ärzte- bzw. der Obwaldner Zahnarztgesellschaft, die Tarife und Taxen für die entsprechenden Dienstleistungen festzulegen. Diese Aufgaben kamen dem Regierungsrat bereits heute zu.

Abs. 1 Bst. n

Sowohl die neue Pflegefinanzierung als auch die neue Spitalfinanzierung sehen als Planungsinstrumente kantonale Pflegeheim- resp. Spitallisten vor. Spitäler und Pflegeheime können ihre Leistungen nur über die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen, wenn sie auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste resp. Pflegeheimliste aufgeführt sind (Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG und Art. 39 Abs. 3 KVG).

Das KVG spricht die Kompetenz zum Erlass der Pflegeheim- und Spitalliste der Kantonsregierung (Art. 39 und Art. 53 Abs. 1 KVG) zu. Diese Zuständigkeit wird nun auch im neuen Gesundheitsgesetz explizit festgehalten und entspricht der bisherigen Praxis. Bereits mit Beschluss vom 11. Dezember 1995 hat der Regierungsrat die Pflegeheimliste für den Kanton Obwalden erlassen (GDB 851.221) und mit Beschluss vom 12. April 2011 die Spitalliste für den Kanton Obwalden (GDB 830.511).

Der Regierungsrat erteilt gestützt auf die vorgängig zitierten Bestimmungen des KVG Leistungserbringern, welche auf der Spitalliste aufgeführt sind, Leistungsaufträge für die Erbringung bestimmter stationärer Dienstleistungen zugunsten des Kantons.

Aufgehoben

Die Befugnis des Regierungsrats zur Antragsstellung für den Pauschalbetrag für Investitionen des Kantonsspitals, ausgenommen für Bauinvestitionen, an den Kantonsrat (Art. 8 Bst. c Gesundheitsgesetz), kann aufgrund der neuen Spitalfinanzierung entfallen.

Ebenfalls ist Art. 8 Bst. g des Gesundheitsgesetzes, wonach der Regierungsrat die Taxen des Kantonsspitals zu genehmigen und anschliessend zu veröffentlichen hat, nicht mehr erforderlich (vgl. Ausführungen zu Art. 12 Abs. 1 Bst. I Entwurf).

Art. 8 Bst. n des Gesundheitsgesetzes, welcher den Regierungsrat zum Erlass von Vorschriften über die Führung des Kantonsspitals als Regiebetrieb nach den Grundsätzen der neuen Verwaltungsführung (New Public Management) ermächtigt, soll an dieser Stelle gestrichen werden. Es entspricht in der heutigen Zeit einer Selbstverständlichkeit, dass staatliche Betriebe, die mittels jährlichen leistungsbezogenen Krediten gesteuert werden, die Grundsätze des New Public Managements zu beachten haben. Aus gesetzestechnischer Überlegung macht es mehr Sinn, dieses Prinzip neu in Art. 23 Abs. 2 und 3 des Entwurfs zu verankern.

Kompetenzverschiebung

Der Abschluss von Zusammenarbeitsverträgen mit anderen Spitälern (Art. 8 Abs. 1 Bst. m Gesundheitsgesetz) soll in die Kompetenz des Spitalrats fallen (vgl. Ausführungen zu Art. 12 Abs. 1 Bst. n Entwurf).

Abs. 2

Das geltende Gesundheitsgesetz sieht in Art. 44 Abs. 2 vor, dass der Regierungsrat die freie Arzt- und Spitalwahl bei Katastrophen und in Notlagen einschränken oder aufheben kann. Neu soll diese Bestimmung nicht mehr bei den Patientenrechten, sondern bereits im organisationsrechtlichen Teil des Gesundheitsgesetzes angesiedelt werden. Der Regierungsrat soll inskünftig nicht nur die freie Wahl der im Bereich des Gesundheitswesens tätigen Personen und Einrichtungen einschränken oder aufheben können, sondern auch die Kompetenz inne haben, die Angehörigen sämtlicher Berufe und Einrichtungen des Gesundheitswesens zum Einsatz zu verpflichten und Impfungen für obligatorisch zu erklären. Diese Kompetenzen kommen ihm zwar bereits aufgrund der Bevölkerungs- und der Zivilschutzgesetzgebung sowie der Epidemien-gesetzgebung zu, sollen jedoch im Sinne der Klarheit nochmals zusammengefasst im revidierten Gesundheitsgesetz wiederholt werden.

Art. 9 *c. Finanzdepartement*

Abs. 1

Wie bereits in Art. 9 Abs. 1 des Gesundheitsgesetzes festgehalten, vollzieht das Finanzdepartement die Gesundheitsgesetzgebung, soweit einzelne Aufgaben die nicht ausdrücklich anderen Instanzen übertragen sind. Art. 9 Abs. 1 des Entwurfs ergänzt die aktuelle Regelung dahingehend, dass auch dessen Aufsichtsfunktion ausdrücklich erwähnt wird. Zudem ist das Finanzdepartement ebenfalls für den Vollzug internationaler und interkantonalen Vereinbarungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens zuständig. Die Kompetenzen hat es bereits gemäss geltender Gesundheitsgesetzgebung inne. Deren ausdrückliche Erwähnung dient bloss dem besseren Verständnis und der Klarheit.

Abs. 2

Abs. 2 Bst. a und b

Das Finanzdepartement soll auch weiterhin die Leitung und die Koordination der Massnahmen im Gesundheitswesen wahrnehmen und überdies die Zusammenarbeit mit Institutionen des Gesundheitswesens auf kantonaler und interkantonaler Ebene sicherstellen (vgl. Art. 9 Abs. 1 Bst. a und b Gesundheitsgesetz). Diese beiden Aufgabenbereiche wurden, abgesehen von kleinen terminologischen Änderungen, unverändert übernommen.

Abs. 2 Bst. c

Der ambulante Notfalldienst wird bereits heute durch die betreffenden Berufsorganisationen organisiert. Aufgrund dessen soll das Finanzdepartement gemäss Art. 9 Abs. 2 Bst. c des Entwurfs nicht mehr für die Organisation (vgl. Art. 9 Abs. 1 Bst. d Gesundheitsgesetz), sondern lediglich noch für die Koordination und Überwachung des ambulanten Notfalldiensts zuständig sein.

Abs. 2 Bst. d

Die Abwehr von Gesundheitsgefährdungen verbleibt weiterhin im Kompetenzbereich des Finanzdepartements (vgl. Art. 9 Abs. 1 Bst. e Gesundheitsgesetz).

Abs. 2 Bst. e und f

Die Beaufsichtigung von Personen, die eine Tätigkeit im Bereich des Gesundheitswesens ausüben, von Einrichtungen des Gesundheitswesens und von entsprechenden Ausbildungsstätten (Art. 9 Abs. 1 Bst. f Gesundheitsgesetz) sowie die Erteilung und der Entzug von gesundheitsrechtlichen Bewilligungen (Art. 9 Abs. 1 Bst. g Gesundheitsgesetz) erfolgen auch in Zukunft durch das Finanzdepartement. Eine Ausnahme gilt für die Tiergesundheitsberufe, für die der Kantonstierarzt bzw. die Kantonstierärztin zuständig ist (vgl. Ausführungen zu Art. 16 Abs. 2 Entwurf).

Abs. 2 Bst. g

Wie bisher obliegt dem Finanzdepartement die Erarbeitung des Leistungsauftrags an das Kantonsspital und des jährlichen leistungsbezogenen Kredits (bisher Globalkredit) (Art. 9 Abs. 1 Bst. h Gesundheitsgesetz).

Die Erarbeitung des Pauschalbetrags für Investitionen fällt aufgrund dessen, dass diese Aufgabe mittlerweile Bestandteil der Spitalfinanzierung bildet, weg.

Abs. 2 Bst. h und i

Keine Änderungen erfahren überdies die Sachbereiche Organisation einer geeigneten Verwaltungssteuerung (Art. 9 Abs. 1 Bst. i Gesundheitsgesetz; Art. 9 Abs. 2 Bst. h Entwurf) und Organisation und Durchführung von Gesundheitskontrollen und -beratungen (Art. 9 Abs. 1 Bst. k

Gesundheitsgesetz; Art. 9 Abs. 2 Bst. i Entwurf). Bei Art. 9 Abs. 2 Bst. h des Entwurfs wurde jedoch im Vergleich zum geltenden Gesundheitsgesetz der in der Klammer stehende Begriff „*strategisches Controlling*“ weggelassen, da das Finanzdepartement ein solches aufgrund dessen, dass es keine umfassende Einsicht in die betreffenden internen Verhältnisse hat, nicht vollumfänglich gewährleisten kann.

Aufgehoben

Die Kompetenz des Finanzdepartements, Tarifvereinbarungen mit den Krankenkassen über die ambulanten Dienste abzuschliessen (vgl. Art. 9 Abs. 1 Bst. c geltendes Gesundheitsgesetz), soll inskünftig entfallen, da der Abschluss von Tarifvereinbarungen in diesem Bereich seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes im Jahr 1996 den Leistungserbringern und den Versicherern obliegt (vgl. Art. 46 KVG).

Abs. 3

Art. 9 Abs. 3 des Entwurfs entspricht exakt Art. 9 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes. Die bisherigen Delegationsmöglichkeiten werden beibehalten.

Art. 10 *d. Sicherheits- und Justizdepartement*

Das Sicherheits- und Justizdepartement ist im gegenwärtigen Gesundheitsgesetz nicht erwähnt. Gemäss Art. 3 Abs. 1 Bst. f Ziff. 8 der Ausführungsbestimmungen über die Aufgaben und Gliederung der Departemente vom 4. Juni 2002 (GDB 133.111) verfügt das dem Sicherheits- und Justizdepartement angehörende Sozialamt jedoch über eine Fachstelle für Gesellschaftsfragen, welche sich mit der Gesundheitsförderung und mit der Suchtberatung, der Jugend- und Familienberatung sowie mit der Ehe- und Lebensberatung befasst. Dementsprechend verfügt auch das Sicherheits- und Justizdepartement über gewisse Kompetenzen im Bereich des Gesundheitswesens. Aufgrund dessen soll in Art. 10 des Entwurfs ausdrücklich festgehalten werden, dass es Massnahmen und Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention initiiert, unterstützt und koordiniert und überdies die Fachstelle für Gesellschaftsfragen führt.

Art. 11 *e. Volkswirtschaftsdepartement*

Das Volkswirtschaftsdepartement findet im geltenden Gesundheitsgesetz ebenfalls keine Erwähnung. Gemäss Art. 4 Abs. 1 Bst. c Ziff. 7 der Ausführungsbestimmungen über die Aufgaben und Gliederung der Departemente ist das dem Volkswirtschaftsdepartement angegliederte Amt für Arbeit jedoch auch für die Gewährleistung des Schutzes vor Passivrauchen zuständig und ist diesbezüglich für die Sicherstellung eines einheitlichen Vollzugs verantwortlich (vgl. Art. 2 Ausführungsbestimmungen zum Bundesgesetz über das Passivrauchen vom 9. Februar 2010 [GDB 812.111]). Deshalb soll in Art. 11 des Entwurfs explizit geregelt werden, dass das Volkswirtschaftsdepartement für einen einheitlichen Vollzug des Nichtraucherschutzes mittels Richtlinien zu sorgen hat.

Art. 12 f. *Spitalrat*

Abs. 1

Ein Blick in die Regelungen der übrigen Kantone zeigt, dass der Begriff „*Aufsichtskommission*“ mittlerweile nicht mehr zeitgemäss ist. Der Begriff „*Spitalrat*“ wird von diversen Kantonen verwendet, weshalb die bisherige Aufsichtskommission neu als Spitalrat bezeichnet werden soll.

Abs. 1 Bst. a

Diese Bestimmung wurde aus dem geltenden Gesundheitsgesetz (Art. 10 Abs. 1 Bst. a) übernommen.

Abs. 1 Bst. b

Der Spitalrat soll in Zukunft ausdrücklich vom Kantonsrat zu den Leistungsaufträgen vorgängig angehört werden. Ansonsten erfährt die betreffende Bestimmung (Art. 10 Abs. 1 Bst. b Gesundheitsgesetz) inhaltlich keine Änderungen.

Abs. 1 Bst. c

Art. 12 Abs. 1 Bst. c des Entwurfs entspricht inhaltlich weitgehend Art. 10 Abs. 1 Bst. d des Gesundheitsgesetzes. Es wird jedoch einerseits präzisiert, dass die Genehmigung des Finanzplans auch die Investitionsplanung für Spitalbauten und Betriebseinrichtungen über zehn Jahre umfasst. Andererseits sind neu die Begriffe „*jährlicher leistungsbezogener Kredit*“ (nicht mehr „*Globalkredit*“) sowie „*Detailbudget*“ (nicht mehr „*Detailvoranschlag*“) zu verwenden.

Abs. 1 Bst. d

Da die Spitalverordnung aufgehoben werden soll, wird Art. 8 Bst. a der Spitalverordnung, die dem Spitalrat die Beschlussfassung über die Verwendung spitaleigener Fonds, sofern die Reglemente nicht andere Organe dafür vorsehen, und die Verwendung von Zuwendungen zuweist, unverändert in Art. 12 Abs. 1 Bst. d des Entwurfs überführt.

Abs. 1 Bst. e

Die Bestimmung basiert auf Art. 8 Bst. b der Spitalverordnung, wonach der Spitalrat Projekte von Um- und Neubauten im Zusammenhang mit dem Kantonsspital begutachtet. Diese bisherige Mitwirkungsmöglichkeit des Spitalrats erweist sich aufgrund dessen, dass das Kantonsspital im Bereich der Um- und Neubauten von Spitalbauten zwecks Wahrung seiner Autonomie und Flexibilität massgeblich mitentscheiden soll, als ungenügend. Aufgrund dessen ist neu vorgesehen, dass der Spitalrat dem Regierungsrat den (in aller Regel dem Kantonsrat vorbehaltenen) Entscheid über Um- und Neubauvorhaben bei Spitalliegenschaften ausdrücklich beantragt. Soweit er im Rahmen seiner Reserven bauliche Massnahmen treffen möchte, steht der entsprechende Entscheid, im Einvernehmen mit dem Regierungsrat, dem Spitalrat selber zu (vgl. Ausführungen zu Art. 7 Abs. 1 Bst. c und Art. 8 Abs. 1 Bst. c Entwurf).

Abs. 1 Bst. f

Art. 12 Abs. 1 Bst. f des Entwurfs entspricht weitgehend Art. 8 Bst. e der Spitalverordnung. Demnach ist der Spitalrat für die Festlegung des Stellenplans im Rahmen des „*Detailbudgets*“ (der Begriff des „*Detailvoranschlags*“ wird aufgegeben) zuständig.

Abs. 1 Bst. g

Neu soll der Spitalrat lediglich mit der Anstellung des Spitaldirektors bzw. der Spitaldirektorin sowie der Chefärzte und -ärztinnen betraut werden. Die leitenden Ärzte und Ärztinnen, die Beleg- und Konsiliarärzte und -ärztinnen sowie der Leiter oder die Leiterin des Pflegediensts, werden nicht mehr wie bisher durch den Spitalrat (Art. 10 Abs. 1 Bst. e Gesundheitsgesetz), sondern durch die Geschäftsleitung angestellt.

Mit der neuen Regelung wird dennoch sichergestellt, dass die oberste Führungsebene des Kantonsspitals durch den Spitalrat angestellt wird.

Abs. 1 Bst. h

Der Spitalrat kann inskünftig den Vizepräsidenten bzw. die Vizepräsidentin und den Sekretär bzw. die Sekretärin des Kantonsspitals bezeichnen.

Die Wahl des Vizepräsidenten bzw. der Vizepräsidentin und des Sekretärs bzw. der Sekretärin des Spitalrats des Kantonsspitals steht dem Spitalrat bereits heute aufgrund Art. 8 Bst. f der Spitalverordnung zu. Diese Regelung soll neu ins Gesundheitsgesetz überführt werden.

Abs. 1 Bst. i

Die Regelung zur Festlegung der generellen Anstellungsbedingungen entspricht Art. 8 Bst. g der Spitalverordnung. Es wurden keine inhaltlichen Änderungen vorgenommen.

Abs. 1 Bst. k

Der Abschluss der Leistungsvereinbarung mit dem Kanton bleibt identisch mit Art. 10 Abs. 1 Bst. g des Gesundheitsgesetzes.

Abs. 1 Bst. l

Der Spitalrat soll, wie bis anhin, für die Festlegung und Veröffentlichung der Taxen des Kantonsspitals zuständig sein (vgl. Art. 10 Abs. 1 Bst. h Gesundheitsgesetz). Auf die Genehmigung der Taxen im *überobligatorischen* Bereich durch den Regierungsrat soll inskünftig verzichtet werden. Der Regierungsrat möchte dem Spitalrat die dafür nötige Autonomie belassen. Es ist davon auszugehen, dass das Kantonsspital an einer Festlegung von Taxen in einer angemessenen Höhe selber massgeblich interessiert ist, weshalb sich eine Kontrolle durch den Regierungsrat nicht als notwendig erweist. Die Genehmigung der Taxen im Bereich der *obligatorischen* Krankenversicherung durch den Regierungsrat ergibt sich bereits aus Art. 46 KVG.

Zudem wird Art. 8 Bst. c der Spitalverordnung, wonach dem Spitalrat der Abschluss von Verträgen mit Krankenkassen, der Medizinaltarif-Kommission Unfallversicherungsgesetz, der Eidgenössischen Militärversicherung und der Invalidenversicherung obliegt, in Art. 12 Abs. 1 Bst. l des Entwurfs überführt.

Abs. 1 Bst. m

Der Spitalrat soll inskünftig zum Erlass eines Organisations- und Geschäftsreglements ermächtigt werden. Gemäss der bisherigen Rechtslage war er lediglich zum Erlass eines Geschäftsreglements berechtigt (vgl. Art. 10 Abs. 1 Bst. k Gesundheitsgesetz). Das Organisations- und Geschäftsreglement ist in der Gesetzessammlung des Kantons Obwalden zu veröffentlichen.

Abs. 1 Bst. n

Der Spitalrat kann gemäss Art. 12 Abs. 1 Bst. n des Entwurfs inskünftig in eigener Kompetenz Zusammenarbeitsverträge mit anderen Spitälern, weiteren Leistungserbringern sowie mit Dritten abschliessen.

Diese Kompetenz kam bis anhin dem Regierungsrat zu (vgl. Art. 8 Bst. m Gesundheitsgesetz), wobei dieser lediglich mit anderen Spitälern entsprechende Zusammenarbeitsverträge abschliessen konnte. Er delegierte diese Befugnis im Jahr 2009 an das Finanzdepartement.

Damit das Kantonsspital inskünftig umfassendere Möglichkeiten zur Eingehung von Allianzen verfügt, soll der Spitalrat neu auch mit weiteren Leistungserbringern sowie mit Dritten solche Verträge abschliessen können. Sofern das Kantonsspital weitreichende Allianzen und Kooperationen anstrebt, bedarf dies aber nach wie vor der Genehmigung durch den Regierungsrat. Die detaillierten Erläuterungen folgen in den Ausführungen zu Art. 24 des Entwurfs.

Abs. 1 Bst. o

Dem Spitalrat obliegt die Festlegung der Grundsätze des Rechnungswesens. Diese Kompetenz kommt ihm bereits gegenwärtig aufgrund von Art. 8 Bst. h der Spitalverordnung zu.

Abs. 1 Bst. p

Die Antragstellung zur Wahl der Revisionsstelle des Kantonsspitals wird unverändert von Art. 10 Abs. 1 Bst. i des aktuellen Gesundheitsgesetzes übernommen.

Aufgehoben

Art. 10 Abs. 1 Bst. c des geltenden Gesundheitsgesetzes (Organisation der Spitalleitung) kann entfallen, da sie im Rahmen des Organisations- und Geschäftsreglements (Art. 12 Abs. 1 Bst. m) geregelt werden kann.

Art. 10 Abs. 1 Bst. f des Gesundheitsgesetzes (Antragsstellung für die Bewilligung und Regelung der privatärztlichen Tätigkeit am Kantonsspital sowie die Regelung der Entschädigung an das Kantonsspital für die Inanspruchnahme von Personal, Räumlichkeiten, Einrichtungen, Verbandsmaterial und dergleichen) wird gestrichen, da dies ebenfalls im Rahmen des Organisations- und Geschäftsreglements geregelt werden soll.

Abs. 2

Art. 12 Abs. 2 besagt, dass auch Personen, die nicht im Kanton Obwalden leben, als Mitglieder oder als Präsident resp. Präsidentin des Spitalrats gewählt werden können.

Die Bestimmung wurde einerseits redaktionell überarbeitet („*Wahl von Mitgliedern*“ und nicht mehr „*Berufung von Mitgliedern*“ [vgl. Art. 10 Abs. 2 Gesundheitsgesetz]).

Zudem wurde die Passage in Art. 10 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes, wonach der Regierungsrat die Entschädigung des Präsidiums festlegt, weggelassen und in Art. 8 Abs. 1 Bst. g des Entwurfs integriert.

Art. 13 *h. Spitaldirektion*

Abs. 1 und 3

Die Tätigkeit der Spitaldirektion gemäss Art. 13 Abs. 1 und 3 des Entwurfs wurden unverändert von Art. 10a Abs. 1 und 3 des Gesundheitsgesetzes übernommen.

Abs. 2

Da die Spitalverordnung aufgehoben werden soll, werden die Aufgaben der Spitaldirektion aus Art. 12 des betreffenden Erlasses in Art. 13 Abs. 2 des Entwurfs integriert.

Art. 14 *i. Revisionsstelle des Kantonsspitals*

Abs. 1

Neu soll auch die Revisionsstelle des Kantonsspitals, als dessen Organ, im revidierten Gesundheitsgesetz Erwähnung finden. Zentral ist, dass sie den Anforderungen gemäss Art. 727 des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs (Fünfter Teil: Obligationenrecht) vom 30. März 1991 (OR; SR 220) zu entsprechen hat. Sie hat die Rechnung des Kantonsspitals jährlich nach den gesetzlichen Vorschriften und den anerkannten schweizerischen Revisionsgrundsätzen zu prüfen.

Abs. 2

Die Revisionsstelle ist verpflichtet, dem Spitalrat Bericht und Antrag zuhanden des Regierungsrats zu erstatten. Dies wird bereits heute so gehandhabt.

Abs. 3

Die internen und externen Berichte der Revisionsstelle sind der Finanzkontrolle des Kantons zuzustellen. Dies wird ebenfalls bereits heute so gehandhabt.

Art. 15 *k. Kantonsarzt bzw. Kantonsärztin*

Abs. 1

Abs. 1 Bst. a, b, c, d, h

Die Aufgaben des Kantonsarztes aus dem gelten Gesundheitsgesetz (Art. 11 Abs. 1 Bst. a bis e Gesundheitsgesetz) bleiben weiterhin bestehen.

Abs. 1 Bst. e, f, g

Neu soll ausdrücklich festgehalten werden, dass der Kantonsarzt bzw. die Kantonsärztin ausserdem mit der Ergreifung und Anordnung von Massnahmen gegen übertragbare Krankheiten (Art. 15 Abs. 1 Bst. e Entwurf), der Erfüllung von amtsärztlichen Aufgaben zugunsten der Strafverfolgungs-, Gerichts- und Verwaltungsbehörden (Art. 15 Abs. 1 Bst. f Entwurf) sowie der Gesundheitsförderung und der Prävention (Art. 15 Abs. 1 Bst. g Entwurf) betraut ist. Diese Aufgaben erfüllt er, auch ohne entsprechende gesetzliche Regelung, bereits seit Jahren.

An dieser Stelle soll überdies darauf hingewiesen werden, dass der Kantonsarzt bzw. die Kantonsärztin – neben den in Art. 15 Abs. 1 des Entwurfs enthaltenen Kompetenzen – noch weitere Aufgaben erfüllt. So gestaltet er die Entwicklung der öffentlichen Gesundheit im Kanton Obwalden mit und leistet wertvolle Arbeit im Bereich der Erarbeitung von Gesetzesentwürfen oder Verordnungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens. Des Weiteren wirkt er in verschiedenen Gremien mit und fördert den gegenseitigen Austausch und die Koordination im Gesundheitsbereich. Es können nicht sämtliche dieser Aufgaben auf Gesetzesstufe festgehalten werden, weshalb in Art. 15 Abs. 1 Bst. h des Entwurfs für die weitergehenden Aufgaben auf das Pflichtenheft des Kantonsarztes bzw. der Kantonsärztin verwiesen wird.

Abs. 2

Der Kantonsarzt bzw. die Kantonsärztin soll neu ermächtigt werden, die Durchführung von Inspektionen von Praxen sowie Betrieben der Gesundheitsfachpersonen zur Sicherstellung der Hygiene durch den Kantonsapotheker bzw. die Kantonsapothekerin vornehmen zu lassen. Dies ist insbesondere deshalb gerechtfertigt, da Letztere ohnehin für die Kontrolle von Betrieben für die Herstellung, den Verkehr und die Abgabe von Heilmitteln zuständig ist. Damit können Doppelspurigkeiten vermieden und Synergien genutzt werden. Des Weiteren hat dies geringere Kosten zur Folge.

Art. 16 *l. Kantonstierarzt bzw. Kantonstierärztin*

Abs. 1

Die bestehende Regelung in Art. 11 des Gesundheitsgesetzes erweist sich immer noch als zeitgemäss und bedarf aufgrund dessen keiner inhaltlichen Änderungen. Die Aufgaben des Kantonstierarztes bzw. der Kantonstierärztin richten sich im Einzelnen insbesondere nach Art. 3 des Veterinärgesetzes vom 2. Dezember 2010 (GDB 818.1):

- Sicherstellung der fachgerechten Betreuung von Findelkindern,
- Führung der Meldestelle für Vorfälle mit Hunden,
- Bestimmung der Personen für die Ermittlung des Schlachtgewichts,
- Erteilung von Bewilligungen für die Haltung geschützter Tiere, soweit nicht die Jagdbehörde zuständig ist.
- Anordnung von Massnahmen zur Verhinderung des Fuchsbestandes und Impfkationen bei Füchsen bei Tollwut sowie Anordnung von Massnahmen zur Reduktion der Wildkaninchenbestände bei Myxomatose,
- Genehmigung von Wasenplätzen nach Rücksprache mit dem Amt für Landwirtschaft und Umwelt,
- Leitung der kantonalen Fachstelle gemäss Art. 33 des Tierschutzgesetzes vom 16. Dezember 2005 (TSchG; SR 455).
- Abgabe einer Stellungnahme im Rahmen von Baubewilligungsverfahren, welche die Errichtung oder die Änderung von Bauten zur Haltung von Nutztieren erfordern.

Abs. 2

Gemäss Art. 27 Abs. 1 des Veterinärgesetzes werden die Bestimmungen der Gesundheitsgesetzgebung zur Ausübung von Berufen im Bereich der Tierheilkunde vom Kantonstierarzt oder von der Kantonstierärztin vollzogen. Diese Bestimmung soll neu – in sinngemässer Weise – in Art. 16 Abs. 2 des Entwurfs festgehalten werden. Sämtliche dem Finanzdepartement gemäss Art. 31 bis Art. 36 und Art. 73 bis Art. 76 des Entwurfs zukommenden Kompetenzen werden im Bereich der Tiergesundheitsberufe somit durch den Kantonstierarzt bzw. die Kantonstierärztin wahrgenommen.

Abs. 3

Art. 16 Abs. 3 des Entwurfs hält fest, dass die Aufgaben des Kantonstierarztes bzw. der Kantonstierärztin vom Laboratorium der Urkantone erfüllt werden (vgl. Art. 3 Abs. 1 Veterinärgesetz).

Art. 17 *m. Kantonsapotheker bzw. Kantonsapothekerin*

Art. 17 des Entwurfs entspricht nahezu unverändert der Regelung in Art. 13 des geltenden Gesundheitsgesetzes. Es wurden weder Kompetenzen gestrichen noch neue Aufgaben vorgesehen.

Art. 17 Abs. 1 Bst. f des Entwurfs wurde lediglich dahin gehend konkretisiert, dass der Kantonsapotheker bzw. die Kantonsapothekerin weitere ihm bzw. ihr aufgrund der eidgenössischen und der kantonalen Gesetzgebung oder im Rahmen des Pflichtenhefts übertragene, „*unmittelbar mit dem Vollzug des Heilmittelrechts in Zusammenhang stehende*“ Aufgaben wahrnimmt. Durch diese Präzisierung soll sichergestellt werden, dass der Kantonsapotheker bzw. die Kantonsapothekerin lediglich jene Kompetenzen inne hat, die sich aus der Heilmittelgesetzgebung ergeben.

Art. 18 *n. Kantonszahnarzt bzw. Kantonszahnärztin*

Art. 13a des Gesundheitsgesetzes wurde ohne erhebliche Anpassungen in Art. 18 des Entwurfs übernommen. Anstatt der Terminologie „*kantonaler Schulzahnarzt bzw. kantonale Schulzahnärztin*“ wird neu die Begrifflichkeit „*Kantonszahnarzt bzw. Kantonszahnärztin*“ verwendet. Dies rechtfertigt sich aufgrund dessen, dass sich der Fokus in Einzelfällen auf weitere Bevölkerungsschichten, insbesondere betagte Personen, ausweitet. Die Tätigkeiten gehen damit auch über den Schulgesundheitsbereich hinaus. Die Kantone Aargau, Luzern, Uri und Zug verwenden ebenfalls diesen Terminus.

Art. 19 *o. Rettungsdienste*

Abs. 1

Neu sollen auch die Rettungsdienste einen Artikel im revidierten Gesundheitsgesetz erhalten. Der Kanton ist für die Sicherstellung der Rettung verunfallter, kranker oder sich in Gefahr befindender Personen zuständig. Ihm obliegen einerseits die Koordination der Leistungsangebote und andererseits die Beaufsichtigung der Leistungserbringung.

Abs. 2

Zwecks Gewährleistung eines funktionierenden Rettungsdiensts erteilt der Regierungsrat dem Kantonsspital, oder anderen geeigneten Institutionen oder Organisationen des Gesundheitswesens, Leistungsaufträge.

Art. 20 *Gemeindeorgane*
a. Einwohnergemeinderat

Art. 14 des geltenden Gesundheitsgesetzes erweist sich immer noch als zeitgemäss und wird in Art. 20 des Entwurfs in unveränderter Form übernommen.

Art. 21 *b. Gemeindearzt bzw. Gemeindeärztin*

Abs. 1 und 2

Der Gemeindearzt bzw. die Gemeindeärztin soll nicht nur für die Gesundheitsförderung zuständig sein, sondern auch die Gesundheitsprävention auf dem Gemeindegebiet fördern. Zusätzlich soll neu betont werden, dass die Gemeindeärzte bzw. Gemeindeärztinnen diese Aufgaben stets in Zusammenarbeit mit dem Kantonsarzt bzw. der Kantonsärztin wahrnehmen. In Abs. 2 erfolgte keine Änderung.

Abs. 3

Im geltenden Gesundheitsgesetz (Art. 15 Abs. 3) ist festgehalten, dass die Gemeindeärztinnen und Gemeindeärzte für die Durchführung der Haltungskontrollen in der Primarschule und die Gesundheitsberatungen verantwortlich sind. Neu sollen diese Aufgaben in Zusammenhang mit dem Schulgesundheitsdienst allgemeiner formuliert werden, da sich die Ausgestaltung dieser Untersuchungen aufgrund von neuen Erkenntnissen ändern kann. Die Aufgaben der Gemeindeärzte und -ärztinnen sollen sich dementsprechend an den gemäss Art. 8 Abs. 1 Bst. m des Entwurfs erlassenen Ausführungsbestimmungen über den Schulgesundheitsdienst richten.

3. Kantonsspital, Heime, Kliniken und Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause; Organisation und Zuständigkeit

3.1. Kantonsspital

Art. 22 *Grundversorgung*

Art. 22 Abs. 1 des Entwurfs basiert weitgehend auf Art. 16 des Gesundheitsgesetzes. Es wurden jedoch drei Präzisierungen bzw. Ergänzungen vorgenommen, welche die veränderten Realitäten seit der letzten Anpassung des Artikels im Jahre 2005 wiedergeben.

Neu soll einerseits festgehalten werden, dass das Kantonsspital „*mindestens folgende Abteilungen führt*“. Damit soll klargestellt werden, dass die Aufzählung der verschiedenen Abteilungen des Kantonsspitals nicht als abschliessend zu verstehen ist, sondern auch weitere Abteilungen vorgesehen werden können, sofern ein entsprechender Bedarf dafür besteht und der Kantonsrat als zuständiges Gremium zur Verabschiedung des Leistungsauftrags entsprechende Anträge gutheissen würde.

Zweitens wird wie bereits erwähnt, aktuell in einem Vorprojekt abgeklärt, ob die gemeinsame Psychiatrie Obwalden/Nidwalden inskünftig im Rahmen eines Betreibermodells geführt werden könnte, weshalb die „*Psychiatrie*“ in Art. 22 des Entwurfs nicht mehr als eigene Abteilung des Kantonsspitals zu erwähnen ist.

Drittens soll die Standortsicherung inskünftig nicht nur durch die Zusammenarbeit mit den „*Kantonsspitalern Nidwalden und Luzern sowie anderen Spitälern*“, sondern auch durch Kooperationen mit „*weiteren Leistungserbringern sowie mit Dritten*“ gewährleistet werden.

Bezüglich Akutspital orientiert sich Nidwalden vermehrt nach Luzern, da diese beiden Kantonsspitäler die LUNIS-Spitalregion bilden. So wurden bis 2014 alle Zusammenarbeitsverträge zwischen Obwalden und Nidwalden aufgelöst. Da das Kantonsspital Obwalden inzwischen die kritische Grösse überschritten hat, bedeuten diese Veränderungen für den Betrieb und Erhalt des Kantonsspitals keine Nachteile. Trotzdem ist das Kantonsspital Obwalden auf Zusammenarbeiten mit weiteren Leistungserbringern und Dritten angewiesen.

Art. 24 des Entwurfs hält fest, in welchem Rahmen das Kantonsspital diese Zusammenarbeiten frei gestalten kann resp. wann die Genehmigung durch den Regierungsrat notwendig ist.

Art. 23 *Rechtsform und Aufgabenerfüllung*

Abs. 1

Art. 23 Abs. 1 des Entwurfs entspricht inhaltlich exakt Art. 2 der Spitalverordnung, wonach das Kantonsspital eine öffentlich-rechtliche Anstalt ohne eigene Rechtspersönlichkeit darstellt.

Abs. 2 und 3

Das Kantonsspital wird nach den Grundsätzen der neuen Verwaltungsführung (New Public Management) geführt. Dem Regierungsrat kommt wie bisher die Kompetenz zu, die entsprechenden Vorschriften zu erlassen (Art. 8 Bst. n Gesundheitsgesetz).

Art. 24 *Unternehmerische Tätigkeit*

Abs. 1 und 2

Damit die Existenz des Kantonsspitals in einem wettbewerbsorientierten Gesundheitsmarkt gewährleistet werden kann, sind bedarfsgerechte Handlungsfähigkeiten sowie die Fähigkeit, ein verlässlicher und rasch entscheidungsfähiger Partner zu sein, von grosser Bedeutung. Inskünftig ist es entscheidend, in Kooperation mit weiteren Leistungserbringern, die gesamte Behandlungskette einer Patientin bzw. eines Patienten abzudecken und integrale Angebote zu offerieren. Infrage kommen etwa die Kooperation mit Partnerspitälern, die Bildung von wirtschaftlich integrierten Behandlungsketten bzw. -netzen oder die Kooperation mit privaten Unternehmen im Bereich der Forschung oder die Erweiterung des Geschäftsbereichs.

Das Spital ist befugt, seine Dienstleistungen ausserkantonalen Institutionen oder Einzelpersonen anzubieten, mit Dritten zusammenzuarbeiten und sich mit Dritten zu Organisationseinheiten zusammenzuschliessen und gemeinsame Dienstleistungsbetriebe zu führen. In diesem Bereich ist keine Zustimmung von kantonalen Behörden erforderlich. Der Kanton Appenzell-Innerrhoden, dessen Kantonsspital ebenfalls die Rechtsform einer unselbstständigen öffentlich-rechtlichen Anstalt hat, verfügt über eine analoge Regelung (vgl. Art. 4 Verordnung über das Spital und Pflegeheim Appenzell vom 23. Juni 2003 [Spitalverordnung, SpitV; 810.010]).

Abs. 3

Da es sich beim Kantonsspital Obwalden aber nach wie vor um eine unselbstständige öffentlich-rechtliche Anstalt handelt, ist das Ausmass von dessen unternehmerischer Tätigkeit sachgerecht zu begrenzen. Sofern das Kantonsspital Allianzen und Kooperationen anstrebt, welche die Tragweite von Art. 24 Abs. 1 und 2 des Entwurfs überschreiten, oder das Führenlassen von Betriebszweigen des Kantonsspitals durch Dritte zur Debatte steht, bedarf dies der Genehmigung durch den Regierungsrat.

Abs. 4

Das Kantonsspital soll inskünftig bauliche und anderweitige Projekte aus eigenen Mitteln ohne Beanspruchung des Kantonsrats – aber bei baulichen Tätigkeiten im Einvernehmen mit dem Regierungsrat (vgl. Ausführungen zu Art. 7 Abs. 1 Bst. c Entwurf) – realisieren können. Art. 24 Abs. 4 des Entwurfs hält dazu fest, dass Gewinne primär für strategierelevante Projekte einzusetzen sind, sofern dafür ein Bedarf ausgewiesen ist. Durch diese Regelung erhält das Kantonsspital die Möglichkeit, kleinere und dringliche Projekte (Bauprojekte sowie andere Projekte) relativ rasch und in eigener Kompetenz zu realisieren. Damit erhöht sich seine Handlungsfähigkeit im Bereich der Tätigkeit von Investitionen erheblich.

Art. 25 *Dienstverhältnis*

Art. 25 des Entwurfs ist identisch mit Art. 4a der Spitalverordnung.

Art. 26 *Rechtsverhältnis und Haftung*

Abs. 1

Es wird neu festgehalten, dass sich das Rechtsverhältnis zwischen dem Kantonsspital und den Patientinnen und Patienten nach dem öffentlichen Recht richtet. Diese Bestimmung war in der Spitalverordnung noch nicht enthalten, findet sich jedoch in zahlreichen Spitalgesetzen anderer Kantone und entspricht auch der langjährigen Praxis des Verwaltungsgerichts (vgl. VVGE 2009 und 2010, Anhang, S. 223 ff., S. 232; VVGE 1981 und 1982, Nr. 41, E. 2 und 3).

Abs. 2

Da das Kantonsspital eine unselbstständige öffentlich-rechtliche Anstalt, ohne eigene Rechtspersönlichkeit ist, haftet der Kanton für deren Verbindlichkeiten sowie für Dritten zugefügten Schaden nach dem kantonalen Haftungsgesetz vom 24. September 1989 (HG; GDB 130.3).

Art. 27 *Ergänzende Vorschriften*

Wie bereits erwähnt, werden im Gesundheitsgesetz lediglich die zentralen Organe sowie die wichtigsten Grundsätze für das Kantonsspital festgelegt. Die übrigen Bestimmungen hat der Spitalrat durch ein entsprechendes Organisations- und Betriebsreglement festzulegen. Dabei soll er sich jedoch an den Regelungen in der Spitalverordnung orientieren. Das entsprechende Reglement ist in der Gesetzessammlung des Kantons Obwalden zu veröffentlichen.

Diese Regelung erweist sich als sachgerecht. Auch der Bankrat der Obwaldner Kantonalbank ist zur Festlegung der Organisation und zum Erlass eines Organisationsreglements ermächtigt (vgl. Art. 12 Abs. 2 Bst. b Gesetz über die Obwaldner Kantonalbank vom 27. Januar 2006 [Kantonalbankengesetz; GDB 661.1]). Das Gleiche gilt für den Verwaltungsrat des Elektrizitätswerks Obwalden (vgl. Art. 13 Abs. 2 Bst. b Gesetz über das Elektrizitätswerk Obwalden vom 22. September 2004 [GDB 663.1]). Der Hinweis auf die OKB und das EWO erfolgt an dieser Stelle deshalb, weil es sich bei diesen, genau wie beim Kantonsspital, um öffentlich-rechtliche Anstalten handelt.

Aufgehoben: *Art. 20 bisheriges GG (Engelberger Patienten im Kantonsspital Stans)*

Gemäss Kantonsratsbeschluss über die Genehmigung des Spitalabkommens mit dem Kanton Nidwalden über die Behandlung von Engelberger Patientinnen und Patienten im Kantonsspital Nidwalden (Spitalabkommen Engelberg) vom 21. März 1997 (GDB 832.12) steht den Patientinnen und Patienten mit zivilrechtlichem Wohnsitz in Engelberg das ganze Leistungsangebot des Kantonsspitals Nidwalden zur Verfügung. Entsprechend wurde das Kantonsspital Nidwalden im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 auf die Spitalliste Obwalden aufgenommen und Art. 20 des bisherigen Gesundheitsgesetzes nicht mehr notwendig.

3.2. Pflege- und Betagtenheime

Mit der am 1. Januar 2011 in Kraft getretenen neuen Pflegefinanzierung wurden in einem Mantelerlass (Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008; AS 2009, 3517) verschiedene Gesetze und Verordnungen auf Bundesebene geändert und die Kantone mit der Umsetzung beauftragt.

Art. 28 *Pflegeleistungen*

Abs. 1

Vor der Neuordnung der Pflegefinanzierung handelten die Krankenkassen und die Pflegeheime die Tarife für die Pflegeleistungen jeweils untereinander aus. Die Restfinanzierung oblag den Pflegeempfängern bzw. -empfängerinnen. Seit der neuen Pflegefinanzierung sind die Beiträge der Krankenkassen und der Pflegeempfänger resp. Pflegeempfängerinnen gesetzlich fixiert. Die Übernahme der Restkosten obliegt der öffentlichen Hand (vgl. Art. 25a KVG).

Gemäss geltender kantonomer Regelung haben in Obwalden die Gemeinden für die Restkostenfinanzierung aufzukommen (Art. 22 und Art. 22b Gesundheitsgesetz). Die bereits erwähnte Arbeitsgruppe Analyse der Versorgungskette im Pflegebereich wird sich ab 2015 detailliert mit

den finanziellen Belangen der Pflegekette auseinandersetzen und Vergleiche zwischen den Belastungen der Einwohnergemeinden und dem Kanton anstellen. Mindestens bis zum Vorliegen dieser Resultate werden die bestehenden Kostenverteiler (Kanton: Spitalfinanzierung; Einwohnergemeinden: Pflegefinanzierung) nicht geändert.

Die Bestimmungen in Art. 28 Abs. 1 Entwurf werden jedoch präziser an übergeordnetes Bundesrecht zur Neuordnung der Pflegefinanzierung angelegt.

Dies betrifft u.a. die in Art. 22 des geltenden Gesundheitsgesetzes festgehaltene Regelung, wonach sich die Einwohnergemeinden an „den durch die erhobenen Taxen nicht gedeckten pflegebedingten Mehraufwendungen (...) in anerkannten Betagtenheimen im Kanton“ beteiligen. Diese Bestimmung führte in der Vergangenheit zu Missverständnissen. Sind für Patientinnen und Patienten nach einem Spitalaufenthalt keine Pflegeheimplätze frei, verbleiben sie trotz fehlender Spitalindikation im Akutspital. Die Einwohnergemeinden leiteten aus der Formulierung in Art. 22 des Gesundheitsgesetzes ab, dass sie für die Finanzierung der Restkosten gemäss KVG nur bei Aufhalten in vom Kanton anerkannten *Pflegeheimen*, nicht aber für pflegebedürftige Patienten und Patientinnen *im Akutspital*, zuständig sind.

Um Klarheit zu schaffen, wird die Formulierung in Art. 28 Abs. 1 Entwurf den übergeordneten Bestimmungen des KVG angepasst. Gemäss Art. 49 Abs. 4 KVG richtet sich die Vergütung nach dem Spitaltarif, solange die Patientin oder der Patient nach medizinischer Indikation im Spital gepflegt und betreut wird. Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, so kommt für die Pflege und Betreuung, trotz Aufenthalt im Spital, der Pflegeheimtarif gemäss Art. 50 KVG zur Anwendung. Dies bedeutet, dass die Einwohnergemeinden – unabhängig vom Aufenthaltsort von pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten – die Restkosten der Pflege finanzieren müssen.

Der Regierungsrat hat mit Beschluss vom 12. August 2013 (Nr. 41) eingewilligt, die Leistungsvereinbarung des Kantonsspitals Obwalden für entsprechende Fälle für die Jahre 2013 und 2014 anzupassen. Demnach beteiligt sich der Kanton an der Restfinanzierung gemäss Art. 25a KVG im Kantonsspital und die Einwohnergemeinden müssen den gleichen Beitrag wie bei einem Aufenthalt im teuersten Pflegeheim des Kantons übernehmen. Der Regierungsrat hat bereits bei der Verabschiedung des Beschlusses erwähnt, dass es sich um einen vorübergehenden Kompromiss handelt. In Zukunft haben die Einwohnergemeinden die Kosten für Patientinnen und Patienten im Spital ohne entsprechende Indikation gemäss Art. 25a KVG alleine zu tragen.

Gemäss Art. 22 des geltenden des Gesundheitsgesetzes haben die Einwohnergemeinden die Restkosten für „*anerkannte*“ Heime zu tragen.

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung hält fest, dass Pflegeheimen ein Anspruch auf Abgeltung ihrer Leistungen bei der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) entsteht, wenn sie auf der Pflegeheimliste des Kantons aufgeführt sind (vgl. Ausführungen zu Art. 8 Abs. 1 Bst. n Entwurf). Die Einwohnergemeinden haben folglich auch nur für pflegedürftige Personen in diesen Institutionen die Restkosten zu übernehmen.

In Art. 28 Abs. 1 des neuen Gesundheitsgesetzes ist deshalb in Anlehnung an übergeordnetes Bundesrecht nicht mehr von „*anerkannten*“ Betagtenheimen zu sprechen, sondern eine Abstützung auf die Pflegeheimliste vorzunehmen.

Die Pflegeheimliste ist das Resultat einer vom KVG vorgeschriebenen Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung (Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG). Damit soll ein Mindestangebot an KVG-konformen Pflegeinstitutionen sichergestellt werden. Wie diese Planung zu erfolgen hat und die daraus folgende Pflegeheimliste zu gestalten ist, wird in Art. 58a bis Art. 58e KVV festgehalten. Bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebots haben die Kantone insbesondere die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, den Zugang für die Patientinnen und Patienten innert nützlicher Frist sowie die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags zu berücksichtigen. Die Planung hat für Pflegeheim-

me kapazitätsbezogen zu erfolgen.

Die kapazitätsbezogene Planung wurde im Kanton Obwalden letztmals Ende 2012 vorgenommen, indem das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (OBSAN) beauftragt wurde, die Bevölkerungsentwicklung und den Pflegeplatzbedarf für die Jahre 2010 bis 2035 zu analysieren.

In weiteren Belangen überlässt das KVG den Kantonen viel Umsetzungsspielraum, was die bedarfsgerechte Zulassung angeht. Es wird beispielsweise keine ausdrückliche Bettenzahl auf der kantonalen Pflegeheimliste verlangt.

So hält die Pflegeheimliste des Kantons Obwalden (GDB 851.221) die sieben Pflegeheime der Einwohnergemeinden und das Kurhaus am Sarnersee ohne Angabe einer Bettenzahl fest. Art. 22 des geltenden Gesundheitsgesetzes ist somit – soweit darin von der notwendigen Anzahl von Pflegeplätzen gesprochen wird – seit der am 1. Januar 2011 in Kraft getretenen neuen Pflegefinanzierung inhaltlich hinfällig geworden und aus Sicht des Regierungsrats auch nicht mehr zweckmässig. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung überlässt die Bereitstellung der genauen Pflegebettenzahl innerhalb der bedarfsmässigen Versorgung dem „Markt“: Die Vollkosten der Pflege werden im Rahmen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) den Versicherten zugesprochen und die Pflegeheime müssen sich selber aus den Taxeinnahmen finanzieren. Für die Pflegebedürftigen besteht eine freie Wahl unter sämtlichen auf den Pflegeheimlisten der Kantone aufgeführten Institutionen, analog der freien Spitalwahl. Eine genau definierte Bettenzahl widerspräche diesem Verständnis.

Die Arbeitsgruppe Analyse der Versorgungskette hat sich ebenfalls mit der Thematik beschäftigt und stützt die Ansicht, dass es keinen Sinn macht, die Zahl der in den kommenden Jahren nötigen Langzeitpflegebetten genau festzulegen.

Abs. 2

Seit der neuen Pflegefinanzierung per 1. Januar 2011 halten die Einwohnergemeinden des Kantons Obwalden die Grundsätze zur Beteiligung an den Pflegekosten in einem Reglement fest. Es wird darin beispielsweise die Höhe der Patientenbeteiligung und die Restfinanzierung der Gemeinde bei einem Aufenthalt in einem Pflegeheim ausserhalb des Kantons Obwalden geregelt. Die Regelung, wonach die Einwohnergemeinden die Grundsätze der Bestimmung des Restfinanzierungsbeitrags in einem identischen Reglement festlegen, soll neu auch in Art. 28 Abs. 2 des neuen Gesetzes festgehalten werden.

Es gilt dabei zu beachten, dass dieses Reglement nur die *Zuständigkeiten zwischen den Einwohnergemeinden* des Kantons Obwalden (innerkantonale Zuständigkeit) festlegen kann. Denn für Zuständigkeitsregelung *zwischen den Kantonen* (interkantonale Zuständigkeit) kommt Bundesrecht zur Anwendung (siehe Abs. 3).

Abs. 3

Bei der Bestimmung des zuständigen Kantons betreffend Restfinanzierung ist gemäss übergeordnetem Bundesrecht der zivilrechtliche Wohnsitz (Art. 23 Abs. 1 ZGB sowie Art. 13 Abs. 1 ATSG i.V.m. Art. 1 Abs. 1 KVG) der pflegebedürftigen Person massgebend. Mit einem freiwilligen Eintritt in ein Pflegeheim eines anderen Kantons ändert somit der zivilrechtliche Wohnsitz, weshalb die Zuständigkeit zur Finanzierung der Restkosten grundsätzlich beim neuen Wohnkanton liegt.

In der Praxis hat sich deshalb eingebürgert, dass die Pflegeheime zur Sicherstellung der Restkostenfinanzierung ausserkantonale Bewohnerinnen und Bewohner nur noch mit Kostengutsprachen aufnehmen. Damit wird verhindert, dass die Standortgemeinde des Pflegeheims die Restkosten für Personen aus anderen Kanton übernehmen muss.

Im neuen Gesundheitsgesetz soll diese Vorgehensweise auf Wunsch der Einwohnergemeinden in Art. 28 Abs. 3 festgehalten werden. Diese Formulierung haben auch die Kantone Luzern und Zürich in ihrer Gesetzgebung aufgenommen.

Aufgehoben: *Art. 21 Förderung der Betagtenbetreuung durch den Kanton*

Das Projekt „im Alter in Obwalden leben“ kam im Jahr 2007 aufgrund umfassender Analysen zum Schluss, dass es sinnvoller wäre, die vom Kanton ausgerichteten Baubeiträge zur Finanzierung von Ausbauten resp. der Schaffung von Pflegeheimplätzen durch Beiträge an Projekte zu ersetzen, welche die Anzahl Pflegeplätze im Kanton Obwalden möglichst tief halten.

Aufgrund dieser Überlegungen wurde vom Kantonsrat beschlossen, die Verordnung über Baubeiträge an Betagtenheime vom 24. Oktober 1991 (GDB 830.41) per 31. Dezember 2012 auslaufen zu lassen. Im Gegenzug wurde die im Projektbericht „Im Alter in Obwalden leben“ empfohlene Verordnung über die Förderung der Betagtenbetreuung vom Kantonsrat am 27. Juni 2008 (GDB 830.42) verabschiedet.

Mit dieser Verordnung sollte insbesondere das vom Projekt „im Alter in Obwalden leben“ festgestellte Problem der Übergangspflege gelöst werden.

Gemäss Art. 11 der Verordnung über die Förderung der Betagtenbetreuung beobachtet und analysiert der Regierungsrat die Entwicklungen in der Betagtenbetreuung in Zusammenarbeit mit den Einwohnergemeinden und erstattet darüber dem Kantonsrat erstmals fünf Jahre nach Inkrafttreten dieser Verordnung Bericht und Antrag für allfällige Massnahmen. Die Verordnung wurde vom Regierungsrat auf den 1. Juli 2008 in Kraft gesetzt und somit ist diese „Fünfjahresfrist“ am 1. Juli 2013 abgelaufen.

In den fünf Jahren wurde von den Einwohnergemeinden kein einziges Pilotprojekt eingereicht. Der Regierungsrat erachtet dafür zwei Ursachen als wahrscheinlich:

Einerseits wurde die Akut- und Übergangspflege mit der neuen Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 auf Bundesebene gelöst, womit der ursprüngliche Grund dieser Verordnung wegfiel. Andererseits bildete die Bestimmung, wonach ein Pilotprojekt vom Kanton nur unterstützt wird, wenn sich mindestens zwei Einwohnergemeinden finanziell beteiligen (Art. 3 Bst. a der Verordnung), anscheinend eine schwierige Voraussetzung.

Die Verordnung über die Förderung der Betagtenbetreuung soll aufgrund dieser Entwicklungen im Rahmen der Totalrevision des kantonalen Gesundheitsgesetzes aufgehoben werden.

Natürlich besteht nach wie vor ein Bedürfnis Projekte zu unterstützen, die einen positiven Einfluss auf die gesamte Versorgungskette im Pflegebereich haben. Hier wird es in Zukunft darum gehen, die vielfältigen Angebote und Informationen zu koordinieren. Was für den Kanton Obwalden fehlt, ist eine Stelle, bei der alle „Fäden“ zusammenlaufen. Diesem Bedürfnis kann mit Art. 5 Abs. 1 Bst. c nachgekommen werden, denn ausgehend von dieser Bestimmung wäre beispielsweise die Einrichtung einer kantonalen Koordinations- oder Anlaufstelle möglich.

3.3. Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause

Art. 29 *Beiträge des Kantons*

Abs. 1 bis 4

Die Gesetzgeber des Gesundheitsgesetzes vom 24. Oktober 1990 folgten dem Prinzip der klaren Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden. Dies führte dazu, dass insbesondere die ambulanten Dienste, wie Krankenpflege, Haushilfe, Familienhilfe, Beratung und Betagtenbetreuung, in die Verantwortung der Einwohnergemeinden gefallen sind.

Mit der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) wurde dieses Prinzip durchbrochen. Der Bund hatte bisher die Hauspflegeleistungen von Spitex-Organisationen gemäss Art. 101^{bis} des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 20. Dezember 1946 (AHVG; SR 831.10) direkt unterstützt. Mit der NFA wurden diese Aufgaben kantonalisiert. Der Regierungsrat hat damals festgestellt, dass es sich im Kanton Obwalden bei den Leistungen gemäss Art. 101^{bis} AHVG um reine Gemeindeaufgaben handelt. Um die Einwohnergemeinden in diesem Bereich nicht mit Mehrkosten zu

belasten, wurden aber die bisherigen Bundesaufgaben dem Kanton übertragen. Die Einwohnergemeinden wurden hingegen verpflichtet, eine Defizitdeckung für die öffentliche Spitex Obwalden zu gewähren.

Um die Beiträge des Kantons zu regeln, wurde im Gesundheitsgesetz deshalb im Jahre 2008 Art. 22a eingeführt. Die Bestimmungen von Art. 22a des geltenden Gesundheitsgesetzes werden ohne Veränderungen übernommen.

Dies bedeutet, dass der Kanton derzeit folgende Beiträge an die Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause ausrichtet:

- für die ambulante Krankenpflege und die hauswirtschaftlichen Dienstleistungen: je verrechnete Einsatzstunde Fr. 13.60 (Art. 22a Abs. 1 Bst. a und b Gesundheitsgesetz; Art. 29 Abs. 1 Bst. a und b Entwurf);
- für die Grundleistungen der kantonalen Spitexträgerorganisation pauschal pro Jahr Fr. 22 000.- (Art. 22a Abs. 2 Gesundheitsgesetz; Art. 29 Abs. 2 Entwurf);
- für den Mahlzeitendienst: je gelieferte Mahlzeit Fr. 5.- (Art. 22a Abs. 3 Gesundheitsgesetz; Art. 29 Abs. 3 Entwurf).

Art. 30 *Beiträge der Einwohnergemeinde*

Abs. 1

Die Bestimmung entspricht der aktuellen Regelung in Art. 22b des Gesundheitsgesetzes. Sie wird mit der Ergänzung „gemäss Art. 25a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung“ präzisiert.

4. Berufe des Gesundheitswesens

4.1. Allgemeine Bestimmungen

Art. 31 *Bewilligungspflicht*

Abs. 1

Gemäss Art. 23 und Art. 25 des geltenden Gesundheitsgesetzes wird dann eine Berufsausübungsbewilligung verlangt, wenn eine „*selbstständige Tätigkeit*“ vorliegt (vorbehältlich der Spezialregelung gemäss Art. 25 Abs. 3 Gesundheitsgesetz). Wie der Bundesrat in der Botschaft zur Änderung des Medizinalberufegesetzes (MedBG) vom 3. Juli (BBI 2013, 6205 ff.) ausführt, trägt der bisher verwendete Begriff der „*selbstständigen*“ Berufsausübung insbesondere der fachlichen Verantwortung keine Rechnung. Die Verwendung dieser Terminologie führt nach Ansicht des Bundesrats dazu, dass Medizinalpersonen, die in einer Praxis arbeiteten, welche die Rechtsform einer Aktiengesellschaft aufweisen, nicht als selbstständig gelten würden und somit keiner Bewilligungspflicht unterständen. Er hat deshalb vorgeschlagen, die Terminologie „*privatwirtschaftlich und in eigener fachlicher Verantwortung*“ zu verwenden (vgl. BBI 2013, 6209). Das Bundesgesetz über die Psychologieberufe vom 18. März 2011 (Psychologieberufegesetz, PsyG; SR 935.81) folgt diesem Vorsatz bereits.

Aufgrund der Entwicklungen auf Bundesebene und dem – aus der Verwendung der bisherigen Terminologie resultierenden – Regelungsdefizit erweist es sich als gerechtfertigt, den Begriff „*privatwirtschaftlich und in eigener fachlicher Verantwortung*“ auch im kantonalen Gesundheitsgesetz zu übernehmen.

Weil sich die medizinische Versorgung durch die verschiedenen Gesundheitsberufe zu einem differenzierten und spezialisierten Dienstleistungsangebot entwickelt hat, ist es notwendig, dass eine Regelung geschaffen wird, aufgrund welcher innert angemessener Frist entschieden werden kann, ob ein bestimmtes neues Angebot oder neue Tätigkeiten beziehungsweise ein neuer Gesundheitsberuf der Bewilligungspflicht unterstellt werden muss, oder ob dessen Nutzung aus gesundheitspolizeilicher Sicht der Eigenverantwortung der Einwohnerinnen und Einwohner überlassen werden kann.

Um diese Flexibilität zu gewährleisten, wurde nach einer pragmatischen und dennoch qualifizierten Vorgehensweise gesucht.

Die Lösung liegt darin, dass im Gesetz keine namentliche Aufzählung der bewilligungspflichtigen Berufe mehr erfolgen soll, wie dies das derzeit geltende Gesundheitsgesetz und zahlreiche Gesundheitserlasse anderer Kantone machen.

Der Verzicht auf eine namentliche Aufzählung der bewilligungspflichtigen Berufe ist im Kanton Obwalden insbesondere auch aus fachlicher Sicht sinnvoll. Die Erfahrungen zeigen, dass es für das Gesundheitsamt kaum möglich ist zu entscheiden, welche fachlichen Kriterien der Gesundheitsberufe für oder gegen eine Bewilligungspflicht sprechen. Das Amt ist deshalb heute schon auf Empfehlungen des Bundes oder interkantonale Gremien angewiesen.

Die neu vorgesehene Regelung ermöglicht aufgrund der offiziellen Abstützung auf nationale Gesetzgebungen und Register die Erteilung der Berufsausübungsbewilligungen auf pragmatische und qualifizierte Weise vorzunehmen.

Gleichzeitig stützt sich der Kanton Obwalden auf Empfehlungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), die eine Bewilligungspflicht vorsehen für:

- alle medizinischen Tätigkeiten, die nach den Erkenntnissen der anerkannten Wissenschaften ausgeübt würden, d.h. deren Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen ist;
- Berufe, die nach der Krankenversicherungsgesetzgebung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung berechtigten und
- sonstige medizinische Verrichtungen mit besonderem Gefährdungspotenzial.

Eine Berufsausübungsbewilligung des Finanzdepartements (oder allenfalls des Kantonstierarztes bzw. der Kantonstierärztin) benötigt demnach, wer privatwirtschaftlich und in eigener fachlicher Verantwortung einen Beruf im Bereich des Gesundheitswesens ausübt, der:

a. unter das Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe fällt

Personen mit universitären Medizinalberufen, namentlich Ärzte und Ärztinnen, Zahnärzte und Zahnärztinnen, Chiropraktoren und Chiropraktorinnen, Apotheker und Apothekerinnen sowie Tierärzte und -ärztinnen, benötigen gemäss Art. 34 MedBG eine kantonale Bewilligung für die selbstständige¹ Berufsausübung. Der Bundesrat ist zudem ermächtigt, weitere Berufe im Bereich des Gesundheitswesens als universitäre Medizinalberufe zu bezeichnen und diese dem MedBG zu unterstellen, sofern diese Berufe eine wissenschaftliche Ausbildung und eine berufliche Kompetenz erfordern, welche mit den universitären Medizinalberufen vergleichbar sind und eine Unterstellung unter das MedBG zur Sicherung der Qualität der medizinischen Versorgung erforderlich ist (Art. 2 Abs. 2 MedBG).

¹ In der gegenwärtigen Fassung des MedBG wird noch von "selbstständig" gesprochen. Eine entsprechende Revision, wonach inskünftig der Begriff "privatrechtlich" verwendet werden soll, ist im Gange.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) betreibt für die im MedBG erfassten Berufe ein Medizinalberuferegister (MedReg), welches Daten der Inhaber und Inhaberinnen von Diplomen und Weiterbildungstiteln gemäss MedBG enthält. Es dient dem Erreichen folgender Zwecke:

- Information und Schutz der Patientinnen und Patienten,
- Qualitätssicherung,
- Statistik,
- Erstellung der medizinischen Demografie,
- Information ausländischer Behörden und
- Vereinfachung der Abläufe für die Erteilung der kantonalen Berufsausübungsbewilligungen.

b. unter das Bundesgesetz über die Psychologieberufe fällt

Psychotherapeuten bedürfen für die privatwirtschaftliche Ausübung ihrer Tätigkeit gemäss Art. 22 Abs. 1 PsyG eine kantonale Bewilligung.

c. in der Krankenversicherungsgesetzgebung zur Gruppe der Leistungserbringer zählt

Die Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV; SR 832.102) regelt in Art. 38 ff. die Voraussetzungen zur Zulassung von Personen, die bestimmte Gesundheitsberufe ausüben, als Leistungserbringer der obligatorischen Krankenversicherung. Bereits aus der Krankenversicherungsgesetzgebung ergibt sich, dass diese nach kantonalem Recht zugelassen sein müssen und überdies weitere Zulassungsvoraussetzungen zu erfüllen haben, namentlich bestimmte Anforderungen hinsichtlich Aus- und Weiterbildung sowie Berufserfahrung. Erfasst sind unter anderem Hebammen bzw. Geburtshelfer, Physiotherapeuten und -therapeutinnen, Ergotherapeuten und -therapeutinnen, Pflegefachmänner und -fachfrauen, Logopäden und Logopädinnen, Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen sowie Laborleiter und Laborleiterinnen. Aufgrund dessen kann mittels Verweis auf die KVV sichergestellt werden, dass sämtliche zur Abrechnung über die obligatorische Krankenversicherung ermächtigten Personen, der Bewilligungspflicht unterstehen.

d. im Nationalen Register über die nicht-universitären Gesundheitsberufe (NAREG) aufgeführt und im Anhang der Interkantonalen Vereinbarung über die Anerkennung von Ausbildungsabschlüssen erwähnt ist

Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) plant, für die nicht-universitären Gesundheitsberufe ein aktives², personenbasiertes, nationales Register (NAREG) analog dem Medizinalberuferegister (MedReg) zu schaffen. Die Einführung ist von der GDK per 1. Januar 2015 geplant.

Das NAREG wird das – gegenwärtig noch im Auftrag der GDK vom Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) geführte – passive², diplombezogene Register ablösen. Das neue NAREG soll neben Angaben zur Person und ihrem Diplom auch Angaben über allfällige erteilte Berufsausübungsbewilligungen sowie rechtskräftige aufsichtsrechtliche Massnahmen enthalten. Erfasst werden Inhaber und Inhaberinnen von Ausbildungsabschlüssen der im Anhang gemäss Art. 12^{ter} Abs. 1 der Interkantonalen Vereinbarung über die Anerkennung von Ausbildungsabschlüssen vom 18. Februar 1993 (IKV; GDB 410.4) aufgelisteten Berufe. Durch einen Verweis auf den Anhang der IKV im Gesundheitsgesetz können sämtliche Berufe im Bereich des Gesundheitswesens, die in Zukunft im NAREG erfasst werden, als bewilligungspflichtig erklärt werden, ohne dass hierfür eine namentliche Erwähnung sämtlicher Tätigkeiten erforderlich wäre. Der aktuelle Stand des NAREG sieht vor, folgende Berufe im Register aufzunehmen:

² Das passive Register führt lediglich die Diplome auf, wobei das aktive Register die Diplome samt erteilten Berufsausübungsbewilligung aufzeigt.

- Augenoptiker und Augenoptikerin EFZ/HFP (bereits heute bewilligungspflichtig)
- Aktivierungsfachmann und Aktivierungsfachfrau HF
- Biomedizinischer Analytiker und biomedizinische Analytikerin HF
- Dentalhygieniker und Deantalhygienikerin HF
- Drogist und Drogistin HF (bereits heute bewilligungspflichtig)
- Ergotherapeutin und Ergotherapeut FH (bereits heute bewilligungspflichtig)
- Ernährungsberater und Ernährungsberaterin (bereits heute bewilligungspflichtig)
- Fachmann und Fachfrau für medizinisch-technische Radiologie HF
- Hebamme FH (bereits heute bewilligungspflichtig)
- Operationstechniker und Operationstechnikerin HF
- Optometristin und Optometrist FH
- Orthoptist und Orthoptistin HF
- Physiotherapeutin und Physiotherapeut FH (bereits heute bewilligungspflichtig)
- Pflegefachmann und Pflegefachfrau (HF/FH/M Sc in Nursing) (bereits heute bewilligungspflichtig)
- Podologe und Podologin HF
- Rettungssanitäter und Rettungssanitäterin HF
- Medizinischer Masseur und medizinische Masseurin mit eidg. Fachausweis (bereits heute bewilligungspflichtig)
- Dipl. Logopäde bzw. Logopädin (EDK) (bereits heute bewilligungspflichtig)
- Osteopath und Osteopathin mit interkantonalem Diplom GDK (bereits heute in 23 Kantonen bewilligungspflichtig).

Für neu der Bewilligungspflicht unterstellte Tätigkeiten und Einrichtungen ist innerhalb von sechs Monaten seit Inkrafttreten dieses Gesetzes ein Bewilligungsgesuch einzureichen, ansonsten die weitere Ausübung dieser Tätigkeit bzw. dieser Einrichtung untersagt ist (vgl. Art. 80 Abs. 3 Entwurf).

Die geplante Neuregelung bewirkt, dass für die Akupunktur, die Hörgeräteakustik, das Betreiben einer Naturheilpraxis, die Zahntechnik und die Reflexzonenmassage neu keine Berufsausübungsbewilligung mehr erforderlich ist, was sich als sachgerecht erweist. Heute sind diese Berufe in den verschiedenen Kantonen sehr unterschiedlich geregelt, weshalb eine Abstützung auf das NAREG im Sinne einer Vereinheitlichung notwendig ist. Zudem handelt es sich nicht um Berufe mit besonderem Gefährdungspotenzial.

Bereits erteilte Berufsausübungsbewilligungen erlöschen im Zeitpunkt des Inkrafttretens des neuen Gesundheitsgesetzes (vgl. Art. 80 Abs. 1 Entwurf).

e. gemäss übergeordnetem Recht als bewilligungspflichtig bezeichnet wird oder in einem entsprechenden Register aufgeführt ist

Um Anpassungen an geänderte, übergeordnete Rechtsgrundlagen möglichst ohne erneuten Revisionsbedarf vornehmen zu können, wird im Sinne einer Generalklausel, jede Tätigkeit als bewilligungspflichtig erklärt, die gemäss übergeordnetem Recht einer Bewilligung bedarf oder in einem entsprechenden Register aufgeführt ist. Dies macht Sinn, da diverse Tätigkeitsfelder, unter anderem auch aufgrund von politischen Begebenheiten, schnell ändernden Rahmenbedingungen unterworfen sind.

Als Beispiel sei hier das zunehmende Interesse an nicht schulmedizinischen Therapien als Ergänzung zu den wissenschaftlich anerkannten Behandlungsmethoden erwähnt. Viele der praktizierten alternativen Verfahren sind in ihrer Heilwirkung wissenschaftlich nicht erforscht oder belegt. Aus diesem Grund wurden seit 2005 alternative Verfahren von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht mehr erstattet. Die eidgenössische Abstimmung vom 17. Mai 2009 ergab jedoch eine Zweidrittelmehrheit für einen Verfassungszusatz, der die Regierung

verpflichtet, komplementärmedizinische Verfahren wieder zu berücksichtigen. Ähnlich wie in anderen Ländern fordern die Schweizer Krankenversicherer für zu erstattende Methoden den Nachweis der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Zur Umsetzung dieses Verfassungszusatzes werden seit 2012 die Homöopathie, die anthroposophische Medizin, die Phytotherapie, die traditionelle chinesische Medizin (TCM) und Neuraltherapie wieder von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezahlt. Voraussetzung dafür ist, dass die Leistungen durch einen Arzt bzw. eine Ärztin mit einer entsprechenden Weiterbildung erfolgen. Diese Regelung gilt provisorisch bis Ende 2017. In dieser Zeit gelten Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der fünf komplementärmedizinischen Methoden als teilweise umstritten und werden hinsichtlich dieser Kriterien evaluiert. Aus diesem Grund ist aktuell auf eine formelle kantonale Zulassung komplementärer Leistungserbringer zu verzichten. Verbinden doch viele Patientinnen und Patienten damit eine umfassende staatliche Qualitätsgarantie. Die fehlende wissenschaftliche Erfassbarkeit vieler Methoden erschwert zudem die für eine reglementierte staatliche Zulassung notwendige Umschreibung der zur Behandlung erlaubten Krankheitsbilder. Die Übernahme der Kosten von nicht schulmedizinischen Behandlungen verbleibt im frei verhandelbaren Bereich der Zusatzversicherung. Entsprechende Versicherungen sind bei vielen Krankenversicherern fester Bestandteil des Angebots. Werden Ende 2017 auf Bundesebene neue Entscheidungen gefällt, kann mit Art. 31 Abs. 1 Bst. e des Entwurfs flexibel und umgehend reagiert werden.

Weiter plant der Bund die Schaffung eines neuen Gesundheitsberufegesetzes (GesBG), welches die Qualität der Grundausbildung und der Berufsausübung der auf Tertiärstufe A ausgebildeten Gesundheitsfachpersonen gewährleisten soll.

Damit in der Praxis stets klare Verhältnisse herrschen, veröffentlicht das Gesundheitsamt periodisch Merkblätter betreffend die aktuell bewilligungspflichtigen Berufe, die online abgerufen werden können. Damit können sich die betroffenen Kreise stets ein Bild über die aktuell bewilligungspflichtigen Berufe machen. Ergeben sich aufgrund des übergeordneten Rechts Änderungen, so erlässt das Gesundheitsamt jeweils neue Merkblätter.

Abs. 2

Neu soll der Regierungsrat Ausführungsbestimmungen über die Berufe des Gesundheitswesens erlassen. Die vom Kantonsrat erlassene Verordnung über Berufe der Gesundheitspflege vom 24. Oktober 1991 (GDB 811.11) wird aufgehoben. Die betreffenden Ausführungsbestimmungen werden, aufgrund dessen, dass keine namentliche Aufzählung und Reglementierung der einzelnen Berufe mehr erfolgen soll, erheblich schlanker als dies bei der kantonsrätlichen Verordnung noch der Fall war. (Aufgrund dessen werden in denselben Ausführungsbestimmungen auch die Bestimmungen zu den Einrichtungen des Gesundheitswesens, deren Erlass ebenfalls in die Kompetenz des Regierungsrats fällt, integriert). In den Ausführungsbestimmungen zu den Berufen des Gesundheitswesens sind inskünftig lediglich noch die Anforderungen an die einzureichenden Gesuchsunterlagen, die Anerkennung ausländischer Diplome und Fähigkeitsausweise, die Tätigkeit von unter fachlicher Verantwortung und direkter Aufsicht einer Fachperson mit Berufsausübungsbewilligung stehenden Personen, die Stellvertretung, sowie die erforderlichen Fachkenntnisse enthalten.

Die Kompetenzverschiebung zum Regierungsrat rechtfertigt sich insbesondere deshalb, weil die in den betreffenden Ausführungsbestimmungen zu regelnden Aspekte im überwiegenden Masse technischen und vollziehenden Charakter aufweisen.

In der Verordnung über Berufe der Gesundheitspflege werden heute noch vereinzelte Berufspflichten geregelt (vgl. Art. 7: Werbung; Art. 8: Informationspflicht; Art. 9: Aufzeichnungspflicht; Art. 10: Fortbildung; Art. 15, Art. 27, Art. 33, Art. 36, Art. 39, Art. 44, Art. 47, Art. 51 und Art. 57: Besondere Berufsausübungsbestimmungen für die betreffenden Berufe). Inskünftig werden die Berufspflichten jedoch bereits auf Stufe Gesundheitsgesetz normiert. Hinzu kommt, dass die

Verordnung über Berufe der Gesundheitspflege die erforderlichen Fachkenntnisse noch eingehend regelt und diesbezüglich eigenständige Anordnungen enthält (vgl. Art. 12, Art. 14, Art. 17, Art. 22, Art. 24, Art. 26, Art. 30, Art. 32, Art. 35, Art. 38, Art. 41, Art. 43, Art. 46, Art. 49, Art. 53 und Art. 55). Inskünftig richten sich die Anforderungen an die Fachkenntnisse jedoch nach dem MedBG, dem PsyG und der Krankenversicherungsgesetzgebung, was bereits aus dem revidierten Gesundheitsgesetz hervorgeht. Die betreffenden Ausführungsbestimmungen werden sich diesbezüglich lediglich darauf beschränken, die entsprechenden Verweise auf die übergeordnete Gesetzgebung vorzunehmen. Eigenständige Festlegungen werden sie in dieser Hinsicht nicht mehr beinhalten. Aufgrund dessen rechtfertigt es sich, inskünftig den Regierungsrat mit dem Erlass der betreffenden Vorschriften zu betrauen.

Hinzu kommt, dass die Kantone Aargau, Appenzell-Innerrhoden, Appenzell-Ausserrhoden, Bern, Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Glarus, Luzern, Nidwalden, Sankt Gallen, Schwyz, Schaffhausen, Thurgau, Uri und Zug (es wurden lediglich die deutschsprachigen Kantone berücksichtigt) die Aufgabe, die Berufe des Gesundheitswesens näher zu regeln, allesamt dem Regierungsrat zugewiesen haben. In zahlreichen Kantonen ist der Regierungsrat überdies auch für die abschliessende Bezeichnung der bewilligungspflichtigen Berufe und die Bezeichnung von Berufspflichten zuständig. Ausführende Verordnungen oder Dekrete des Kantonsrats betreffend die Berufe im Bereich des Gesundheitswesens finden sich auf kantonaler Ebene kaum noch.

Abs. 3

Dem Regierungsrat soll die Kompetenz eingeräumt werden, im Sinne der Vorgaben der GDK, weitere Tätigkeiten für bewilligungspflichtig zu erklären, die geeignet sind, Leib oder Leben zu gefährden. Ferner kann er überdies auch gewisse Berufe von der Bewilligungspflicht ausnehmen. Die jeweiligen Anpassungen müssen jedoch stets mit dem übergeordneten Recht korrespondieren.

Art. 32 *Ausnahmen von der Bewilligungspflicht*

Abs. 1

Gemäss Art. 5 Abs. 1 des bilateralen Abkommens zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, FZA; SR 0.142.112.681) wird einem Dienstleistungserbringer das Recht eingeräumt, Dienstleistungen im Hoheitsgebiet der anderen Vertragspartei zu erbringen, deren tatsächliche Dauer 90 Arbeitstage pro Kalenderjahr nicht überschreitet. Dieses Recht gilt auch für jene Personen, die Berufe im Bereich des Gesundheitswesens ausüben. Das geltende Gesundheitsgesetz wurde vor dem Abschluss des betreffenden Abkommens erlassen und berücksichtigt die Freizügigkeit zwischen der Schweiz und den EU/EFTA-Staaten noch nicht. Deshalb soll dieser Grundsatz inskünftig, wie dies auch diverse andere Kantone tun (z.B. Kantone Aargau und Zug), ausdrücklich im Gesundheitsgesetz festgehalten werden. Gleichzeitig soll aber darauf hingewiesen werden, dass die in den ausländischen Berufsbewilligungen enthaltenen Einschränkungen und Auflagen betreffend die Berufsausübung auch für die Tätigkeit in der Schweiz Geltung beanspruchen. Zwecks Transparenz und zur Gewährleistung einer ausreichenden Aufsicht und Kontrolle müssen sich Personen, die ihren Beruf vorübergehend im Kanton Obwalden ausüben möchten, vorgängig beim Finanzdepartement melden. Das Gesundheitsamt hat ein entsprechendes Formular zu erarbeiten.

Auch den Inhabern bzw. Inhaberinnen von Berufsausübungsbewilligungen anderer Kantone muss das Recht, ihren Beruf während längstens 90 Tagen pro Kalenderjahr im Kanton Obwal-

den auszuüben, eingeräumt werden. Damit wird die Gleichbehandlung von In- und Ausländern sichergestellt.

Gemäss Art. 33 Abs. 1 des Gesundheitsgesetzes benötigen in anderen Kantonen zur selbstständigen Berufsausübung zugelassene Ärzte und Ärztinnen, Zahnärzte und -ärztinnen oder Tierärzte und -ärztinnen, die in besonderen Einzelfällen vom behandelnden Arzt bzw. Ärztin, Zahnarzt bzw. -ärztin oder Tierarzt bzw. -ärztin zugezogen werden, keine besondere Bewilligung. Ausserdem dürfen Ärzte und Ärztinnen sowie Tierärzte und -ärztinnen, deren Praxis sich in der Nähe der Kantonsgrenze befindet, ohne besondere Bewilligung eine berufliche Berufstätigkeit im Kanton Obwalden ausüben (Art. 33 Abs. 2 Gesundheitsgesetz). Die regelmässige Berufstätigkeit ist jedoch dem Finanzdepartement zu melden (Art. 33 Abs. 3 Gesundheitsgesetz). Diese Regelung verstösst gegen völker- und bundesrechtliche Vorschriften. Einerseits können Personen, die einen universitären Medizinalberuf oder einen Psychologieberuf ausüben, von Bundesrechts wegen längstens 90 Tage pro Kalenderjahr in einem anderen Kanton tätig sein, ohne dafür eine Bewilligung des betreffenden Kantons einzuholen (vgl. Art. 35 Abs. 2 MedBG und Art. 23 Abs. 1 PsyG). Andererseits sind Inländern die gleichen Ansprüche wie Ausländern zu gewähren. Die Regelung in Art. 33 des Gesundheitsgesetzes lässt sich daher nicht mehr aufrechterhalten. Inskünftig ist sämtlichen Personen, die über eine Berufsausübungsbewilligung eines anderen Kantons verfügen, das Recht einzuräumen, während längstens 90 Tagen pro Kalenderjahr im Kanton Obwalden tätig zu sein.

Abs. 2

Abs. 2 erfasst insbesondere Personen, die in eigener fachlicher Verantwortung einen bewilligungspflichtigen Beruf im Gesundheitswesen (Art. 31 Entwurf) in einer bewilligungspflichtigen Einrichtung (Art. 44 Entwurf) ausüben. Diese Personen brauchen keine Berufsausübungsbewilligung.

Gesamtverantwortliche Leitungspersonen benötigen jedoch ausnahmslos eine entsprechende Berufsausübungsbewilligung. Auch andere Kantone wie Nidwalden, Uri und Appenzell-Ausserrhoden kennen entsprechende Bestimmungen.

Abs. 3

Unter der fachlichen Verantwortung und der direkten Aufsicht einer Fachperson stehen heisst, dass die vorgesetzte Fachperson grundsätzlich anwesend bzw. verfügbar und nicht über längere Dauer abwesend ist (vgl. dazu auch Art. 25 Abs. 5 des geltenden Gesundheitsgesetzes). Verfügt die angestellte Person über eine erhebliche fachliche Verantwortung, so hat sie eine ordentliche Berufsausübungsbewilligung zu beantragen.

Für die Beschäftigung von – unter der fachlichen Verantwortung und der direkten Aufsicht einer Fachperson mit Berufsausübungsbewilligung stehenden – Personen in Medizinal- oder Psychologieberufen benötigt die fachlich verantwortliche Person eine spezielle Bewilligung.

Art. 33 *Auskunfts- und Meldepflicht bei bewilligungsfreien Tätigkeiten*

Abs. 1

Bewilligungsfreie Tätigkeiten im Bereich des Gesundheitswesens dürfen nicht einfach im rechtsfreien Raum ausgeübt werden, sondern unterstehen ebenfalls der Aufsicht des Finanzdepartements, sofern diese Tätigkeiten gewerbsmässig ausgeübt werden und der Beseitigung von gesundheitlichen Störungen oder der Verbesserung des Gesundheitszustands von Menschen und Tieren dienen.

Abs. 2

Sofern eine bewilligungsfreie Tätigkeit der Aufsicht durch das Finanzdepartement untersteht, unterliegen die betreffenden Fachpersonen einer umfassenden Auskunfts- und Meldepflicht. Sie müssen dem Finanzdepartement auf ihre eigene Initiative hin anzeigen, dass sie eine bewilligungsfreie Tätigkeit ausüben und ihr Fachgebiet nennen. Dadurch wissen die zuständigen Behörden, in welchem Umfang und auf welchem Fachgebiet bewilligungsfreie Tätigkeiten ausgeübt werden. Auf Verlangen der Behörden hin haben die betreffenden Fachpersonen weitere Auskünfte zu erteilen. Dieser Grundsatz gilt gemäss dem aktuellen Gesundheitsgesetz zumindest für die gewerbsmässige Behandlung mit geistigen Kräften (vgl. Art. 25 Abs. 4 Gesundheitsgesetz). Dadurch wird eine wirksame Kontrolle über solche Tätigkeiten ermöglicht.

Abs. 3

Bei gesundheitsgefährdenden, bewilligungsfreien Tätigkeiten erweist es sich als notwendig, dass das Finanzdepartement eingreifen und der betreffenden Person die Ausübung der Tätigkeit verbieten kann. Unter Umständen reicht auch die Einschränkung der Tätigkeit oder deren Unterstellung unter gewisse Voraussetzungen aus. Mit Art. 33 Abs. 3 des Entwurfs soll die hierfür notwendige gesetzliche Grundlage geschaffen werden. Dies erweist sich als sinnvoll, da in solchen Fällen keine Berufsausübungsbewilligung erteilt wird, die bei Verstössen allenfalls entzogen werden könnte.

Zudem kann das Finanzdepartement Disziplarmassnahmen, welche gegenüber sämtlichen Personen, die Berufe im Bereich des Gesundheitswesens ausüben, sei es im bewilligungspflichtigen, sei es im bewilligungsfreien Bereich, verfügt werden können, anordnen (vgl. Art. 75 Entwurf).

Art. 25 Abs. 6 des geltenden Gesundheitsgesetzes, wonach gewerbsmässige Tätigkeiten der Körperpflege besonderen Vorschriften hinsichtlich hygienischer Anforderungen und anzuwendender Mittel unterstellt werden können, erweist sich nicht mehr als erforderlich. Art. 33 des Entwurfs erfasst sämtliche bewilligungsfreien Berufe.

Abs. 4

Die Verwaltungs- und Strafverfolgungsbehörden sowie die Gerichte erfahren im Rahmen ihrer täglichen Arbeit regelmässig von Missständen in gewissen Bereichen. Durch die Informationspflicht dieser Behörden wird sichergestellt, dass diese Kenntnisse auch tatsächlich an die für den Vollzug des Gesundheitsrechts zuständigen Behörden gelangen, die daraufhin in geeigneter Weise reagieren können. Art. 33 Abs. 4 des Entwurfs bezieht sich auf Informationen über Personen, welche eine *bewilligungsfreie* Tätigkeit ausüben.

Art. 34 *Bewilligungsvoraussetzungen*

Abs. 1

Die Voraussetzungen für die Erteilung der Berufsausübungsbewilligung für Personen, die dem MedBG oder dem PsyG unterstehen, richten sich nach diesen Erlassen sowie deren Ausführungsvorschriften. Das kantonale Recht ist diesbezüglich nicht massgeblich.

Abs. 2

Die Bewilligungsvoraussetzungen für die übrigen Gesundheitsberufe, soweit sich keine Abweichungen aus besonderen Normen des übergeordneten Rechts ergeben, richten sich nach Art. 34 Abs. 2 des Entwurfs. Im Einklang mit den Regelungen in den Kantonen Aargau, Luzern, Uri und Zug wird die Berufsausübungsbewilligung unter anderem erteilt, wenn die gesuchstellende Person über entsprechende fachliche Qualifikationen verfügt, handlungsfähig und beruflich vertrauenswürdig ist und physisch und psychisch Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung bietet.

Abs. 2 Bst. a

Die Kriterien für das Vorliegen der erforderlichen fachlichen Qualifikationen ergeben sich insbesondere aus dem Bundesrecht (z.B. MedBG, PsyG und KVV). Zudem ist ebenfalls auf die Anforderungen der massgebenden Berufsverbände abzustellen.

Abs. 2 Bst. b

Die Handlungsfähigkeit bestimmt sich nach den Kriterien des Schweizerischen Zivilgesetzbuches vom 10. Dezember 1907 (ZGB; SR 210), insbesondere nach Art. 13 ZGB. Verlangt sind das Vorliegen der Urteilsfähigkeit und der Mündigkeit. Die berufliche Vertrauenswürdigkeit lässt sich insbesondere mittels eines Auszugs aus dem Zentralstrafregister und einem Betreibungsregisterauszug belegen. Zudem können dem Medizinalberuferegister (MedReg) und dem geplanten NAREG Auskünfte über allfällige aufsichtsrechtliche Massnahmen entnommen werden.

Abs. 2 Bst. c

Die Prüfung, ob die betreffende Person physisch und psychisch in der Lage ist, ihre Aufgabe im Interesse der Patientinnen und Patienten wahrzunehmen, ist von grosser Bedeutung. Das Vorhandensein dieses Kriteriums kann mittels Konsultation der Akten und in Einzelfällen aufgrund von Gesprächen überprüft werden.

Abs. 2 Bst. d

Es erweist sich des Weiteren als sachgerecht, mit dem Gesuch um Erteilung der Berufsausübungsbewilligung gleichzeitig eine Bescheinigung über den Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung einzureichen. Die Kantone Luzern und Nidwalden sehen dieses Bewilligungserfordernis ausdrücklich vor. Andere Kantone begnügen sich damit, den Abschluss einer Berufsausübungsbewilligung als Berufspflicht zu normieren. Der erste Ansatz hat den Vorteil, dass bereits im Zeitpunkt der Bewilligungserteilung eine Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen worden ist, was dem Schutz der Patientinnen und Patienten dient.

Abs. 3

Eine Berufsausübungsbewilligung lässt sich, wie dies auch bei anderen Bewilligungen der Fall ist, mit Auflagen und Bedingungen verbinden. Ausserdem kann es im konkreten Fall angezeigt sein, eine Bewilligung in bestimmter Art und Weise zu beschränken bzw. einzugrenzen (fachliche bzw. zeitliche Einschränkungen).

Abs. 4

Damit ordnungsgemäss überprüft werden kann, ob die Voraussetzungen für die Erteilung der Berufsausübungsbewilligung während der gesamten Dauer der Tätigkeit vorliegen, ist der Bewilligungsinhaber bzw. die –inhaberin gehalten, sämtliche Tatsachen und Änderungen, welche sich auf den Bewilligungsinhalt auswirken können, unverzüglich dem Finanzdepartement zu melden. Diese Regelung ist bereits in Art. 5 der Verordnung über Berufe der Gesundheitspflege angeführt. Sie soll inskünftig im revidierten Gesundheitsgesetz festgehalten werden.

Abs. 5

Die Bewilligungsbehörde kann zwecks Gewährleistung ihrer umfassenden Prüfungspflicht bei Bedarf Auskünfte von anderen Bewilligungsbehörden und weiteren Stellen einholen. Zudem ist sie, bei ausgewiesenem Bedürfnis, ermächtigt, auf Kosten der gesuchstellenden Person Begutachtungen einzuholen.

Art. 35 *Entzug der Bewilligung*

Abs. 1

Der Entzug der Berufsausübungsbewilligung stellt zwar einen empfindlichen Eingriff in die Rechtsstellung der betreffenden Person dar, kann jedoch aus Gründen des Schutzes der Bevölkerung ohne Weiteres gerechtfertigt werden. Der Gesundheitsbereich ist ein höchst sensibler Bereich. Die Patientinnen und Patienten vertrauen auf die Transparenz und die Sorgfalt der in diesem Gebiet tätigen Personen. Aufgrund dessen ist qualifiziertes und wiederholtes Fehlverhalten von Personen, die eine Tätigkeit im Gesundheitswesen ausüben, entsprechend zu sanktionieren. Bereits das geltende Gesundheitsgesetz regelt den Bewilligungsentzug in Art. 26. Die neu vorgesehene Bestimmung ist jedoch präziser und erfasst auch Fälle, in welchen nachträglich Tatsachen bekannt werden, aufgrund welcher die Bewilligung hätte verweigert werden müssen und Konstellationen, in welchen die Berufspflichten bzw. die weiteren Normen der Gesundheitsgesetzgebung wiederholt verletzt werden. Ebenso kann nicht toleriert werden, dass ein Bewilligungsinhaber bzw. eine Bewilligungsinhaberin ihre Klientschaft oder ihre Kostenträger wiederholt oder schwerwiegend übervorteilt oder dazu Beihilfe leistet.

Es ist zu erwähnen, dass der Entzug der Bewilligung das härteste Sanktionsmittel darstellt, welches lediglich als letztes Mittel („ultima ratio“) zur Anwendung gelangt. Es müssen wie in Art. 35 Abs. 1 Bst. c bis e explizit festgehalten, wiederholte oder schwerwiegende Missstände vorliegen. Vor dem Entzug können mit dem neuen Gesundheitsgesetz weniger einschneidende Massnahmen ergriffen werden. Es handelt sich um die in Art. 75 und Art. 76 des Entwurfs definierten Disziplinarmassen resp. Strafen. Diese Möglichkeiten kennt das geltende Gesundheitsgesetz nicht.

Bei universitären Medizinalberufen und bei den Psychologieberufen geht zudem gemäss MedBG (Art. 43 ff.) und PsyG (Art. 30 ff.) ein spezifisches Disziplinarverfahren dem Entzug vor.

Abs. 2

Es gilt stets zu beachten, dass die Bewilligungsbehörde im Rahmen eines Entzugs das rechtliche Gehör der fehlbaren Person und den Grundsatz der Verhältnismässigkeit zu beachten hat. Im Einzelfall kann es sich als verhältnismässig und sachgerecht erweisen, die Bewilligung nicht in ihrer Gesamtheit, sondern lediglich teilweise zu entziehen. Diese Möglichkeit sieht das derzeit noch geltende Gesundheitsgesetz ebenfalls nicht explizit vor. Ferner kann ein Entzug auch nur für einen bestimmten Zeitraum verfügt werden.

Abs. 3

Neu wird zudem ausdrücklich gesetzlich festgehalten, dass die Kosten für Abklärungen und Expertisen, welche für die Abklärung der Notwendigkeit eines Bewilligungsentzugs erforderlich sind, der fehlbaren Person aufgelegt werden können, sofern sich aus diesen Untersuchungen ergibt, dass ein Entzugsgrund vorliegt.

Erfolgte die Einleitung der entsprechenden Abklärungen auf Anzeige von Drittpersonen oder von Organisationen hin und erwiesen sich die betreffenden Vorwürfe als *offensichtlich* unbegründet, so sind diese zur Bezahlung eines angemessenen Teils dieser Kosten verpflichtet. Den Rest trägt der Staat.

Abs. 4

Durch die inskünftig im Gesundheitsgesetz verankerte Informationspflicht der Verwaltungs- und Strafverfolgungsbehörden und die Gerichte wird gewährleistet, dass das Finanzdepartement über allfällige Entzugsgründe bestimmter Personen orientiert wird. Art. 35 Abs. 4 des Entwurfs bezieht sich auf Informationen über Personen, die eine *bewilligungspflichtige* Tätigkeit ausüben.

Art. 36 *Erlöschen der Bewilligung*

Abs. 1

Das geltende Gesundheitsgesetz regelt in Art. 26 lediglich den Entzug der Berufsausübungsbewilligung, jedoch nicht deren Erlöschen. Neu soll eine entsprechende Norm, die das Erlöschen der Berufsausübungsbewilligung regelt, geschaffen werden. Alle neueren Gesundheitsgesetze halten solche Bestimmungen fest.

Abs. 1 Bst. a

Eine Berufsausübungsbewilligung ist nicht auf andere Personen übertragbar und erlischt daher naturgemäss mit dem Tod von dessen Inhaber bzw. von deren Inhaberin.

Abs. 1 Bst. b

Ein dauerhafter und vollständiger Entzug der Bewilligung führt ebenfalls zu deren Erlöschen.

Abs. 1 Bst. c

Zudem hat es der Bewilligungsinhaber bzw. die Bewilligungsinhaberin in der Hand, mittels schriftlicher Verzichtserklärung zuhanden des Finanzdepartements die Aufhebung der Bewilligung herbeizuführen.

Abs. 1 Bst. d

Auch wenn in der Schweiz die Wirtschaftsfreiheit (Art. 27 BV) gilt und Personen mit einer Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortlichkeit ihren Beruf bis ins hohe Alter ausüben können, erweist es sich im Interesse des Gesundheitsschutzes der Gesamtbevölkerung als sachgerecht, neu eine Altersgrenze von 70 Jahren festzulegen. Die Berufsausübungsbewilligung kann jedoch auf Gesuch hin jeweils um zwei Jahre verlängert werden. Eine solche Vorschrift kennen ebenfalls die Kantone Basel-Stadt, Uri, Nidwalden, Schwyz und Zug.

Abs. 1 Bst. e

Ein im Rahmen eines Strafverfahrens ausgesprochenes Berufsverbot lässt eine Berufsausübungsbewilligung ebenfalls erlöschen.

Abs. 1 Bst. f

Die Berufsausübungsbewilligung erlischt ausserdem, wenn die Berufstätigkeit durch die betreffende Fachperson aufgegeben wird. Erfolgt die Einstellung der Berufstätigkeit nur vorübergehend (Sistierung), so endet die Gültigkeit der Berufsausübungsbewilligung ohne Weiteres nach fünf Jahren seit der Berufsaufgabe, sofern innert dieser Frist kein Gesuch um Reaktivierung der Bewilligung gestellt wird. Um dem Finanzdepartement einen aktuellen Überblick über die Fachpersonen mit einer Bewilligung zu geben und zwecks Vollzug des Zulassungsstopps der Leistungserbringer, ist diesem sowohl das endgültige als auch das vorübergehende Einstellen der Tätigkeit zu melden.

Art. 37 *Tarife*

Diese Bestimmung ist bereits in Art. 30 des geltenden Gesundheitsgesetzes enthalten und wird in Art. 32 des Entwurfs unverändert beibehalten. Sie kann insbesondere im überobligatorischen Bereich des Gesundheitswesens zur Anwendung gelangen.

4.2. Rechte und Pflichten bei der Berufsausübung

Art. 38 *Grundsatz*

Die Berufspflichten und -rechte sollen für sämtliche im Bereich des Gesundheitswesens tätigen Personen gelten:

- Personen mit Berufsausübungsbewilligung,
- Personen, die eine bewilligungsfreie, aber meldepflichtige Tätigkeit ausüben und
- Personen, die innerhalb einer Einrichtung des Gesundheitswesens tätig sind.

Zudem soll es für die Geltung der Berufspflichten und -rechte nicht darauf ankommen, ob die betreffende Tätigkeit fachlich eigenverantwortlich und selbstständig oder unselbstständig oder in Vertretung ausgeübt wird.

Die integrale Geltung der Berufspflichten und -rechte ist gerechtfertigt, da es für die Patientin bzw. den Patienten den bestmöglichen Schutz darstellt, wenn sämtliche Personen – und nicht nur etwa jene, die über eine Berufsausübungsbewilligung verfügen – an die Berufspflichten und -rechte gebunden sind.

Abs. 1

Insbesondere bei Gesundheitsberufen gelten besonders hohe Anforderungen an die Sorgfaltspflicht und Gewissenhaftigkeit. Unsorgfältige Ausübung des Berufs und Kompetenzüberschreitungen gelten als verpönt, da diese nicht nur zu finanziellen Schäden, sondern auch zur Gefährdung bzw. zur Schädigung von Leib und Leben führen können. Derartige Schäden lassen sich oftmals nicht mehr vollumfänglich rückgängig machen.

Abs. 2

Zentral ist ausserdem, dass sich die Berufsausübenden an die Grenzen ihrer Aus- und Weiterbildung halten. Übergriffe in fremde Fachgebiete, in welchen sie nicht über die erforderlichen Fähigkeiten verfügen, können für die jeweilige Patientin bzw. den jeweiligen Patienten gravierende Folgen haben.

Die geltende Verordnung über Berufe der Gesundheitspflege enthält für einzelne Berufe besondere Berufsausübungsbestimmungen, die detailliert festhalten, welche Tätigkeiten nicht durch die betreffende Fachperson vorgenommen werden dürfen und/oder der Verweisung an eine für

die betreffende Verrichtung kompetentere Fachperson bedürfen. Nachfolgend soll ein Überblick über diese Vorschriften gegeben werden:

Augenoptik

Ein Augenoptiker ist, wenn krankhafte Augenveränderungen vermutet oder festgestellt werden, gehalten, seiner Patientin bzw. seinem Patienten eine vorgängige augenärztliche Untersuchung zu empfehlen (vgl. Art. 15 Verordnung über Berufe der Gesundheitspflege).

Geburtshilfe

Personen, die in der Geburtshilfe tätig sind, dürfen nur nach ärztlicher Verordnung mit Heilmitteln auf die Schwangerschaft und die Geburt einwirken (vgl. Art. 27 Abs. 1 Verordnung über Berufe der Gesundheitspflege). Bei Komplikationen ist zwingend ein Arzt beizuziehen und in Notfällen hat eine Einweisung der schwangeren Person in ein Spital zu erfolgen (Art. 27 Abs. 2 Verordnung über die Berufe der Gesundheitspflege). Zudem sind aussergewöhnliche Befunde bei Mutter oder Kind unverzüglich dem Arzt zu melden. Bei Totgeburten ist der Kantonsarzt bzw. die Kantonsärztin zu benachrichtigen (Art. 27 Abs. 3 Verordnung über Berufe der Gesundheitspflege). Gynäkologische Untersuchungen sind ebenfalls untersagt (Art. 27 Abs. 4 Verordnung über die Berufe der Gesundheitspflege).

Krankenpflege, Gemeindegemeinschaftspflege und Mütterberatung

Im Bereich der Krankenpflege, der Gemeindegemeinschaftspflege sowie der Mütterberatung sind diagnostische und therapeutische Verrichtungen nur nach Anordnung eines Arztes bzw. einer Ärztin zur Ausübung zulässig (Art. 33 und Art. 36 Verordnung über die Berufe der Gesundheitspflege).

Physiotherapie

In der Physiotherapie dürfen lediglich die dort gebräuchlichen Heilapparate eingesetzt und nur die notwendigen Arzneimittel zum äusseren Gebrauch angewendet werden (Art. 47 Abs. 1 Verordnung über die Berufe der Gesundheitspflege). Für die physikalische Therapie an Kranken, Schwangeren und Verunfallten ist eine ärztliche Anordnung erforderlich (Art. 47 Abs. 2 Verordnung über Berufe der Gesundheitspflege). Die Krankheitsdiagnostik ist untersagt (Art. 47 Abs. 3 Verordnung über Berufe der Gesundheitspflege).

Psychotherapie

Erfordert der Zustand der Patientin bzw. des Patienten eine ärztliche Abklärung und Behandlung, ist ein Arzt bzw. eine Ärztin beizuziehen (Art. 51 Abs. 2 Verordnung über Berufe der Gesundheitspflege). Die Verordnung oder Abgabe von Heilmitteln ist nicht zulässig (Art. 51 Abs. 3 Verordnung über die Gesundheitspflege).

Inskünftig soll auf die Vorsehung solch detaillierter Normen verzichtet werden. Aus den entsprechenden Ausbildungs- und Weiterbildungstiteln der im Gesundheitswesen tätigen Personen ergibt sich in der Regel, für welche Bereiche die betreffenden Fachpersonen kompetent sind und für welche nicht. Zudem erweist sich die Regelung in Art. 38 Abs. 2 des Entwurfs, wonach die Fachpersonen des Gesundheitswesens ihren Beruf im Rahmen der erworbenen Aus- und Weiterbildung sowie der erhaltenen Bewilligungen ausüben und keine Übergriffe in andere bewilligungspflichtige Gesundheitsberufe vornehmen dürfen, als ausreichend. Die vorerwähnten Bestimmungen der inskünftig aufzuhebenden Verordnung der Berufe der Gesundheitspflege können jedoch als Auslegungshilfe herangezogen werden.

Art. 39 *Einzelne Berufspflichten*

Abs. 1

Für die universitären Medizinalberufe und die Medizinalberufe gelten abschliessend die Berufspflichten des MedBG (Art. 40) und des PsyG (Art. 27).

Abs. 2

Für die übrigen Personen, welche eine Tätigkeit im Bereich des Gesundheitswesens ausüben, soll in Art. 39 Abs. 2 ein umfassender Katalog von Berufspflichten festgelegt werden. Dieses Konzept verwenden unter anderem auch das MedBG und das PsyG. Im derzeit in Kraft stehenden Gesundheitsgesetz sind die Berufspflichten lediglich rudimentär und zudem in unterschiedlichen Artikeln geregelt (vgl. Art. 25 Abs. 5 und Art. 27 bis 29 Gesundheitsgesetz). Weitere Bestimmungen über die Berufspflichten können der Verordnung über Berufe der Gesundheitspflege entnommen werden (z.B. Art. 7: Werbung; Art. 8: Informationspflicht; Art. 9: Aufzeichnungspflicht; Art. 10: Fortbildung). Inskünftig sollen die Berufspflichten bereits im revidierten Gesundheitsgesetz in umfassender Weise geregelt werden.

Die zentralen Berufspflichten sind:

Abs. 2 Bst. a

Die persönliche Berufsausübung (vgl. Art. 25 Abs. 5 Gesundheitsgesetz).

Die Delegation von Aufgaben unter bestimmten Voraussetzungen ist jedoch zulässig (vgl. Art. 4 Verordnung über Berufe der Gesundheitspflege und Art. 4 bis 6 des Entwurfs der Ausführungsbestimmungen über die Berufe und die Einrichtungen des Gesundheitswesens).

Abs. 2 Bst. b

Das Verfügen über geeignete Räumlichkeiten, Einrichtungen und Arbeitsinstrumente zur Berufsausübung (vgl. Art. 25 Abs. 5 Gesundheitsgesetz).

Abs. 2 Bst. c

Die Wahrung der Patientenrechte. Dazu zählt auch das Berufsgeheimnis, die Einzelheiten werden in Art. 47 ff. des Entwurfs geregelt.

Abs. 2 Bst. d

Die Leistung von Beistand in Notfällen (vgl. Art. 27 Gesundheitsgesetz).

Abs. 2 Bst. e

Die Weiterbildung gemäss den Anforderungen der betreffenden Tätigkeit (vgl. Art. 10 Verordnung über Berufe der Gesundheitspflege und Art. 7 des Entwurfs der Ausführungsbestimmungen über die Berufe und die Einrichtungen des Gesundheitswesens).

Abs. 2 Bst. f

Objektive, einem öffentlichen Bedürfnis entsprechende, weder aufdringliche noch irreführende Werbung (vgl. Art. 7 Verordnung über Berufe der Gesundheitspflege).

Art. 40 *Meldepflichten und -rechte*

Die im Bereich des Gesundheitswesens tätigen Personen wahren grundsätzlich das Berufsgeheimnis und somit die Intim- und Privatsphäre ihrer Patientinnen und Patienten. Gemäss geltendem Gesundheitsgesetz können Erstere vom Patienten und, sofern schutzwürdige Interessen im Spiel sind, vom Finanzdepartement von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbun-

den werden (vgl. Art. 28 Abs. 2 Gesundheitsgesetz). Feststellungen, die auf eine erhebliche Gefährdung der Bevölkerung hinweisen, sind überdies stets dem Kantonsarzt mitzuteilen (Art. 29 Gesundheitsgesetz).

In Art. 40 Abs. 1 bis 4 des Entwurfs werden neu sämtliche Fälle ausdrücklich genannt, welche zur Meldung von Tatsachen, ungeachtet der grundsätzlichen Schweigepflicht, verpflichten bzw. berechtigen. Eine vorgängige Entbindung von der Schweigepflicht ist nicht mehr notwendig, in bestimmten Fällen aber immer noch möglich (vgl. Art. 40 Abs. 5 Entwurf).

Abs. 1

Gemäss Art. 40 Abs. 1 des Entwurfs sind sämtliche Personen, die eine Tätigkeit im Bereich des Gesundheitswesens ausüben, verpflichtet, aussergewöhnliche Todesfälle der Staatsanwaltschaft oder der Polizei (vgl. Art. 12 Abs. 1 Verordnung über Friedhöfe und Bestattungen vom 24. Oktober 1991 (GDB 817.11) sowie Wahrnehmungen und Angaben, die auf eine erhebliche Gefährdung der Bevölkerung hinweisen, dem Kantonsarzt resp. der Kantonsärztin oder dem Kantonsapotheker bzw. der Kantonsapothekerin zu melden.

Abs. 2

Nach gegenwärtigem Recht kann jede Person der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde Meldung erstatten, wenn das Kindeswohl gefährdet ist oder eine Person hilfsbedürftig erscheint. Vorbehalten bleiben aber die Bestimmungen über das Berufsgeheimnis. In diesen Fällen darf die betroffene Fachperson nur dann eine Meldung erstatten, wenn die Einwilligung des Berechtigten vorliegt oder sie sich schriftlich vom Berufsgeheimnis entbinden lässt. Vorbehalten bleiben zusätzlich die eidgenössischen und kantonalen Bestimmungen über die Zeugnispflicht und über die Auskunftspflicht gegenüber einer Behörde (Art. 443 Abs. 1 Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 [ZGB; SR 210] i.V.m. Art. 321 Ziff. 2 und 3 Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 [StGB; SR 311.0]).

Wer jedoch in amtlicher Tätigkeit von solchen Fällen erfährt, ist stets meldepflichtig (Art. 443 Abs. 2 ZGB). Der Begriff der amtlichen Tätigkeit ist weit zu verstehen. Es wird keine Beamten- oder Angestelltenverhältnis vorausgesetzt. Es ist ausreichend, wenn die betroffene Person öffentlich-rechtliche Befugnisse ausübt (vgl. Botschaft zur Änderung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches [Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht] vom 28. Juni 2006; BBl 2006 7076).

Die Kantone können aber weitere Meldepflichten vorsehen (Art. 314 Abs. 1 und Art. 443 ZGB). Der Kanton Obwalden hat von dieser Kompetenz Gebrauch gemacht und in Art. 22 Abs. 1 der Verordnung betreffend die Einführung des Kindes- und Erwachsenenschutzrechts vom 3. Mai 2012 (GDB 211.61) festgehalten, dass neben Personen in amtlicher Tätigkeit auch die Mitarbeitenden von privaten Institutionen in den Bereichen Bildung, Betreuung und Pflege sowie die Ärztinnen, Ärzte und Geistlichen, welche in Ausübung ihres Berufes von der Hilfsbedürftigkeit Kenntnis erhalten, zur Meldung verpflichtet sind.

Ende 2013 hat der Bund einen Vorentwurf für eine Änderung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches in die Vernehmlassung geschickt.

Der Vorentwurf beinhaltet einerseits ein generelles *Melderecht* (an die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde) für sämtliche Fachpersonen, welche eine besondere Beziehung zu Kindern haben und die Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung wahrnehmen. Dieses Melderecht soll neu auch für Personen mit einem strafrechtlichen Berufsgeheimnis gelten (Art. 314c VE ZGB).

Fachpersonen, welche eine besondere Beziehung zu Kindern haben, sollen aber der *Meldepflicht* unterstehen, wenn sie den begründeten Anlass zur Annahme haben, dass das Wohl eines Kindes gefährdet sein könnte und sie der Gefährdung nicht im Rahmen ihrer Tätigkeit

Abhilfe schaffen können (Art. 314d VE ZGB). Das heisst, von der Meldepflicht sind primär schwerwiegende Fälle von Beeinträchtigungen des Kindeswohls, insbesondere Kindesmisshandlungen und strafbare Handlungen gegenüber Minderjährigen und Jugendlichen, erfasst. Personen, welche einem strafrechtlichen Berufsgeheimnis unterstehen, sollen diesbezüglich jedoch lediglich zur Meldung berechtigt, nicht aber verpflichtet sein (Art. 314d Abs. 1 VE ZGB). Fachpersonen mit einem nach dem Strafgesetzbuch geschützten Berufsgeheimnis, welche gleichzeitig in amtlicher Tätigkeit handeln (z.B. Ärztinnen und Ärzte in einem öffentlichen Spital oder Schulpsychologinnen und -psychologen), sind ebenfalls lediglich meldeberechtigt (vgl. Erläuternder Bericht zum Vernehmlassungsentwurf zur Änderung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches vom Dezember 2013, S. 18). Dies gilt hingegen nicht für den Kantonsarzt bzw. die Kantonsärztin, den Kantonstierarzt bzw. die Kantonstierärztin, den Kantonsapotheker bzw. die Kantonsapothekerin, den Kantonszahnarzt bzw. die Kantonszahnärztin.

Den Kantonen soll es inskünftig untersagt sein, weitere Meldepflichten an die Kinderschutzhörde vorzusehen (Art. 314d Abs. 2 VE ZGB). Es dürfen lediglich neue Melderechte vorgesehen werden. Die gleichen Grundsätze sollen neu auch für Meldungen betreffend Hilflosigkeit von erwachsenen Personen gelten (Art. 443 Abs. 2 VE ZGB).

Viele der im Bereich des Gesundheitswesens tätigen Fachpersonen haben regelmässig eine besondere Beziehung sowohl zu Kindern als auch zu erwachsenen Personen. Deshalb erweist sich die geplante Änderung des Zivilgesetzbuches auch für die Gesundheitsgesetzgebung als relevant. Gemäss der Konzeption der vorgesehenen Neuregelung im Zivilgesetzbuch sind sämtliche Personen, welche einem strafrechtlichen Berufsgeheimnis unterliegen, nicht zur Meldung verpflichtet, sondern lediglich dazu berechtigt. Dies betrifft aktuell insbesondere Ärzte und Ärztinnen, Zahnärzte und -ärztinnen, Chiropraktiker und Chiropraktorinnen, Psychologen und Psychologinnen, Apotheker und Apothekerinnen, Hebammen sowie deren Hilfspersonen (vgl. Art. 321 Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 [StGB; SR 311.0]). Im geplanten Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe ist überdies vorgesehen, dass inskünftig auch Pflegefachfrauen und -männer, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten sowie Ernährungsberaterinnen und -berater inskünftig dem Berufsgeheimnis unterstellt werden sollen (vgl. Art. 321 Ziff. 1 VE StGB; Erläuternder Bericht zum Vorentwurf zu einem Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe [GesBG] vom 13. Dezember 2013, S. 24). Somit wird der Kreis der vom Berufsgeheimnis geschützten Fachpersonen des Gesundheitswesens inskünftig noch erheblich erweitert werden.

Diese Ausnahme von der Meldepflicht wird damit begründet, dass Berufsgeheimnisträger und -trägerinnen in der Regel ein besonderes Vertrauensverhältnis zu ihren Patientinnen und Patienten haben, welches eine wichtige Voraussetzung für einen erfolgreichen Verlauf der betreffenden Arbeits-, Fürsorge- oder Unterstützungsbeziehung darstellt. Patientinnen und Patienten würden sich den betroffenen Fachpersonen nicht anvertrauen, wenn sie mit einer Weitergabe dieser Informationen rechnen müssten (vgl. Erläuternder Bericht zum Vernehmlassungsentwurf zur Änderung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches vom Dezember 2013, S. 19).

Wie bereits erwähnt, hält Art. 22 Abs. 1 der Verordnung betreffend die Einführung des Kindes- und Erwachsenenschutzrechts vom 3. Mai 2012 (GDB 211.61) fest, dass Mitarbeitende von privaten Institutionen, namentlich im Bereich der Betreuung und Pflege, sowie die Ärzte und Ärztinnen, welche in Ausübung ihres Berufes von der Hilfsbedürftigkeit Kenntnis erhalten, zur Meldung verpflichtet sind. Diese kantonale Regelung Norm steht im Widerspruch mit den geplanten Neuregelungen im Zivilgesetzbuch und im Strafgesetzbuch. Praktisch alle der in Art. 22 Abs. 1 der Verordnung betreffend die Einführung des Kindes- und Erwachsenenschutzrechts erwähnten Fachpersonen des Gesundheitswesens werden mittelfristig nur noch meldeberechtigt sein. Dementsprechend erweist sich die Aufrechterhaltung der betreffenden Bestimmung nicht mehr als sinnvoll. Inskünftig dürfen die Kantone ohnehin keine neuen Meldepflichten mehr vorsehen.

Die vorgesehene Änderungen des Zivilgesetzbuches sowie des Strafgesetzbuches sollen, aus den vorstehend dargelegten Gründen, im Rahmen der Revision der Gesundheitsgesetzgebung berücksichtigt werden. Die betreffenden Bestimmungen (Art. 314c, Art. 314d und Art. 443 Abs. 2 VE ZGB und Art. 364 VE StGB) werden durch einen allgemein gehaltenen Verweis in Art. 40 Abs. 2 des Entwurfs aufgenommen. Dabei wird festgehalten, dass sich die Pflicht bzw. die Berechtigung der auf dem Gebiet des Gesundheitswesens tätigen Personen, der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde über Gefährdungen des Kindeswohls, strafbare Handlungen gegenüber Minderjährigen sowie über die Hilfslosigkeit von Erwachsenen Meldung zu erstatten nach den Vorschriften des Zivilgesetzbuches, des Strafgesetzbuches sowie nach den weiteren einschlägigen Vorschriften des eidgenössischen und des kantonalen Rechts richtet. Durch diesen pauschalen Verweis erweist sich Art. 40 Abs. 2 des Entwurfs sowohl mit dem gegenwärtigen (Art. 314 Abs. 1 sowie Art. 443 ZGB und Art. 364 StGB) als auch mit dem inskünftig vom Bund erlassenen Recht (vorerwähnte Revision ZGB) als kompatibel. Dementsprechend sind Übergangsbestimmungen obsolet, wodurch die Gesetzesanwendung erheblich erleichtert wird.

Des Weiteren ist Art. 22 Abs. 1 der Verordnung betreffend die Einführung des Kindes- und Erwachsenenschutzrechts bereits auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens des neuen Gesundheitsgesetzes aufzuheben. Dies ist ohne Weiteres möglich, da die derzeit noch bestehende Möglichkeit der Kantone, weitere Melderechte vorzusehen, lediglich fakultativer Natur ist.

Abs. 3

Bei Verbrechen oder Vergehen gegen Leib und Leben oder gegen die sexuelle Integrität von Personen über 18 Jahren und in sämtlichen Fällen, wo das private oder öffentliche Offenbarungsinteresse das Geheimhaltungsinteresse der Patientin bzw. des Patienten offenkundig überwiegt (z.B. bei Heilmittel oder Heilmittelmisbräuchen), dürfen Personen, welche im Bereich des Gesundheitswesens tätig sind, der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde oder allenfalls dem Kantonsarzt bzw. der Kantonsärztin oder dem Kantonsapotheker bzw. der Kantonsapothekerin ihre Wahrnehmungen ebenfalls mitteilen, ohne dass eine entsprechende Pflicht bestehen würde (sog. Melderecht).

Abs. 4

Es kann vorkommen, dass bestimmte Patientinnen und Patienten ihre Rechnungen nicht ordnungsgemäss bezahlen. Die Durchsetzung der betreffenden Forderungen auf dem Betreuungsweg setzt voraus, dass über die behandelten Personen sowie über den Grund der Behandlung und die damit zusammenhängenden Forderungen Auskünfte erteilt werden. Das Interesse an der Durchsetzung von Forderungen für die erbrachten Leistungen vermag das private Interesse an der Geheimhaltung ohne Weiteres zu überwiegen. Aufgrund dessen erweist sich eine Befreiung von der Schweigepflicht von Gesetzes wegen als sachgerecht.

Abs. 5

Liegt kein Fall von Art. 40 Abs. 1 bis 4 des Entwurfs vor, kann die Patientin bzw. der Patient, und soweit öffentliche Interessen auf dem Spiel stehen, das Finanzdepartement die betreffende Fachperson von der Schweigepflicht entbinden (vgl. Art. 28 Abs. 2 Gesundheitsgesetz).

Abs. 6

Da es sich bei den gemeldeten Sachverhalten um besonders schützenswerte Personendaten handelt, ist sicherzustellen, dass die betreffenden Daten einzig den berechtigten Personen zu-

gänglich gemacht werden. Insbesondere beim E-Mail-Verkehr sind erhöhte Sicherheitsbemühungen angezeigt.

Art. 41 *Amtliche Verrichtungen*

Abs. 1

Aufgrund des Fachwissens und der Praxiserfahrung von Ärzten bzw. Ärztinnen, Zahnärzten bzw. Zahnärztinnen, Tierärzten und -ärztinnen und Apothekern bzw. Apothekerinnen kann es sich in bestimmten Fällen als sachgerecht und praxisnah erweisen, diese bei Bedarf für amtsärztliche und andere amtsärztlich angeordnete gesundheitspolizeiliche Verrichtungen heranzuziehen. Dies ist unter anderem auch deshalb notwendig, weil es sich beim Kanton Obwalden um einen kleinen Kanton handelt, welcher beim kantonsärztlichen Dienst das Milizsystem kennt.

Insbesondere die Legalinspektion (Leichenschau) durch die Ärzte und Ärztinnen führt immer wieder zu Diskussionen. Grundsätzlich übernimmt die Legalinspektion im Kanton Obwalden der Kantonsarzt bzw. die Kantonsärztin oder jene Personen, welche die Stellvertretung innehaben. Sind die vorgenannten Personen nicht verfügbar, bietet die Polizei jeweils einen Hausarzt bzw. eine Hausärztin auf. Jedoch sind Letztere nicht immer dazu bereit, diese Aufgabe zu übernehmen. Mit Art. 41 Abs. 1 des Entwurfs soll neu die erforderliche gesetzliche Grundlage für die Inanspruchnahme von Fachpersonen im Bereich des Gesundheitswesens, die über eine Berufsausübungsbewilligung verfügen, für amtliche Verrichtungen geschaffen werden.

Aus Sicht von OW~cura löst die Verpflichtung aller am Notfalldienst beteiligten Dienstärzte das Problem der Legalinspektion nicht. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Anspruch an eine professionelle und forensisch korrekte Legalinspektion und deren Durchführung durch die Dienstärzte. Zudem werde es schwierig sein, einen Nachfolger resp. eine Nachfolgerin als Kantonsarzt resp. Kantonsärztin zu finden, welche die belastende Aufgabe der amtlichen Verrichtungen grösstenteils übernehmen müsse. Als Alternativen komme einerseits eine Zusammenarbeit mit dem Institut für Rechtsmedizin Zürich infrage oder ein Modell von freiwilligen Ärzten aus Obwalden (resp. dem Sarneraatal). Letztes nach vorausgegangener Weiterbildung und bei angemessener Entlohnung für Pikettdienste und Einsätze. Das Finanzdepartement klärt zurzeit den Bedarfsrahmen (organisatorisch, personell, finanziell).

Generell besteht die Bereitschaft des Regierungsrats sich dem Problem zu stellen und eine saubere, zukunftsfähige Lösung zu erarbeiten. Diese muss aber in einem zumutbaren finanziellen Rahmen bleiben. Wie auch immer diese Lösung aussehen wird, auf Art. 41 Abs. 1 des Entwurfs zur Verpflichtung für amtliche Verrichtungen als „Rückfallebene“ kann nicht verzichtet werden, auch wenn eine Auswahl an freiwilligen Ärzten diesen Dienst übernehmen sollte.

Abs. 2

Die Beanspruchung der zur Vornahme von amtlichen Verrichtungen verpflichteten Personen ist zu entschädigen. Aufgrund dessen wird dem Regierungsrat die Kompetenz eingeräumt, die Tarife hierfür kostendeckend in Ausführungsbestimmungen festzulegen. Dabei hat er sich grundsätzlich an den Sozialversicherungstarifen zu orientieren.

Art. 42 *Ambulanter Notfalldienst*

Abs. 1

Der ambulante Notfalldienst wurde nach dem bisherigen Gesundheitsgesetz durch die kantonale Ärztegesellschaft organisiert und gewährleistet. Die immer stärkere Spezialisierung der Ärz-

teschaft sowie der steigende Anteil von Teilzeitpensen, der sich mit dem rasch wachsenden Frauenanteil in der Ärzteschaft noch stärker ausweiten wird, stellen das angestammte System des Notfalldiensts rund um die Uhr während 365 Tagen pro Jahr zunehmend infrage. Seit dem 31. Oktober 2009 betreiben deshalb das Kantonsspital Obwalden und die Hausärzte und -ärztinnen gemeinsam eine Notfallpraxis an Wochenenden und Feiertagen. Durch diese konstruktive Zusammenarbeit lassen sich Doppelspurigkeiten weitgehend vermeiden, wovon Spital, Hausärzte und -ärztinnen sowie Patientinnen und Patienten gleichermaßen profitieren. Die Notfallpraxis am Kantonsspital ist gut erreichbar und ermöglicht eine Triage, die den Notfall des Kantonsspitals von „einfachen“ Fällen entlastet für welche keine Spitalinfrastruktur benötigt wird.

Trotz dieser innovativen Lösung hat sich die Sicherstellung des Diensts in der ambulanten Notfallpraxis in jüngster Zeit als zunehmend schwierig erwiesen, weshalb eine Regelung in der kantonalen Gesetzgebung notwendig wird.

Ärzte bzw. Ärztinnen, Zahnärzte bzw. -ärztinnen und Tierärzte bzw. -ärztinnen, die über eine Berufsausübungsbewilligung verfügen, sind gemäss Art. 42 Abs. 1 des Entwurfs, unabhängig davon, ob sie einem Berufsverband angehören, zur Mitarbeit im Notfalldienst verpflichtet.

Art. 34 des geltenden Gesundheitsgesetzes erfasst ebenfalls die Apotheker und Apothekerinnen. Ein Notfalldienst für Apotheker bzw. Apothekerinnen soll jedoch inskünftig, aufgrund dessen, dass die Ärzte bzw. Ärztinnen über das Recht der Selbstdispensation verfügen, nicht mehr vorgeschrieben werden.

Von der Notfalldienstplicht befreit sind zudem der Kantonsarzt- bzw. die Kantonsärztin, der Kantonstierarzt bzw. die Kantonstierärztin und der Kantonszahnarzt bzw. die Kantonszahnärztin.

Abs. 2

Zur besseren Verteilung der Arbeitslast können ebenfalls Medizinalpersonen, die unter der Verantwortung sowie der fachlichen Aufsicht der notfalleistungspflichtigen Personen stehen, in angemessener Weise für den Notfalldienst beansprucht werden.

Personen, die sich am Notfalldienst einer Einrichtung des Gesundheitswesens beteiligen (z.B. Notfalldienst eines Spitals), sind nicht mehr zur Teilnahme am ambulanten Notfalldienst verpflichtet.

Abs. 3 und 4

Es obliegt den betreffenden Berufsorganisationen, mittels eines Organisationsreglements eine zweckmässige Organisation zu gewährleisten. Daher soll ihnen die Kompetenz eingeräumt werden, die Art, den Umfang sowie den Ort bzw. die Lokalität der Einsätze der notfalleistungspflichtigen Personen zu bestimmen (vgl. Art. 42 Abs. 3 Bst. a Entwurf). Sie können zudem bestimmte Personen, sofern sie das Vorliegen von wichtigen Gründen nachzuweisen vermögen, vom ambulanten Notfalldienst befreien, sofern dieser weiterhin ordnungsgemäss betrieben werden kann (vgl. Art. 42 Abs. 3 Bst. b Entwurf).

Mit Art. 42 Abs. 3 Bst. c des Entwurfs soll auf Antrag von OW~cura die Möglichkeit geschaffen werden, bei Unstimmigkeit eine medizinische Gutachterstelle mit der Abklärung der Dienstfähigkeit zu beauftragen. Ein von einem Arzt oder einer Ärztin für sich selber ausgestellter Dispens für den Notfalldienst hat nicht die gleiche Aussagekraft wie ein extern erstelltes Gutachten.

Mit Art. 42 Abs. 3 Bst. d und Abs. 4 des Entwurfs soll zudem die notwendige gesetzliche Grundlage für die Erhebung einer zweckgebundenen Ersatzabgabe für die Befreiung von der Notfall-

dienstplicht geschaffen werden. Da eine Ersatzabgabe eine öffentlich-rechtliche Kausalabgabe darstellt, wird der Kreis der Abgabepflichtigen, der Gegenstand der Abgabe und die Bemessungsgrundlagen bereits auf Gesetzesstufe geregelt (vgl. Art. 164 Abs. 1 Bst. d BV und Urteil des Bundesgerichts 2C_807/2010 vom 25. Oktober 2011, E. 3). Mit der Festlegung eines jährlichen Maximalansatzes in der Höhe von Fr. 6 000.– und dem Grundsatz, dass sich die Höhe der Ersatzabgabe an der Anzahl nicht geleisteter Dienste zu orientieren hat, wird ein verbindlicher Rahmen vorgegeben. Bei triftigen Gründen, wie namentlich Krankheit, Schwangerschaft, Erreichen eines bestimmten, fortgeschrittenen Alters, steht es im pflichtgemässen Ermessen der Berufsverbände, für Personen, die vom ambulanten Notfalldienst befreit worden sind oder deren Beteiligungspflicht am ambulanten Notfalldienst reduziert wurde, die Höhe der Ersatzabgabe in angemessener Weise herabzusetzen.

Abs. 5

Bei allfälligen Streitigkeiten zwischen den Berufsverbänden und den notfalldienstpflchtigen Personen entscheidet das Finanzdepartement mittels Verfügung. Dies dient der Gewährleistung des Rechtsschutzes, welcher auch dann sichergestellt sein muss, wenn eine staatliche Aufgabe an private Organisationen delegiert wird.

Abs. 6

Der Regierungsrat wird zum Erlass von Ausführungsbestimmungen ermächtigt. Ferner kann der Regierungsrat die Berufsorganisationen mit Beiträgen (z.B. Ausrüstungs- und Weiterbildungskosten) finanziell unterstützen.

Für die Organisation des Notfalldiensts erhält OW~cura heute schon Fr. 10 000.- ohne explizite gesetzliche Grundlage.

Art. 43 *Sicherstellung und Koordination des ambulanten Notfalldiensts*

Abs. 1

Zur Sicherstellung der ordnungsgemässen Organisation und Durchführung des ambulanten Notfalldiensts kann das Finanzdepartement verbindliche Weisungen erlassen oder im Einzelfall die erforderlichen Massnahmen treffen. Es ist ebenfalls für die Gewährleistung einer zweckmässigen Koordination zwischen ambulanter und stationärer Notfallversorgung zuständig (z.B. finanzielle Unterstützung der Notfallpraxis des Kantonsspitals, Erstellung eines Dienstplans, wenn die Organisation des Notfalldiensts nicht an eine Berufsorganisation übertragen werden kann).

Abs. 2

Zwecks Sicherstellung des ambulanten Notfalldiensts sowie zwecks Koordination des ambulanten Diensts mit dem Notfall des Spitals kann das Finanzdepartement zudem entsprechende Projekte fördern und unterstützen.

Aktuell ist ein entsprechendes Projekt (noch) nicht notwendig. Mit dem revidierten Gesundheitsgesetz soll jedoch eine solche Möglichkeit vorgesehen werden, falls es in naher Zukunft zu wenig Hausärzte gibt - ein Szenarium, welches nicht auszuschliessen ist. In diesem Falle könnte der Kanton beispielsweise die Anstellung eines externen Arztes oder einer externen Ärztin finanzieren. Ebenso könnte sich der Kanton an den Kosten des Notfalldiensts beteiligen, falls sich der Betrieb nicht kostendeckend führen lässt. Aktuell erwirtschaftet die ambulante Notfallpraxis am Kantonsspital einen Gewinn für die beteiligten Hausärzte.

5. Bewilligungspflichtige Einrichtungen

Art. 44 *Bewilligungspflicht*

Abs. 1

Errichtung und Betrieb von Einrichtungen des Gesundheitswesens bedürfen einer Bewilligung des Finanzdepartements.

Abs. 2

Art. 44 Abs. 2 des Entwurfs enthält eine nicht abschliessende Aufzählung bewilligungspflichtiger Einrichtungen im Bereich des Gesundheitswesens.

Abs. 2 Bst. a und b

Die geltende gesetzliche Regelung in Art. 41 des Gesundheitsgesetzes sah namentlich für Krankenanstalten, Pflegeheime oder medizinische Institute eine Bewilligungspflicht vor. Diese Bestimmungen werden ins neue Gesetz übernommen.

Abs. 2 Bst. c, e und f

Die Liste der bewilligungspflichtigen Einrichtungen wird jedoch erheblich erweitert. Dies, weil das Bundesrecht inzwischen auch kantonale Zulassungen bzw. Betriebsbewilligung für die Spitzex, Organisationen der Ergotherapie, Organisationen der Physiotherapie, Organisationen der Ernährungsberatung, Laboratorien, Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen, Geburtshäuser, Transport- und Rettungsunternehmen sowie Heilbäder vorsieht (vgl. Art. 51 ff. KVV).

Abs. 2 Bst. d

Die Krankenversicherungsgesetzgebung erfasst zudem auch Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen (vgl. Art. 35 Abs. 2 Bst. n KVG und Art. 36a KVG).

Von der Terminologie „*Einrichtungen, welche der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen*“, werden Anstellungsverhältnisse von Ärzten und Ärztinnen ausserhalb von Spitälern, wie etwa HMO's, und juristische Personen, die Ärzte und Ärztinnen anstellen, ohne dem HMO-Modell zu folgen, erfasst (vgl. Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), Zürich/Basel/Genf 2010, N 5 zu Art. 36a KVG).

Einzelarztpraxen fallen dementsprechend nicht darunter, sie benötigen wie bisher keine Betriebsbewilligung.

Abs. 2 Bst. g

Andererseits benötigen Institutionen nach dem Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG; SR 812.21) ebenfalls bereits aufgrund bundesrechtlicher Vorschriften eine kantonale Bewilligung.

Unter den Begriff „*Institutionen, die nach dem HMG eine kantonale Bewilligung benötigen*“, fallen öffentliche Apotheken, Heimapotheken und Drogerien, die Arzneimittel abgeben (Art. 30 HMG), im Versandhandel von Heilmitteln tätige Unternehmen (Art. 27 Abs. 4 HMG) sowie Betriebe, welche Blut oder Blutprodukte lediglich lagern (Art. 34 Abs. 4 HMG). Die Bewilligung von Privat- und Spitalapotheken richtet sich dahingegen nach Art. 71 des Entwurfs.

Abs. 3

Der Regierungsrat ist ermächtigt, im Bedarfsfall weitere Einrichtungen als bewilligungspflichtig zu bezeichnen oder für diese spezielle Voraussetzungen zum Betrieb zu erlassen.

Bei öffentlichen Bädern besteht zweifellos ein öffentliches Interesse an einer spezifischen Reglementierung. Diese wurden bislang gestützt auf Art. 42 des geltenden Gesundheitsgesetzes mittels kantonsrätlicher Verordnung geregelt (Verordnung über öffentliche Badeanstalten und weitere Einrichtungen vom 24. Oktober 1991 [GDB 810.11]). Diese Verordnung erfasst öffentliche Seebäder, öffentliche Bäder mit künstlichen Schwimmbecken, Schwimmbäder, Sprudelbäder und dergleichen in Hotels, Schulen, Heil- und Erziehungsanstalten, Heilbäder, Saunabetriebe, Dampfbäder und ähnliche Betriebe (vgl. Art. 1 Verordnung über öffentliche Badeanstalten und weitere Einrichtungen). Ein Blick in die Regelungen der anderen Kantone hat deutlich gemacht, dass die Unterstellung von Saunabetrieben, Dampfbädern und ähnlichen Betrieben unter die behördliche Kontrolle nicht mehr zeitgemäss ist. Zudem sind die Heilbäder mittlerweile bereits durch die Krankenversicherungsgesetzgebung ausreichend reglementiert. Im Rahmen der Revision des Gesundheitsgesetzes soll die Verordnung über öffentliche Badeanstalten und weitere Einrichtungen aufgehoben werden. Die entsprechenden Bestimmungen sollen in die neu zu erlassenden Ausführungsbestimmungen über die Berufe und die Einrichtungen des Gesundheitswesens integriert werden.

Die Benutzung von Solarien im jungen Alter erhöht das Risiko erheblich, an Hautkrebs zu erkranken. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt aufgrund dessen ein Solarium-Verbot für Minderjährige. Der Bundesrat lässt derzeit prüfen, ob Minderjährigen der Zutritt zu öffentlichen Solarien verboten werden soll. Im Kanton Jura besteht bereits seit September 2012 ein entsprechendes Verbot, welches sich jedoch nur auf die öffentlichen Solarien erstreckt. Dabei liegt es in der Verantwortung der Solarium-Betreiber, dass das Verbot eingehalten wird. In den Ausführungsbestimmungen über die Berufe und die Einrichtungen des Gesundheitswesens soll ebenfalls eine solche Regelung vorgesehen werden.

Art. 45 *Bewilligungsvoraussetzungen*

Abs. 1

Die Bewilligungsvoraussetzungen für die Einrichtungen des Gesundheitswesens orientieren sich inhaltlich weitgehend an den Voraussetzungen für die privatrechtliche, in eigener fachlicher Verantwortung erfolgende Berufsausübung (Art. 34 Entwurf) und an den einschlägigen bundesrechtlichen Bestimmungen.

Abs. 1 Bst. a

Für eine Betriebsbewilligung ist eine gesamtverantwortliche Person der Einrichtung zu bezeichnen.

Abs. 1 Bst. b

Die gesamtverantwortliche Person hat über eine Berufsausübungsbewilligung zu verfügen, die das Leistungsangebot des Betriebs abzudecken vermag. Damit wird sichergestellt, dass die betreffende Person über die erforderlichen Fähigkeiten verfügt, die Einhaltung der gesundheitspolizeilichen Vorschriften innerhalb des betreffenden Betriebs zu beaufsichtigen. Sie hat während den ordentlichen Betriebszeiten grundsätzlich anwesend zu sein.

Abs. 1 Bst. c

Zudem ist eine qualifizierte Stellvertretung der gesamtverantwortlichen Person sicherzustellen.

Abs. 1 Bst. d

Des Weiteren muss die Einrichtung über eine zweckentsprechende medizinische und betriebliche Infrastruktur sowie über ein geeignetes Qualitätssicherungssystem verfügen.

Abs. 1 Bst. e

Zudem ist auf den Zeitpunkt der Betriebsaufnahme (analog zur Berufsausübungsbewilligung) eine der Art und dem Umfang der Risiken entsprechende Betriebshaftpflichtversicherung abzuschliessen.

Abs. 1 Bst. f

Sieht das übergeordnete Recht zusätzliche Bestimmungen für bestimmte Einrichtungen vor, sind diese selbstverständlich zu befolgen.

Aufgehoben: *Art. 35 Einrichtung von Apotheken*

Dem Finanzdepartement kommt bis anhin gemäss Art. 35 des geltenden Gesundheitsgesetzes die Aufgabe zu, Pläne für den Neubau und Umbau einer Apotheke zu genehmigen. Diese Bestimmung wird aufgehoben. Die Bewilligungsvoraussetzungen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sind nun generell in Art. 45 des revidierten Gesundheitsgesetzes geregelt.

Art. 46 *Ergänzende Bestimmungen*

Abs. 1

Der Regierungsrat bezeichnet die zuständigen Bewilligungsinstanzen, die Anforderungen an die Gesuchsunterlagen sowie die weiteren Pflichten mittels Ausführungsbestimmungen.

Vorbehalten sind selbstverständlich allfällige Vorschriften des übergeordneten Rechts. Es handelt sich bei den betreffenden Ausführungsvorschriften lediglich um Normen mit einem technischen, vollziehenden Charakter. Erhebliche Ermessensspielräume kommen dem Regierungsrat diesbezüglich nicht mehr zu. Auch in den meisten anderen Kantonen werden die Vollzugsvorschriften für die Einrichtungen des Gesundheitswesens durch den Regierungsrat erlassen. Wie bereits in den Erläuterungen zu Art. 31 Abs. 2 des Entwurfs erwähnt, werden diese Bestimmungen zusammen mit den Berufen über das Gesundheitswesen geregelt. Es kann deshalb betreffend Kompetenzregelung auf die entsprechenden Ausführungen verwiesen werden.

Abs. 2

Das Finanzdepartement ist ermächtigt, zwecks Sicherstellung eines einheitlichen Gesetzesvollzugs, für die einzelnen Betriebsformen verbindliche Richtlinien, die über die im vorliegenden Gesetzesentwurf definierten generellen Bestimmungen hinausgehen, zu erlassen.

Abs. 3

Für die Beschäftigung von Personen mit abgeschlossener Ausbildung und Praktikanten, welche ihre Tätigkeit nicht in eigener fachlicher Verantwortung ausüben und unter der direkten Aufsicht einer Fachperson stehen, gelten die Vorschriften für die privatrechtlich und in eigener fachlicher Verantwortung im Bereich des Gesundheitswesens tätigen Personen, die einen bewilligungspflichtigen Beruf ausüben, sinngemäss. Spitäler, Kliniken, sowie öffentliche Apotheken und tierärztliche Praxisbetriebe benötigen diesbezüglich keine Bewilligung.

Abs. 4

Des Weiteren sind ebenfalls die Bestimmungen von Art. 34 Abs. 3 bis 5 (Bewilligungsvoraussetzungen), Art. 35 (Entzug der Bewilligung) und Art. 36 (Erlöschen der Bewilligung) des Ent-

wurfs analog anzuwenden. Durch die entsprechenden Verweise lässt sich das Gesetz schlanker und vollzugsfreundlicher ausgestalten. Art. 43 des geltenden Gesundheitsgesetzes enthält lediglich einen Verweis auf den Bewilligungsentzug und weist somit noch Lücken auf.

6. Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten

Unter „Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten“ werden jene Rechtsnormen verstanden, die das Rechtsverhältnis zwischen Patientin oder Patient und behandelnder Person oder Institution regeln. Patientenrechte legen einerseits fest, welche Rechte und Pflichten die Patientinnen und Patienten gegenüber der behandelnden Person oder Institution haben. Andererseits wird festgelegt, welche Rechte und Pflichten der behandelnden Person oder Institution gegenüber den Patientinnen und Patienten zukommen. Die Patientenrechte dienen damit sowohl dem Schutz der behandelten Personen vor unzulässigen Eingriffen in ihre persönliche Freiheit und Würde als auch dem Schutz der behandelnden Institutionen vor ungerechtfertigten Ansprüchen seitens der Patientinnen und Patienten.

Die Rechte und Pflichten der Patienten sollen neu nicht mehr in Art. 26 ff. der Spitalverordnung und in der Verordnung über Patientenrechte vom 24. Oktober 1991 (GDB 830.31), sondern direkt im Gesundheitsgesetz geregelt werden. Die Verordnung über Patientenrechte wird entsprechend aufgehoben.

Ein Blick auf die Gesundheitsgesetze der anderen Kantone zeigt deutlich auf, dass die Patientenrechte und -pflichten neuerdings vermehrt bereits auf Gesetzesstufe, bevorzugterweise im jeweiligen Gesundheitsgesetz, geregelt werden, da diesem Bereich immer mehr Beachtung geschenkt wird. Die Regelung dieser Materie auf Stufe Gesundheitsgesetz wirkt überdies der Rechtszersplitterung entgegen, weil dadurch ein zentraler Aspekt nicht separat mittels Verordnungen geregelt werden muss.

Eine Überarbeitung der Patientenrechte und -pflichten drängt sich zudem auch aufgrund des neuen Erwachsenenschutzrechts (Änderung des Zivilgesetzbuchs vom 19. Dezember 2008 [BBl 2009, 141]) auf.

6.1. Allgemeines

Art. 47 *Grundsätze*

Abs. 1

Die Neuregelung sieht vor, dass die Patientenrechte und -pflichten nicht nur bei bewilligungspflichtigen Berufen und Einrichtungen (vgl. Art. 1 Verordnung über Patientenrechte), sondern von sämtlichen Personen, die eine Tätigkeit im Bereich des Gesundheitswesens ausüben, sowie in sämtlichen Einrichtungen, welche eine Betriebsbewilligung benötigen, zu beachten sind. Damit soll ein hoher Standard für den Patientenschutz sowie eine angemessene Qualitätsgarantie im Gesundheitswesen sichergestellt werden.

Abs. 2

Es ist selbstverständlich, dass die Behandlung stets unter Einhaltung sämtlicher anerkannter Berufsgrundsätze und somit gemäss dem allgemein geltenden Wissens- und Praxisstand zu erfolgen hat. Zudem sind auch die Grundsätze der Verhältnismässigkeit und der Wirtschaftlichkeit zwingend zu beachten. Diese Regelung deckt sich inhaltlich zu weiten Teilen mit Art. 2 Abs. 1 der Verordnung über Patientenrechte.

Abs. 3

Sämtliche Patientinnen und Patienten verfügen, ungeachtet ihres Alters, ihres Geschlechts und ihrer Religion über einen Anspruch auf eine ihrem jeweiligen Krankheitszustand angemessene Untersuchung, Pflege und Behandlung. Dies setzt jedoch voraus, dass diese ihren Patientenpflichten entsprechend nachkommen und dazu beitragen, einen Heilungserfolg zu begünstigen. Die verfassungsmässigen Rechte der Patientinnen und Patienten auf persönliche Freiheit, Privatsphäre und Achtung der Persönlichkeit sind stets zu beachten (vgl. auch Art. 26 Abs. 1 Spitalverordnung und Art. 2 Abs. 2 Verordnung über Patientenrechte). Überdies haben die Patientinnen und Patienten ein Recht auf Information und Selbstbestimmung.

Abs. 4

Das Tötungsverbot gilt in der Schweiz uneingeschränkt. Die direkte aktive Sterbehilfe (gezielte Tötung durch Verkürzung der Leiden eines Menschen) ist somit verboten. Die indirekte aktive Sterbehilfe (Einsatz von Mitteln, deren Nebenwirkungen die Lebensdauer herabsetzen können) sowie die passive Sterbehilfe (Verzicht auf die Einleitung lebenserhaltender Massnahmen oder Abbruch solcher Massnahmen) sind hingegen unter gewissen Voraussetzungen straflos. Diese Straflosigkeit ergibt sich zum einen aus der Anwendung allgemeiner strafrechtlicher Zurechnungsregeln. Zum anderen genießt der Entscheid der Patientin resp. des Patienten, lebensverlängernde Behandlungen nicht anzuwenden oder abzurechen sogar grundrechtlichen Schutz. Der Bundesrat hat am 29. Juni 2011 nach mehreren vertieften Prüfungen festgehalten, dass weder auf Bundesebene noch auf kantonaler Ebene ein ausgewiesener Handlungsbedarf besteht, und entschieden, dass keine ausdrückliche Regelung der organisierten Suizidhilfe im Strafrecht erforderlich ist. Allfällige Missbräuche können mit den geltenden gesetzlichen Mitteln bekämpft werden, weshalb auch im vorliegenden Entwurf keine diesbezüglichen Regelungen enthalten sind.

Der Bundesrat hat aber im Rahmen seines Entscheids bekräftigt, dass in Zusammenarbeit mit den Kantonen Palliative Care weiterhin gefördert werden soll, um die Anzahl der Suizide zu verringern.

Mit der „Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012“ des BAG und der GDK wurde das Hauptziel definiert, Palliative Care gemeinsam mit den wichtigsten Akteuren im Gesundheits-, Sozial-, Bildungs- und Forschungswesen zu verankern. Im Kanton Obwalden befasst sich seit Anfangs 2013 eine Arbeitsgruppe mit Palliative Care. Die 20 Mitglieder umfassende Arbeitsgruppe mit Akteuren aus den Bereichen Pflege, Medizin, Betreuung/Beratung und Politik, hat sich einstimmig und vehement dafür ausgesprochen, dass Palliative Care im revidierten Gesundheitsgesetz festgehalten wird. Nur noch fünf andere Kantone verfügen neben Obwalden über keine rechtlichen Grundlagen von Palliative Care.

Mit Art. 47 Abs. 4 des Entwurfs wird die Palliativmedizin und -pflege mit einem eigenen Absatz geregelt. Palliative Care bedeutet Sterbebegleitung durch medizinische Unterstützung und Betreuung, die hauptsächlich Leiden und Schmerzen lindern sowie die bestmögliche Lebensqualität gewährleisten will. Dies kann auch die Lebensdauer beeinflussen und dementsprechend in einigen Fällen eine Verkürzung der Lebensdauer bedeuten. Palliative Care ist jedoch klar von der Sterbehilfe zu unterscheiden. Im Gegensatz zur *Sterbehilfe*, die Fremdtötungen durch Intervention eines Dritten umschreibt, geht es bei der *Sterbebegleitung* von Palliative Care darum, den nahenden Tod begleitenden Beschwerden erträglicher zu machen und stellt insofern eine klare Alternative zur Suizidhilfe dar.

Palliative Care beinhaltet sämtliche medizinischen und pflegerischen Massnahmen sowie die psychische, soziale und seelsorgerische Unterstützung von Patientinnen und Patienten sowie von dessen Angehörigen. Es werden dabei die anerkannten Grundsätze der Palliativmedizin und -pflege beachtet, insbesondere der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) oder des nationalen Dachverbandes palliative ch.

Abs. 5

Die Seelsorge ist im Bereich der stationären Untersuchung, Behandlung und Pflege uneingeschränkt zuzulassen. Dies gilt sowohl für die Angehörigen der öffentlich-rechtlich anerkannten Kirchen als auch für andere Glaubensgemeinschaften. Dabei ist jedoch stets ein geordneter Betrieb der betreffenden stationären Einrichtung zu gewährleisten. Art. 47 Abs. 5 des Entwurfs entspricht inhaltlich Art. 32 der Spitalverordnung.

Art. 48 *Aufklärung*

Abs. 1

Art. 48 Abs. 1 des Entwurfs basiert weitgehend auf Art. 3 der Verordnung über Patientenrechte. Neu wird ausdrücklich festgehalten, dass die Aufklärung unaufgefordert sowie in verständlicher und geeigneter Form zu erfolgen hat. Damit wird nicht nur der Umfang, sondern auch die Art und Weise der Aufklärung unmissverständlich umschrieben. Es wird überdies klar festgehalten, dass die Patientinnen und Patienten auch über mögliche Behandlungsalternativen sowie die Kostenfolgen (z.B. bei Leistungen, die nicht von der obligatorischen Krankenversicherung abgedeckt sind, vgl. dazu Art. 8 Verordnung über Berufe der Gesundheitspflege) eingehend aufgeklärt werden müssen. Dies stellt eine sinnvolle Ergänzung des bisherigen Gesetzestextes dar.

Abs. 2

Des Weiteren erlaubt Art. 48 Abs. 2 des Entwurfs inskünftig eine Beschränkung der Aufklärung, sofern eine vollständige Information der Patientin bzw. dem Patienten allenfalls zum Nachteil reichen würde. Sie hat jedoch trotzdem zu erfolgen, wenn sie ausdrücklich gewünscht wird. Wünscht eine Patientin bzw. ein Patient ausdrücklich keine umfassende Aufklärung, so hat sie dies unterschriftlich zu bestätigen. Im Übrigen ist Art. 48 Abs. 2 des Entwurfs nur sehr restriktiv und in eigentlichen Härtefällen anwendbar. Dies ist dann der Fall, wenn eine umfassende Aufklärung der Patientin bzw. dem Patienten zum Schaden reichen würde (z.B. Auslösen von Angstzuständen, welche den Therapieerfolg beeinträchtigen würden). Man spricht vom sogenannten therapeutischen Privileg. Eine solche Bestimmung kennen ebenfalls die Kantone Aargau und Zug. Bereits in Art. 3 Abs. 3 der Verordnung über Patientenrechte wird die Möglichkeit der „*schonenden*“ Aufklärung ausdrücklich vorgesehen.

Abs. 3

Liegt Gefahr im Verzug und ist sofortiges Handeln im Interesse der Patientin bzw. des Patienten dringend erforderlich, so ist für eine vorgängige Aufklärung keine Zeit mehr vorhanden. Aufgrund dessen ist die Aufklärung nach erfolgter Notbehandlung nachzuholen. Diese Bestimmung sieht Art. 3 Abs. 3 der geltenden Verordnung über die Patientenrechte ebenfalls schon vor.

Art. 49 *Mitwirkungspflicht*

Abs. 1

Wie die Überschrift Patientenrechte und -pflichten bereits andeutet, verfügen Patientinnen und Patienten gegenüber den Fachpersonen des Gesundheitswesens nicht nur über bedeutsame Rechte, sondern auch über Pflichten. Erstere sind aufgrund dessen gehalten, im Rahmen der Behandlung in zumutbarer Weise zur Erzielung eines Heilungserfolgs beizutragen.

Abs. 2

Die Patientinnen und Patienten sind insbesondere verpflichtet, sämtliche relevanten, dem Behandlungserfolg und der erforderlichen Datenerfassung dienenden Informationen über ihren Gesundheitszustand (z.B. Angaben über Zigaretten-, Alkohol oder Drogenkonsum), ihre Person (z.B. Geburtsgebrechen, genetische Defekte) oder ihr Umfeld zu erteilen. Eine solche Pflicht ist auch in Art. 30 der aktuellen Spitalverordnung angeführt.

Art. 50 *Dokumentation*

Abs. 1 und 2

Gemäss Art. 50 Abs. 1 des Entwurfs ist über jede Patientin bzw. jeden Patienten eine Dokumentation zu führen, die Aufschluss über Aufklärung, Untersuchung, Diagnose, Behandlung, Pflege und allfällige Zwangsmassnahmen gibt und laufend nachzuführen ist. Die Urheberschaft und die Datierung der Einträge müssen aus der Dokumentation zweifelsfrei hervorgehen. Diese Verpflichtung ergibt sich für jene Personen, die über eine Berufsausübungsbewilligung verfügen, bereits aus Art. 9 der Verordnung über Berufe der Gesundheitspflege. Für das Kantonsspital ergibt sich diese Pflicht aus Art. 25 der Spitalverordnung. Wobei in diesen Erlassen von „Aufzeichnung“ gesprochen wurde. Im neuen Gesundheitsgesetz soll auf den heute gebräuchlicheren Begriff der „Dokumentation“ gewechselt werden. Neu soll die Dokumentationspflicht zudem für sämtliche Personen, die einer Tätigkeit im Bereich des Gesundheitswesens nachgehen und für sämtliche Einrichtungen gelten.

Abs. 3 und 4

Die Dokumentation kann sowohl in schriftlicher als auch in elektronischer Form erfolgen. Änderungen bestehender Einträge sind zu dokumentieren, damit die Rückverfolgung von Handlungen und Ereignissen möglich ist. Auf Papier werden geänderte Einträge durchgestrichen, in elektronischen Systemen müssen sie historisiert werden, wobei gleichzeitig Zeitpunkt und Autor vom System geloggt werden müssen. Überdies ist bei beiden Formen der Dokumentation mittels sicherheitstechnischer Massnahmen dafür zu sorgen, dass einzig die berechtigten Personen Zugriff auf die betreffenden Daten erlangen können, um sie vor Verlust (z.B. Diebstahl, Hochwasser, aber auch fehlendes Backup oder Unlesbarkeit infolge Formatänderung im elektronischen Bereich), sowie unerlaubter Einsichtnahme und Veränderungen zu schützen.

Abs. 5

Was die Aufbewahrung der Dokumentation anbelangt, sind die Interessen des Persönlichkeitsschutzes (Selbstbestimmungsrecht) und des Patienteninteresses mit den berechtigten Informations- und Überlieferungsinteressen der Forschung und der Öffentlichkeit möglichst miteinander in Einklang zu bringen. Als Grundsatz gilt, dass die Dokumentation nach Abschluss der letzten Behandlung zehn Jahre lang aufbewahrt werden muss (vgl. Art. 9 Abs. 2 Verordnung über Berufe der Gesundheitspflege und Art. 25 Abs. 2 Spitalverordnung). Während dieses Zeitraums steht sie im Eigentum der behandelnden Fachperson oder Einrichtung. Es ist jedoch möglich, dass diese gemäss freiwilliger Vereinbarung bereits zu einem früheren Zeitpunkt an die betreffende Patientin bzw. den betreffenden Patienten herausgegeben wird, sofern keine längere Aufbewahrungsfristen aufgrund von Bundesrecht bestehen (vgl. Art. 40 HMG: 20 Jahre; Art. 35 Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen vom 8. Oktober 2004 [Transplantationsgesetz; SR 810.21]: 20 Jahre). Ist die Aufbewahrungsfrist abgelaufen, so haben die Patientinnen und Patienten das Recht, die Herausgabe der Dokumentation im Original und ohne Rückbehalt

von Kopien sowohl von privaten Fachpersonen und Einrichtungen des Gesundheitswesens als auch von öffentlichen Einrichtungen zu fordern.

Nach zehn bzw. 20 Jahren haben private Fachpersonen und Einrichtungen des Gesundheitswesens die Dokumentation zu vernichten.

Institutionen mit öffentlichen Aufgaben des Gesundheitswesens (Kanton, Gemeinden oder Personen, welche öffentliche Aufgaben wahrnehmen) sind nach Ablauf der betreffenden Frist gehalten, die Akten dem Staatsarchiv zur Archivierung anzubieten, woraufhin dieses jene Akten archiviert, welche als archivwürdig erscheinen. Sämtliche übrigen Dokumentationen werden vernichtet.

Mit der Anbietepflicht wird sichergestellt, dass langfristige Veränderungen der Gesellschaft oder prägende Ereignisse dokumentiert werden können. Es geht also nicht um ein personenzentriertes Interesse, sondern um die Sicherung des langfristigen Gedächtnisses und um die Dokumentation von gesellschaftlichen und medizinhistorischen Veränderungen oder Ereignissen. Der Umgang mit Themen wie Gesundheit, Krankheit, Sterben und Tod ist immer historisch und kulturell geprägt. Wie eine Gesellschaft mit diesen Themen umgeht, lässt deshalb auch immer Rückschlüsse auf die Gesellschaft selbst und ihre Normen und Werte zu. Wie in andern Kantonen soll deshalb auch in Obwalden ein kleiner, nach quantitativen und qualitativen Kriterien ausgewählter Teil der Dokumentationen archiviert werden. Mit der Anbietepflicht ans Staatsarchiv wird sichergestellt, dass sowohl fachliche wie auch historische Interessen bei der Auswahl berücksichtigt werden. Es versteht sich von selbst, dass diese Unterlagen einer ausgeweiteten Schutzfrist unterliegen.

Abs. 6

Die vorübergehende oder endgültige Einstellung der Tätigkeit ist der Patientin bzw. dem Patienten in geeigneter Weise mitzuteilen. Wird dies von Ersterem ausdrücklich verlangt, ist ihm die ihn betreffende Dokumentation kostenlos auszuhändigen. Wird jedoch eine systematische Zusammenstellung von Patienteninformationen verlangt, welche der betreffenden Gesundheitsfachperson einen erheblichen Zeitaufwand verursacht, dürfen diese Arbeiten selbstverständlich separat in Rechnung gestellt werden.

Wird die Herausgabe nicht verlangt, so sind die betreffenden Akten dem Nachfolger der ausscheidenden Fachperson bzw. der nachfolgenden Einrichtung und, mangels eines bzw. einer solchen, dem Staatsarchiv zu übergeben. Datenschutz und -sicherheit sind dabei zu gewährleisten.

Art. 51 *Einsichtsrecht in medizinische Unterlagen*

Abs. 1

Art. 51 Abs. 1 des Entwurfs entspricht inhaltlich überwiegend Art. 4 Abs. 1 der Verordnung über Patientenrechte und hält neu lediglich fest, dass die medizinischen Unterlagen durch die betreffenden Patientinnen und Patienten sowie durch ihre gesetzlichen oder vertraglichen Vertreter eingesehen werden können.

Die *gesetzlichen* Vertreter von Kindern sind in der Regel ihre Eltern (Art. 296 ff. ZGB). Weitere gesetzliche Vertreter sind Personen, welche berechtigt sind, eine urteilsunfähige Person zu vertreten und den vorgesehenen ambulanten oder stationären Massnahmen und medizinischen sowie operativen Eingriffen die Zustimmung zu erteilen oder zu verweigern. Die dazu berechtigten Personen richten sich nach der in Art. 378 Abs. 1 ZGB vorgesehenen Reihenfolge:

- die gemäss Patientenverfügung oder Vorsorgeauftrag berechtigte Person,
- Beistand bzw. Beiständin mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen,

- Ehegatte oder eingetragener Partner bzw. eingetragene Partnerin in gemeinsamen Haushalt oder wer regelmässig und persönlich Beistand leistet,
- Person im gemeinsamen Haushalt, die regelmässig und persönlich Beistand leistet,
- Nachkommen, die regelmässig und persönlich Beistand leisten,
- Eltern, die regelmässig und persönlich Beistand leisten,
- Geschwister, die regelmässig und persönlich Beistand leisten.

Sind mehrere Personen gemäss Art. 378 Abs. 1 ZGB vertretungsberechtigt, so dürfen die gutgläubige Ärztin oder der gutgläubige Arzt voraussetzen, dass jede im Einverständnis mit den anderen handelt (Art. 378 Abs. 2 ZGB).

Vertragliche Vertreter können unter anderem Vermögensverwalter oder Rechtsanwälte sein, die im Rahmen ihres Auftrags Kenntnisse über den Inhalt von medizinischen Akten benötigen.

Die Aufzählung der medizinischen Unterlagen, in die gemäss Art. 51 Abs. 1 des Entwurfs Einsicht genommen werden kann, entspricht mehrheitlich der Auflistung in Art. 4 Abs. 1 der Verordnung über Patientenrechte. Jedoch wurde Art. 51 Abs. 1 Bst. d des Entwurfs dahingehend präzisiert, dass nur krankheits- und diagnosespezifische Angaben (ohne subjektive Wertung) dem Einsichtsrecht unterliegen.

Abs. 2

Art. 51 Abs. 2 des Entwurfs ist nahezu deckungsgleich mit Art. 4 Abs. 2 der Verordnung über Patientenrechte.

Abs. 3

Mit Hilfe epidemiologischer (bevölkerungsbezogener) Register lässt sich beobachten, wie häufig bestimmte Krebserkrankungen in einer Region auftreten. In der Schweiz bestehen heute 15 kantonale und regionale Krebsregister, welche die Krebserkrankungen von rund 94 Prozent der in der Schweiz wohnhaften Bevölkerung registrieren.

Die mit der Registerführung betrauten Stellen sind für ihre Arbeit auf die für sie relevanten Personendaten angewiesen. Da es sich dabei jeweils um besonders schützenswerte Personendaten handelt, ist für die Übermittlung solcher Informationen grundsätzlich eine gesetzliche Grundlage erforderlich. Auf Bundesebene laufen Bestrebungen, entsprechende Regelungen auf eidgenössischer Ebene festzulegen. Denn mit Ausnahme der Krebsregister in den Kantonen Jura, Luzern und Tessin verfügt bislang keines der kantonalen Krebsregister über eine gesetzliche Grundlage. Alle Register verfügen hingegen über eine generelle Registerbewilligung der Eidgenössischen Expertenkommission für das Berufsgeheimnis in der medizinischen Forschung. Diese Bewilligung berechtigt die Ärzte zur Weitergabe von nicht anonymisierten Patientendaten an das jeweilige Krebsregister, verpflichtet sie aber nicht zur Meldung dieser Daten.

In der Leistungsvereinbarung zwischen dem Kanton Obwalden und dem Zentralschweizer Krebsregister vom 20. Dezember 2010 hat sich der Kanton Obwalden dazu bekannt, die entsprechenden Grundlagen bei nächster Gelegenheit zu schaffen (vgl. Beschluss vom 2. Dezember 2008, Nr. 254).

Art. 51 Abs. 3 des Entwurfs soll die mit der Führung des Krebsregisters betrauten Behörden neu ermächtigen, in die für sie relevanten Personendaten Einsicht zu nehmen. Die entsprechenden medizinischen Unterlagen dürfen den zuständigen Stellen durch die Gesundheitsfachpersonen auch in kopierter Form zugänglich gemacht werden. Letztere begehen durch die Übermittlung der betreffenden Daten keine Berufsgeheimnisverletzung.

Der Regierungsrat kann Vorschriften über den Datenaustausch im Abrufverfahren erlassen. Auch bei einem Datenzugriff mittels Abrufverfahren ist der Dateninhaber (Datenlieferant) letztlich dafür verantwortlich, dass die Daten nicht in unbefugte Hände geraten und sie nur für den gesetzlich vorgesehenen Zweck verwendet werden. Es sollte deshalb schon auf Gesetzesstufe verankert werden, dass bei einem Abrufverfahren in den Vorschriften des Regierungsrats zwingend ein Rollen- und Berechtigungskonzept festgelegt werden muss.

Abs. 4

Im Rahmen der Neuen, seit dem Jahr 2012 in Kraft stehenden, Spitalfinanzierung ist der Kanton verpflichtet, auch bei ausserkantonalen Spitalbehandlungen einen erheblichen Teil der entstandenen Kosten zu übernehmen, sofern das behandelnde Spital auf der kantonalen Spitalliste des Standortkantons steht. Dementsprechend kontrolliert der Kanton in stichprobenartiger Weise die entsprechenden Rechnungen der ausserkantonalen Spitäler und prüft dabei, ob die behandelten Personen effektiv ihren Wohnsitz im Kanton Obwalden haben. Da bereits die Information, dass sich jemand in Spitalbehandlung befunden hat, als besonders schützenswerte Personendaten zu qualifizieren sind, ist für die Bearbeitung dieser Daten eine ausdrückliche, gesetzliche Grundlage erforderlich.

Abs. 5

Art. 51 Abs. 5 des Entwurfs ist nahezu deckungsgleich mit Art. 4 Abs. 3 der Verordnung über Patientenrechte.

Art. 52 *Berufsgeheimnis und Auskunft an Dritte*

Abs. 1

Die Auskunft über behandelte Personen bedarf deren vorgängigen Zustimmung. Bei Minderjährigen mit fehlender Urteilsfähigkeit sowie bei anderen urteilsunfähigen Personen ist die Zustimmung der gesetzlichen Vertretung erforderlich. Zu Beweis Zwecken sollte die Zustimmung möglichst schriftlich eingeholt werden.

Abs. 2

Es entspricht den Grundsätzen der täglichen Praxis, dass vor- und nachbehandelnden Personen sowie den nächsten Angehörigen Auskünfte über die behandelte Person erteilt werden dürfen.

Abs. 3

Art. 52 Abs. 3 des Entwurfs hält neu fest, dass das Recht auf Auskunft auch der gesetzlichen Vertretung und, sofern dies Gegenstand des betreffenden Auftrags bildet, der vertraglichen Vertretung zusteht.

Abs. 4

In Art. 52 Abs. 4 des Entwurfs erfolgt der Hinweis darauf, dass Auskünfte an Dritte ebenfalls unter den Voraussetzungen von Art. 40 des Entwurfs zulässig sind (vgl. dazu die Ausführungen zu Art. 40).

Art. 53 *Behandlungsauftrag*

Abs. 1 bis 3

Art. 53 Abs. 1 bis 3 des Entwurfs sind identisch mit Art. 6 Abs. 1, 3 und 4 der Verordnung über Patientenrechte.

Die schriftliche Bestätigung in Abs. 3 des Entwurfs bezeugt, dass der Arzt bzw. die Ärztin ihrer Sorgfaltspflicht (Aufklärungspflicht) nachgekommen ist, was insbesondere bei einer allfälligen Haftungsfrage von Bedeutung ist.

Abs. 4

Neu ist Art. 53 Abs. 4 des Entwurfs, wonach behandelnde Personen nicht verpflichtet sind, von Patientinnen bzw. Patienten verlangte Behandlungen und Massnahmen durchzuführen, welche sie aus medizinischen, pflegerischen oder ethischen Gründen nicht verantworten können. Damit soll die Grenze des Behandlungsauftrags klar definiert werden. Die von den behandelnden Fachpersonen zu berücksichtigende Sorgfaltspflicht verlangt, dass keine Behandlungen und Massnahmen durchgeführt werden, die aus fachlichen und menschlichen Gründen nicht zulässig oder angemessen sind. Auch andere Kantone kennen entsprechende Bestimmungen.

Art. 54 *Patientenverfügung*

Art. 54 des Entwurfs verweist auf Art. 370 ff. ZGB (Patientenverfügung), wonach eine urteilsfähige Person für den Fall ihrer Urteilsunfähigkeit festlegen kann, welche medizinische Behandlung sie wünscht. Die Patientenverfügung, die im Zuge der Revision des Erwachsenenschutzrechts Eingang in das ZGB gefunden hat, wird bereits in Art. 27 der Spitalverordnung geregelt.

Die Ärztin oder der Arzt entspricht der Patientenverfügung, ausser wenn diese gegen gesetzliche Vorschriften verstösst oder wenn begründete Zweifel bestehen, dass sie auf freiem Willen beruht oder noch dem mutmasslichen Willen der Patientin oder des Patienten entspricht (vgl. Art. 372 Abs. 2 ZGB). Im Zweifelsfall ist die kantonale Ethikkommission zu konsultieren.

Art. 55 *Durchführung von medizinischen oder pflegerischen Massnahmen*

Bei der Durchführung von medizinischen oder pflegerischen Massnahmen spielt die entsprechende Einwilligung eine wichtige Rolle. Fehlt diese, erweist sich ein körperlicher Eingriff regelmässig als widerrechtlich, was eine Haftung der behandelnden Fachperson bzw. der Einrichtung für sämtliche Schädigungen der Patientin bzw. des Patienten, unabhängig vom Vorliegen eines Kunstfehlers, nach sich zieht. Überdies ist ein körperlicher Eingriff ohne Einwilligung als (einfache, mittlere oder schwere) Körperverletzung auch strafrechtlich relevant. Aufgrund dessen erweist es sich als notwendig, die Voraussetzungen für den zulässigen Heileingriff und allfällige unvorhergesehene Eingriffserweiterungen ausdrücklich gesetzlich zu verankern. Art. 28 der Spitalverordnung und Art. 6 Abs. 2 und Art. 7 der Verordnung über Patientenrechte regeln diese Aspekte bereits im Wesentlichen.

Abs. 1

Körperliche Eingriffe, Untersuchungen und Behandlungen dürfen grundsätzlich nur mit Einwilligung der Patientinnen und Patienten, bzw. bei deren Urteilsunfähigkeit nur mit Einwilligung der vertretungsberechtigten Personen, vorgenommen werden.

Der Einwilligung hat zeitlich eine umfassende Aufklärung über den betreffenden Eingriff und dessen Risiken vorauszugehen.

Abs. 2

Bei Minderjährigen gilt es zu differenzieren. Verfügen sie hinsichtlich der Abschätzung der Folgen einer medizinischen Behandlung über volle Urteilsfähigkeit, so treffen sie den Entscheid, ob ein bestimmter Eingriff vorgenommen werden soll, selber, da es sich dabei um ein höchstpersönliches Recht handelt (Art. 16, Art. 19c Abs. 1 und Art. 305 Abs. 1 ZGB). Fehlt ihnen die Urteilsfähigkeit diesbezüglich, so steht der betreffende Entscheid der gesetzlichen Vertretung, in der Regel den Eltern oder einem Elternteil, zu (Art. 18 und Art. 19c Abs. 2 ZGB).

Bei urteilsunfähigen Personen, die eine gültige Willenserklärung in der Form einer Patientenverfügung abgegeben haben, ist auf diese abzustellen. Fehlt eine solche, so ist die Zustimmung der gesetzlichen Vertretung erforderlich. In Notfällen darf die Zustimmung vermutet werden (vgl. Art. 7 Verordnung über Patientenrechte).

Abs. 3

Um eine unnötige Bürokratie im Bereich des Gesundheitswesens zu verhindern, erweist sich eine stillschweigende Einwilligung für Massnahmen ohne Eingriffscharakter und für einfache Eingriffe, ohne erhebliches Risiko, als ausreichend. Für grössere oder mit erheblichen Risiken behaftete Eingriffe ist jedoch eine schriftliche Zustimmungserklärung, auf welcher der wesentliche Inhalt der Aufklärung zu vermerken ist, zwingend erforderlich. Diese dient der behandelnden Person bzw. Einrichtung unter anderem zu Beweis Zwecken im Falle einer rechtlichen Auseinandersetzung.

Abs. 4

Wird eine medizinische Massnahme abgelehnt, so ist das von der urteilsfähigen Patientin bzw. vom urteilsfähigen Patienten oder von der zustimmungsberechtigten Person auf Verlangen unterschriftlich zu bestätigen.

Art. 56 *Ausdehnung des Eingriffs*

Abs. 1

Die Ausdehnung eines Eingriffs (z.B. Operationserweiterung: Im Rahmen einer Operation tauchen neue gesundheitliche Schäden auf, welche sinnvollerweise ebenfalls im Rahmen des Eingriffs umgehend behoben werden), welche über das Mass hinaus geht, welchem die urteilsfähige Patientin bzw. der urteilsfähige Patient zugestimmt hat, ist zulässig, sofern sie sich als dringlich und unaufschiebbar erweist und überdies im Interesse und mit mutmasslicher Zustimmung der betreffenden Patientin bzw. des betreffenden Patienten erfolgt. Diese Voraussetzungen müssen kumulativ erfüllt sein. Die Regelung entspricht Art. 28 Abs. 2 der Spitalverordnung.

Abs. 2

Bei Minderjährigen, welche hinsichtlich des Entscheids über die Durchführung einer medizinischen oder pflegerischen Massnahme noch nicht urteilsfähig sind, ist eine Erweiterung zulässig, wenn sich die Ausdehnung des Eingriffs als dringlich und unaufschiebbar erweist, im Interesse der urteilsfähigen Patientin bzw. des urteilsunfähigen Patienten erfolgt und überdies mit der mutmasslichen Zustimmung der gesetzlichen Vertretung erfolgt.

Abs. 3

Bei urteilsunfähigen Personen ist eine Erweiterung einerseits rechtmässig, wenn diese durch eine Patientenverfügung mitumfasst wird. Fehlt eine entsprechende Willenserklärung, so muss sich die Ausdehnung des Eingriffs als dringlich und unaufschiebbar erweisen, im Interesse der urteilsunfähigen Patientin bzw. des urteilsunfähigen Patienten erfolgen und überdies mit der mutmasslichen Zustimmung der gesetzlichen Vertretung erfolgen.

Abs. 4

Wenn immer möglich, ist die ausdrückliche Zustimmung der vertretungsberechtigten Person einzuholen.

6.2. Zwangsmassnahmen

Art. 57 *Zwangswise Behandlung und Einschränkung der Freiheit*

Zwangsmassnahmen stellen regelmässig eine schwere Beeinträchtigung der persönlichen Freiheit dar, weshalb diesbezüglich eine formell-gesetzliche Grundlage in einem Gesetz erforderlich ist (Geiser, Medizinische Zwangsmassnahmen bei psychisch Kranken aus rechtlicher Sicht, in: recht 2006, S. 91 ff.).

Obwohl Zwang im Bereich der Medizin möglichst vermieden werden sollte, sind Zwangsmassnahmen in gewissen Fällen, als ultima ratio, nicht immer umgehbar. Insbesondere bei akuter Selbst- und Fremdgefährdung sind solche Massnahmen angezeigt.

Die zwangswise Behandlung (Untersuchung, Behandlung und Pflege) wird bereits durch Art. 29 der Spitalverordnung geregelt. Dabei handelt es sich um eine altrechtliche kantonale Verordnung, die vom Kantonsrat erlassen wurde und überdies dem Referendum unterstand. Deshalb stellt die Spitalverordnung, ungeachtet von deren Bezeichnung als Verordnung, eine genügende gesetzliche Grundlage dar. Jedoch gilt es zu beachten, dass Art. 28 der Spitalverordnung lediglich die zwangswise Behandlung im Kantonsspital (vgl. Art. 1 Spitalverordnung) erfasst. Fragen der Notwendigkeit von Zwangsmassnahmen können sich jedoch nicht nur in Spitälern, sondern auch in Psychiatrien, Alters- und Pflegeheimen und in Gefängnissen jederzeit stellen. Es drängt sich daher eine Ausweitung des Geltungsbereichs der gesetzlichen Grundlage für Zwangsmassnahmen auf.

Im Gefängnis Sarnen wird zweckbedingt nie eine Zwangsmassnahme stattfinden. Als Notfallmöglichkeit wurde im Rahmen der Justizreform gesetzlich vorgesehen, dass die Gefängnisleitung die betreffenden Insassen nötigenfalls in eine geeignetere ausserkantonale Anstalt oder in ein Spital (z.B. Spital mit geschlossener Abteilung) versetzen kann. Es stellen sich diesbezüglich die entsprechenden Zuständigkeits- und Territorialfragen. Zwar richtet sich der konkrete Vollzug nach den Vorschriften der einzelnen Vollzugseinrichtungen, wobei die jeweiligen Vorschriften vom betreffenden Standortkanton erlassen werden (vgl. Art. 15 Abs. 2 Konkordat der Kantone der Nordwest- und Innerschweiz über den Vollzug von Strafen und Massnahmen vom 5. Mai 2006 [GDB 330.3]). Der einweisende Kanton übt aber sämtliche Vollzugskompetenzen aus, soweit sie nicht an die Vollzugseinrichtung delegiert worden sind (Art. 16 Abs. 2 Konkordat). Zu den Vollzugskompetenzen gehört unter anderem auch die Anordnung von Zwangsmassnahmen. Dementsprechend ist davon auszugehen, dass – jedenfalls, wenn im Standortkanton entsprechende Vorschriften fehlen – aufgrund von gesetzlichen Vorschriften des Kantons Obwalden entschieden werden muss, wie im Vollzug weiter verfahren werden soll.

Ein Blick auf die Gesetzgebung der übrigen Kantone zeigt deutlich auf, dass das Thema Zwangsernährung im Rahmen des Straf- und Massnahmenvollzugs in der Regel Gegenstand der Justizvollzugsgesetzgebung bildet. In den generellen Gesundheitserlassen der verschiede-

nen Kantone finden sich mehrheitlich keine Bestimmungen zu diesem Thema. Eine gesamtheitliche Regelung der Zwangsmassnahmen für den Bereich des Straf- und Massnahmenvollzugs in den entsprechenden Justizvollzugserlassen erweist sich daher eher als zielführend. Die Situation im Justizvollzug lässt sich nicht ohne Weiteres mit jener in einem Pflegeheim oder einem Spital vergleichen, so dass sich die Normierung von justizvollzugsspezifischen Regelungen letzten Endes als bessere Lösung erweist, als die entsprechenden Bestimmungen in der Gesundheitsgesetzgebung anzusiedeln.

Deshalb soll im Rahmen der Totalrevision des Gesundheitsgesetzes eine Ergänzung der Verordnung über den Straf- und Massnahmenvollzug sowie die Bewährungshilfe vom 19. Oktober 1989 (Strafvollzugsverordnung; GDB 330.11) vorgenommen werden. Es sollen drei neue Artikel (Art. 20c, Art. 20d und Art. 20e) geschaffen werden, welche die Zwangsmassnahmen sowie die entsprechenden Zuständigkeiten ausdrücklich regeln. Die Erläuterungen der Einzelheiten erfolgen bei den Ausführungen zu den Fremdänderungen.

Abs. 1 und 2

Zwangsmassnahmen lassen sich einerseits in Massnahmen zur Einschränkung der Freiheit und andererseits in zwangsweise Behandlungen unterteilen (vgl. Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften [SAMW], Kapitel 2.1). Dieser Terminologie soll in Art. 57 des Entwurfs Rechnung getragen werden.

Unter zwangsweise Behandlung fallen etwa die Zwangsmedikation oder die Zwangsernährung. Die Einschränkung der Freiheit beinhaltet Massnahmen wie physischen Zwang, Fixation, Isolation, Beschränkung des Aufenthalts im Freien sowie Beschränkung des mündlichen Verkehrs mit Angehörigen und Dritten, ausgenommen mit Behörden und Rechtsvertretern.

Die Terminologie von Art. 29 der Spitalverordnung, wonach Zwangsmassnahmen dann angeordnet werden dürfen, wenn eine unmittelbare Lebensgefahr nicht anders abgewendet werden kann, wird auch in Art. 57 Abs. 1 des Entwurfs unverändert beibehalten. In Situationen, in welcher Dringlichkeit besteht und ein hohes Mass an Selbst- und Fremdgefährdung gegeben ist, erweist sich die Anordnung von Zwangsmassnahmen als legitim und eher wenig umstritten. Verhalten sich Patientinnen und Patienten sehr destruktiv, wie namentlich bei der Zerstörung von technischen Apparaten, Mobiliar und Immobilien, bei Suizidgefahr und bei Gefahr für Leib und Leben Dritter, sind umgehend die erforderlichen Massnahmen in die Wege zu leiten. In diesen Fällen ist gemäss Art. 57 Abs. 1 des Entwurfs umgehend zu handeln.

Für die Einschränkung der Bewegungsfreiheit von urteilsunfähigen Personen, welche in einer Wohn- oder Pflegeeinrichtung untergebracht sind, besteht mit Art. 383 ZGB bereits eine gesetzliche Grundlage auf Bundesebene, weshalb in Abs. 2 auf diese übergeordneten Bestimmungen hingewiesen wird. Eine gesetzliche Grundlage fehlt jedoch für diese Personengruppen bei der Anordnung von zwangsweisen Behandlungen.

Zudem sind für die Anordnung von zwangsweisen Behandlungen und Einschränkungen der Freiheit gegenüber urteilsfähigen Personen, welche sich in Wohn- oder Pflegeeinrichtungen befinden, ebenfalls keine bundesrechtlichen Rechtsgrundlagen vorhanden. Diese Lücken werden durch Art. 57 Abs. 1 des Entwurfs geschlossen.

Die gesetzlichen Grundlagen für Zwangsmassnahmen im Rahmen einer fürsorglichen Unterbringung sind weitgehend in Art. 434 und Art. 438 ZGB enthalten, worauf ebenfalls in Abs. 2 hingewiesen wird. Allfällige Regelungslücken werden durch Art. 57 Abs. 1 des Entwurfs geschlossen.

Abs. 3

Nur Ärzte bzw. Ärztinnen sind befugt, Zwangsmassnahmen anzuordnen. Qualifizierte Personen im Pflegedienst, namentlich die Pflegedienstleitung, dürfen ausnahmsweise, wenn Gefahr im Verzug liegt, Fixationen oder Isolationen verfügen. Diesfalls ist der zuständige Arzt bzw. die zuständige Ärztin umgehend darüber in Kenntnis zu setzen.

Abs. 4

Es entspricht dem Verhältnismässigkeitsprinzip, dass jeweils jene Form der Zwangsmassnahme gewählt wird, welche den mit ihr angestrebten Zweck mit den geringsten Einschränkungen zu erreichen vermag. Überdies ist auch die zeitliche Dauer der Massnahme auf das absolut Notwendige zu beschränken. Eine Massnahme darf grundsätzlich nur so lange aufrechterhalten werden, als die wesentliche Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit der Patientin bzw. des Patienten oder Dritter andauert. Stellt sich eine Beruhigung der Situation ein, so ist die Massnahme aufzuheben oder abzuschwächen.

Art. 58 *Dokumentationspflicht und Rechtsschutz*

Abs. 1

Die Zulässigkeit und die Gründe für die Anordnung der Zwangsmassnahme, die Art und Weise ihrer Durchführung und ihre voraussichtliche Dauer sind zwecks Patientenschutz zwingend in der Patientendokumentation festzuhalten. Veränderungen müssen lückenlos nachgetragen werden.

Abs. 2

Das Dokument, in welchem die Zwangsmassnahme angeordnet wird, muss die Patientin bzw. der Patient oder allenfalls die von ihm bezeichnete Vertrauensperson darauf hinweisen, dass gegen diese Anordnung der Rechtsweg beschritten werden kann. Bei urteilsunfähigen Personen ist die vertretungsberechtigte Person zur Anrufung des Gerichts ermächtigt.

Abs. 3

Das Anordnungsdokument ist aus Gründen des Patientenschutzes der Patientin bzw. des Patienten, der Vertrauensperson und der allfälligen gesetzlichen Stellvertretung zuzustellen.

Abs. 4

Das Kantonsgericht ist gemäss Art. 60 Abs. 2 des Gesetzes betreffend die Einführung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches vom 30. April 1911 (EG ZGB; GDB 210.1) i.V.m. Art. 74a Abs. 1 des Gesetzes über die Gerichtsorganisation vom 22. September 1996 (GOG; GDB 134.1) das zuständige Gericht für die Beurteilung von fürsorgerischen Unterbringungen. Dessen Entscheid kann gemäss Art. 74b GOG an das Obergericht weitergezogen werden. Das Verfahren richtet sich gemäss Art. 74c GOG nach der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272). Die Frist zur Anrufung des Gerichts beträgt zehn Tage seit Mitteilung des Entscheids. Bei Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit kann das Gericht jederzeit angerufen werden (Art. 439 Abs. 2 ZGB).

Art. 58 Abs. 4 des Entwurfs geht der Regelung in Art. 78 des Entwurfs, welche die Rechtsmittel im Bereich des Kantonsspitals zum Gegenstand hat, vor.

6.3. Forschung, Fortpflanzungsmedizin, Transplantation, Obduktion

Art. 59 *Forschung und Fortpflanzungsmedizin*

Abs. 1

Das derzeit geltende Gesundheitsgesetz verweist betreffend Forschungsuntersuchungen, In-vitro-Fertilisation sowie Embryotransfer in Art. 45 auf die medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW). Dabei handelt es sich grundsätzlich um rechtlich nicht verbindliche Empfehlungen einer privaten Stiftung. Durch den entsprechenden Verweis in Art. 45 des Gesundheitsgesetzes werden diese jedoch unmittelbar anwendbar. Zahlreiche Kantone verweisen in ihrer Gesundheitsgesetzgebung ebenfalls auf diese Richtlinien, die sich in der Praxis bislang überaus bewährt haben.

Am 7. März 2010 wurde der neue Verfassungsartikel Art. 118b BV von Volk und Ständen gutgeheissen, welcher den Bund dazu ermächtigt, die Forschung am Menschen umfassend zu regeln. Dieser Verfassungsartikel wird durch das Bundesgesetz über die Forschung am Menschen vom 30. September 2011 (Humanforschungsgesetz, HFG), welches am 30. September 2011 vom Parlament verabschiedet worden ist, umgesetzt und näher konkretisiert. Das Gesetz ist zusammen mit dem erforderlichen Verordnungsrecht am 1. Januar 2014 in Kraft getreten. Es kann hinsichtlich der Forschung am Menschen inskünftig pauschal auf das HFG verwiesen werden. Die SAMW-Richtlinien sind daher nicht mehr oder allenfalls noch ergänzend anzuwenden.

Abs. 2

Die Forschung an Embryonen in vitro fällt nicht unter den Geltungsbereich des HFG. Für solche Forschungsvorhaben ist vielmehr das Bundesgesetz über die Forschung an embryonalen Stammzellen vom 19. Dezember 2003 (Stammzellenforschungsgesetz, StFG; SR 810.31) anwendbar. Auch diesbezüglich ist inskünftig nicht mehr primär auf die SAMW-Richtlinien abzustellen.

Abs. 3

Die Zulässigkeit und das Verfahren der medizinisch unterstützten Fortpflanzung (Fortpflanzungsverfahren), wie namentlich die In-vitro-Fertilisation und der Embryotransfer, richten sich nach dem Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung vom 18. Dezember 1998 (Fortpflanzungsmedizinengesetz, FMedG; SR 810.11). Die SAMW-Richtlinien sind dementsprechend nicht mehr einschlägig. Sie können jedoch als Auslegungshilfe herangezogen werden.

Art. 60 *Transplantation*

Abs. 1

Das geltende Gesundheitsgesetz enthält aktuell in Art. 47 eine eigenständige Regelung betreffend Organentnahme bzw. Transplantation. Am 7. Februar 1999 haben Volk und Stände Art. 119a BV, welcher den Bund zum Erlass von Vorschriften auf dem Gebiet der Transplantation von Organen, Geweben und Zellen ermächtigt, angenommen. Gestützt auf die entsprechende Verfassungsbestimmung hat das Parlament am 8. Oktober 2004 das Transplantationsgesetz erlassen. Es regelt, unter welchen Voraussetzungen Organe, Gewebe oder Zellen zu Transplantationszwecken verwendet werden dürfen (vgl. Art. 1 Abs. 1 Transplantationsgesetz).

Für eine eigenständige Regelung des Kantons verbleibt somit aufgrund der umfassenden, bundesrechtlichen Regelung kein Raum mehr. Neu ist daher festzuhalten, dass das Transplantationsgesetz für die Zulässigkeit und das Verfahren von Transplantationen von Organen, Geweben oder Zellen menschlichen oder tierischen Ursprungs sowie daraus hergestellten Produkten massgebend ist.

Abs. 2

Die Kantone haben gemäss Art. 13 Abs. 2 Bst. i und Abs. 4 des Transplantationsgesetzes eine unabhängige Instanz zur vorgängigen Beurteilung von geplanten Entnahmen von Organen, Geweben oder Zellen von urteilsunfähigen oder minderjährigen Personen zu bezeichnen. Die kantonale Ethikkommission übernimmt diese Aufgaben bereits heute.

Abs. 3

Der Regierungsrat kann überdies in Ausführungsbestimmungen die Zuständigkeiten sowie die Organisation und Koordination im Zusammenhang mit Transplantationen regeln.

Art. 61 *Obduktion*

Abs. 1

Die Obduktion wird bereits durch Art. 46 des Gesundheitsgesetzes normiert. Die Bestimmung ist an das neue Erwachsenenschutzrecht anzupassen.

Eine Obduktion ist demnach inskünftig dann zulässig, wenn die verstorbene Person vor ihrem Tod schriftlich ihr Einverständnis dazu gegeben hat oder sich eine entsprechende Zustimmung aus einer Patientenverfügung ergibt. Hat sich die verstorbene Person zur Frage der Obduktion nicht vorgängig geäußert, so ist deren gesetzliche Vertretung berechtigt, der Obduktion ihre Zustimmung zu erteilen oder zu verweigern.

Abs. 2

Mit Art. 61 Abs. 2 des Entwurfs wird eine gesetzliche Grundlage für die Vornahme einer Obduktion entgegen dem Willen der verstorbenen Person oder deren gesetzlichen Vertretung geschaffen. Insbesondere zur näheren Abklärung der Todesursache und im Interesse der öffentlichen Gesundheit soll eine Obduktion von Amtes wegen angeordnet werden dürfen. Entsprechende Regelungen kennen auch die Kantone Nidwalden, Uri, Schaffhausen und Zug.

Damit sind einerseits das Interesse an der Aufklärung möglicher Straftaten und andererseits das Interesse an der öffentlichen Gesundheit angesprochen. Für die Anordnung einer Obduktion gemäss Art. 61 Abs. 2 Bst. a des Entwurfs sind insbesondere die Strafverfolgungsbehörden, für jene gemäss Art. 61 Abs. 2 Bst. b des Entwurfs der Kantonsarzt bzw. die Kantonsärztin zuständig.

Der Gesetzesentwurf bietet jedoch keine Grundlage dafür, einen Arzt bzw. eine Ärztin zur Vornahme einer Obduktion zu zwingen, wenn die Angehörigen dies – entgegen der Auffassung des Arztes bzw. der Ärztin – gerne möchten.

Abs. 3

Jedes Mitglied der nächsten Angehörigen und die gesetzliche Vertretung können Einsicht in den Obduktionsbefund verlangen, sofern sich die verstorbene Person nicht dagegen verwahrt hat oder anderweitige gesetzliche Gründe dagegensprechen.

7. Bestattung

Art. 62 *Zuständigkeit*

Abs. 1 und 2

Art. 62 des Entwurfs entspricht wortgleich Art. 48 des geltenden Gesundheitsgesetzes. Es wurden keine inhaltlichen Änderungen vorgenommen. Die Zuständigkeit der Gemeinden erstreckt sich nicht nur auf den Vollzug, sondern auch auf die Rechtssetzung im Bereich des Bestattungswesens.

Abs. 3

Der Kantonsrat regelt durch Verordnung lediglich die Mindestanforderungen an Friedhöfe und Gräber, die Voraussetzungen zur Bestattung und die Grabesruhe. Die Regelung zielt insbesondere darauf ab, eine Gesundheitsgefährdung der Öffentlichkeit durch Leichen sowie die Bestattung Scheintoter zu verhindern.

Art. 63 *Ort*

Abs. 1 und 2

Auch Art. 63 Abs. 1 und 2 des Entwurfs wurde gegenüber dem geltenden Art. 49 des Gesundheitsgesetzes inhaltlich nicht verändert.

Abs. 3

Wichtig ist eine gesetzliche Regelung für Verstorbene ohne festen Wohnsitz oder wenn niemand für die Kosten des Rücktransports in die Wohnsitzgemeinde aufkommt.

8. Gesundheitsförderung und Prävention

Die bisherige kantonale Gesetzesgrundlage beschränkt sich unter den Begrifflichkeiten der „Gesundheitsförderung und Vorsorgemassnahmen“ weitgehend auf Präventionsbemühungen im Sucht- und Drogenbereich (vgl. Art. 4 Abs. 1 Bst. a Gesundheitsgesetz). Geht man vom heute verbreiteten Verständnis der „Gesundheit“ aus, wonach „gesund sein“ nicht einfach bedeutet, keine Krankheit aufzuweisen, greift dieser Ansatz zu kurz. Gesundheit wird vielmehr als eine wechselseitige Beziehung zwischen der ökonomischen, sozialen, psychischen und organisatorischen Umwelt sowie der persönlichen Lebensweise verstanden. Ausgehend davon will die öffentliche Gesundheit Rahmenbedingungen schaffen, in welchen die Menschen aufgrund verbesserter Lebensstile Krankheiten fernhalten, Gesundheit aufrechterhalten, die Lebensdauer verlängern und die Lebensqualität verbessern können. Die Gesamtheit all dieser Bestrebungen zur Förderung der öffentlichen Gesundheit stellt somit eine Querschnittsaufgabe verschiedenster Bereiche dar und wird heute unter dem Begriff „public health“ zusammengefasst. Mittels diverser Massnahmen und Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention sollen die Menschen dabei befähigt werden, ihrer Situation entsprechende gesundheitserhaltende und –verbessernde Ressourcen zu entwickeln. Kanton und Gemeinden nehmen mit Tätigkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention ihre Aufgabe – für die öffentliche Gesundheit zu sorgen – vorausschauend und zielgerichtet wahr.

Alle neueren Gesundheitsgesetze räumen der Gesundheitsförderung und Prävention in den gesetzlichen Grundlagen einen wichtigen Platz ein.

Art. 64 *Grundsatz*

Abs. 1

Die *Gesundheitsförderung* hat zum Ziel, die Potentiale der Gesundheit zu erfassen und zu stärken. Ansatzpunkte sind sowohl die Verhaltensweisen als auch die Verhältnisse (Rahmenbedingungen) von Einzelpersonen und der Gesamtbevölkerung. Die *Prävention* dient der frühzeitigen Erkennung von Gesundheitsgefährdungen und soll Krankheiten und Unfälle möglichst verhindern und deren schädliche Folgen minimieren.

Im Rahmen der eigenen Möglichkeiten ist jeder Bürger selber für seine eigene Gesundheit verantwortlich (vgl. auch Art. 2 Abs. 3 Entwurf). Bei Minderjährigen wird eine altersgemässe Eigenverantwortung vorausgesetzt. Der Kanton und die Gemeinden unternehmen zur Unterstützung die erforderlichen Anstrengungen, um dafür zu sorgen, dass der einzelne Bürger bzw. die einzelne Bürgerin, aufgrund guter Rahmenbedingungen und einer zweckmässigen und ausreichenden Information, zur Wahrnehmung der entsprechenden Eigenverantwortung imstande ist.

Abs. 2

Für die Unterstützung und die Koordination von Massnahmen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention sind das Finanzdepartement und das Sicherheits- und Justizdepartement zuständig. Sie arbeiten in diesen Bereichen eng zusammen, orientieren sich an den nationalen Zielen des Bundes und tragen den Bedürfnissen des Kantons und der Gemeinden Rechnung. Der Koordination kommt eine wichtige Aufgabe zu, da sich Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention von Vorteil auf bestimmte Personengruppen und deren Lebenswelten konzentrieren. Werden Projekte oder Botschaften gezielt auf Personen mit ähnlichen ökonomischen, sozialen und persönlichen Rahmenbedingungen erarbeitet, erhöhen sich deren Erfolgchancen. Ausgehend von diesem Ansatz werden Massnahmen und Projekte in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention auf bestimmte Zielgruppen und Lebenswelten (Settings) ausgerichtet. Als mögliche Beispiele seien Massnahmen zur Alkoholprävention bei Kindern und Jugendlichen, zum Alter bei Seniorinnen und Senioren oder Unfallpräventionen in Betrieben erwähnt. Aufgrund der diverser Zielpersonen sprechen sich das Finanzdepartement und das Sicherheits- und Justizdepartement bereits heute mit den jeweiligen Stellen resp. Organisationen ab, welche einen besonderen Bezug zu den entsprechenden Zielgruppen führen und organisieren gewisse Massnahmen auch zusammen mit diesen Partnerinnen und Partnern. Partnerinnen und Partner können aufgrund der gewählten Massnahmen und Projekte beispielsweise Schulen, Vereine (Sport, Interessengruppen etc.), Betriebe (Gastronomie, Industrie, KMU etc.), Einwohnergemeinden aber auch Organisationen wie Pro Senectute, Alzheimervereinigungen etc. sein. Mit den vorliegenden Bestimmungen wird diese Praxis nun auch in der Gesetzgebung festgehalten.

Zwecks Wahrung der erforderlichen Flexibilität soll es möglich sein, dass das Finanzdepartement und das Sicherheits- und Justizdepartement nicht nur eigene Massnahmen umsetzen, es sollen auch öffentliche oder private Organisationen mittels Beiträgen unterstützt werden können. Es erweist sich als zentral, dass der Kanton Anreize für die Tätigkeit öffentlicher und privater Organisationen im Bereich der Gesundheitsvorsorge und Prävention schaffen kann.

Art. 65 *Informations- und Beratungsangebote*

Der Kanton ist gehalten, im Bereich der Suchtberatung, der Jugend-, Eltern- und Familienberatung sowie der Schwangerschaftsberatung ausreichende Informations- und Beratungsangebote bereitzustellen. Dabei soll es dem Kanton überlassen werden, dies selbst zu veranlassen oder

die entsprechenden Informations- und Beratungsangebote durch entsprechende Leistungsaufträge an Dritte zu gewährleisten.

Inskünftig ist, neben der Suchtberatung, auch der Jugendberatung vermehrt Beachtung zu schenken. Gemäss Art. 171 ZGB sorgen die Kantone überdies dafür, dass sich die Ehegatten bei Eheschwierigkeiten gemeinsam oder einzeln an Ehe- oder Familienberatungsstellen wenden können. Die Kantone sind gemäss Art. 1 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Schwangerschaftsberatungsstellen vom 9. Oktober 1981 (SR 857.5) zudem verpflichtet, Stellen für eine umfassende Schwangerschaftsberatung zu errichten und zu betreiben. Die Kantone dürfen solche Stellen entweder gemeinsam betreiben, bereits bestehende Stellen anerkennen oder private Organisationen heranziehen. Derzeit besteht eine Leistungsvereinbarung zwischen den Kantonen Luzern, Obwalden und Nidwalden mit dem interkonfessionellen Verein Ehe- und Lebensberatung (elbe). Letztere nimmt für den Kanton Obwalden den Informations- und Beratungsauftrag im Bereich Ehe-, Lebens-, Schwangeren-, Sexualberatung und Familienplanung wahr.

Art. 66 *Nichtraucherschutz*

Die Bestimmungen zum Nichtraucherschutz, die derzeit in den Ausführungsbestimmungen zum Bundesgesetz über das Passivrauchen enthalten sind, und das Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen vom 3. Oktober 2008 (SR 818.31) auf Kantonsebene konkretisieren, sollen neu in das revidierte Gesundheitsgesetz integriert werden. Es handelt sich dabei vorab um Zuständigkeits- und Verfahrensvorschriften. Zur Verschlankung der Gesetzgebung lassen sich diese ohne Weiteres im Gesundheitsgesetz integrieren. Die entsprechenden Ausführungsbestimmungen können anschliessend aufgehoben werden. Inhaltlich erfolgen keine Änderungen. Es gilt weiterhin der Grundsatz, dass die Einwohnergemeinden die Aufgaben im Bereich Nichtraucherschutz zu vollziehen haben. Das Volkswirtschaftsdepartement hat mittels Richtlinien einen einheitlichen Vollzug sicherzustellen und die Technischen Inspektorate beraten die Einwohnergemeinden in Bezug auf die technischen Anforderungen an Raucherlokale und Raucherräume.

Art. 67 *Tabak- und Alkoholprävention*

Der Jugendschutz bedarf besonderer Beachtung. Um den Tabakkonsum wirksam zu unterbinden oder zumindest zu verringern, stellen Abgabeverbote wichtige Regelungen dar. Die Beschränkung der Verfügbarkeit von Suchtmitteln ist nicht nur ein wirksamer Präventionsansatz, sondern auch bezüglich Kosten-Nutzen-Verhältnis sehr effizient.

Im Vordergrund stehen zwei Absatzkanäle; einerseits die üblichen Verkaufsstellen (Kiosk- und Verkaufsbetriebe, Restaurants, Clubs sowie Automaten), andererseits die private Abgabe an Nicht-Kaufsberechtigte.

Der Regierungsrat hat im Rahmen der Beantwortung des Postulats betreffend Verbot von Tabakverkauf an Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren (53.11.06) die Prüfung eines Abgabeverbots bei der nächsten Revision des Gesundheitsgesetzes zugesichert. Das entsprechende Postulat kann daher abgeschrieben werden.

Abs. 1

Der Verkauf von alkoholischen Getränken ist bereits durch das Bundesrecht, namentlich durch die Lebens- und Gebrauchsgegenständeverordnung vom 23. November 2005 (LGV; SR 817.02), durch das Bundesgesetz über die gebrannten Wasser vom 21. Juni 1932 (Alkoholgesetz; SR 680) und durch das Schweizerische Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 (StGB; SR 311.0), geregelt. Alkoholische Getränke dürfen nicht an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren abgegeben werden (Art. 11 Abs. 1 LGV). Gebrannte Wasser mit mehr als

15 Volumenprozenten dürfen nicht an Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren verkauft werden (Art. 41 Abs. 1 Bst. i Alkoholgesetz).

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass der Bund einen Entwurf über ein Bundesgesetz über den Handel mit alkoholischen Getränken (Alkoholhandelsgesetz, AlkHG) erarbeitet hat, welcher derzeit von den eidgenössischen Räten behandelt wird. Darin wird in Art. 7 Abs. 1 – im Einklang mit dem derzeit geltenden Recht – festgehalten, dass Spirituosen nicht an Personen unter 18 Jahren, die übrigen alkoholischen Getränke nicht an Personen unter 16 Jahren, abgegeben werden dürfen (vgl. dazu auch die Botschaft zur Totalrevision des Alkoholgesetzes [Spirituosensteuergesetz und Alkoholhandelsgesetz] vom 25. Januar, BBl 2012 1315). Diese Grundsätze werden ebenfalls in Art. 18 des kantonalen Gastgewerbegesetzes vom 8. Juni 1997 (GDB 971.1) festgehalten. Auch wenn sich diese Vorgaben bereits aus dem Bundesrecht ergeben, sollen sie in Art. 67 Abs. 1 des Entwurfs der Klarheit halber nochmals wiederholt werden.

Die Kantone regeln den Verkauf von Tabakprodukten, mangels in Kraft stehender Bundesregelung im Bereich der Tabakprodukte, unterschiedlich. Die Mehrheit der Kantone sieht vor, dass Tabakprodukte für Jugendliche ab 16 Jahren erhältlich sind (Kantone Aargau, Appenzell-Ausserrhoden, Glarus, Graubünden, Luzern, Sankt Gallen, Solothurn, Thurgau, Uri, Wallis und Zürich). Andere Kantone wiederum kennen eine Altersgrenze von 18 Jahren (Kantone Bern, Basel-Land, Basel-Stadt, Jura, Nidwalden, Schaffhausen, Tessin, Waadt und Zug). Einige wenige Kantone haben bislang gar keine Altersgrenze eingeführt (Kantone Appenzell-Innerrhoden, Genf, Neuenburg, Schwyz). Im Kanton Obwalden existiert derzeit ebenfalls keine kantonale Regelung, welche für den Kauf von Tabakprodukten eine Altersbeschränkung festlegen würde.

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat im Mai 2014 die Vernehmlassung zum Bundesgesetz über die Tabakprodukte (TabPG) eröffnet (vgl. den entsprechenden Vorentwurf vom 21. Mai 2014 und den dazugehörigen Erläuternden Bericht). Es wird vorgeschlagen, die Tabakprodukte vom Geltungsbereich des LMG auszunehmen und ein spezifisches Gesetz über Tabakprodukte zu verabschieden.

Der Vorentwurf sieht für Tabakprodukte und die diesen gleichgestellten Produkte ein gesamtschweizerisch einheitliches Schutzalter von 18 Jahren vor (vgl. Art. 18 Vorentwurf TabPG). Dies entspricht einem internationalen Standard, der auch in den Nachbarländern gilt und deshalb eine international anerkannte Präventionsmassnahme darstellt.

Im vorliegenden Entwurf zur Revision des Gesundheitsgesetzes werden zwei Varianten vorgeschlagen: Einerseits ein Verkaufs- und Abgabeverbot an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren und andererseits ein entsprechendes Verkaufs- und Abgabeverbot unter 18 Jahren. Im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens ist zu klären, welches Schutzalter im Kanton Obwalden gelten soll.

Abs. 2

Die konsequente Durchsetzung eines Verkaufsverbots für Tabakprodukte bedingt, dass der Verkauf mittels Zigarettenautomaten an Jugendliche unter 16 bzw. 18 Jahren ebenfalls wirksam unterbunden wird. Der Verkauf von Tabakprodukten soll inskünftig lediglich dann noch erlaubt sein, wenn der jeweilige Betreiber die betreffenden Automaten so ausrüstet, dass Verkauf an Jugendliche unter 16 bzw. 18 Jahren verunmöglicht wird. Dies kann mittels Altersidentifikation durch Chip- oder Bankomatkarten gewährleistet werden. Für allfällige technische Anpassungen an bestehenden Automaten gilt eine Übergangsfrist von einem Jahr (vgl. Art. 80 Abs. 5 Entwurf). Entsprechende Vorschriften kennen beispielsweise die Kantone Luzern, Aargau, Zug, Uri und Nidwalden.

Der Vorentwurf des EDI zum Bundesgesetz über die Tabakprodukte (TabPG) schlägt ebenfalls vor, den Verkauf von Tabakprodukten über Automaten lediglich dann zu erlauben, wenn der jeweilige Betreiber die betreffenden Automaten so ausrüstet, dass der Verkauf an unberechtigte

Jugendliche verunmöglicht wird (vgl. Art. 18 Abs. 4 Vorentwurf TabPG).

Abs. 3

Die Abgabe von Alkohol an Jugendliche wird durch die LGV, das Alkoholgesetz und das StGB geregelt. Gemäss Art. 18 des kantonalen Gastgewerbegesetzes ist die Abgabe von alkoholischen Getränken an Jugendliche unter 16 Jahren und die Abgabe von gebrannten Wassern an Jugendliche unter 18 Jahren durch Gastgewerbe- und Kleinhandelbetriebe ebenfalls verboten. Die Abgabe von Alkohol durch Private ist gemäss geltendem Recht jedoch nicht strafbar, sofern die Verabreichung oder das zur Verfügung stellen von alkoholischen Getränken nicht in Mengen erfolgt, welche die Gesundheit gefährden können. Damit lässt sich die Altersgrenze von Verkaufsverboten für alkoholische Getränke leicht umgehen. Deshalb sollen künftig auch die entgeltliche und unentgeltliche Abgabe von alkoholischen Getränken an Nichtberechtigte, welche nicht unter die Bestimmungen der LGV, des Alkoholgesetzes oder des Gastgewerbegesetzes fallen, verboten werden.

Gleichzeitig soll auch ein Abgabeverbot von Tabakprodukte durch Private eingeführt werden (vgl. Art. 18 Abs. 2 Vorentwurf TabPG).

Die Abgabe durch die Eltern im vernünftigen Mass soll jedoch vom Verbot ausgenommen werden. Dadurch soll gewährleistet werden, dass die Jugendlichen durch ihre Eltern (auch Stief- und Pflegeeltern) einen massvollen Konsum erlernen können und sie an einem Familienfest ein Glas Wein trinken dürfen.

Art. 68 *Durchführung von Testkäufen*

Die Wirksamkeit eines Verkaufsverbots muss mittels stichprobenweisen Kontrollen periodisch überprüft werden können. Die Erfahrungen in diversen Kantonen haben deutlich gemacht, dass Testkäufe durch Minderjährige das effektivste Kontrollmittel darstellen. Dies wird durch das Bundesamt für Gesundheit ebenfalls bestätigt.

Durch Testkäufe lässt sich sinnvoll überprüfen, ob das Verkaufspersonal der Abgabestellen über die Bereitschaft verfügt, Alkohol- und Tabakprodukte an Jugendliche abzugeben, ohne dass vorgängig eine Alterskontrolle durchgeführt wird. Die Testkäufe dürfen jedoch nicht mit unlauteren Mitteln, wie etwa unwahrheitsgemässen Angaben der Testkäufer oder Heranziehen von Jugendlichen, welche bereits älter aussehen, durchgeführt werden. Testkäufe werden, mit Ausnahme der Kantone Genf, Glarus, Jura, Schwyz und Uri, in sämtlichen Kantonen durchgeführt. Mehrheitlich liegt der Fokus auf die Überprüfung der Abgabe von alkoholischen Getränken.

Die Durchführung von Testkäufen wurde vom Bundesgericht als unzulässige Ermittlung qualifiziert (vgl. Alkohol-Testkäufe durch Jugendliche: Unzulässige verdeckte Ermittlung, in: Jusletter vom 2. Mai 2011; Urteil des Bundesgerichts 6B_334/2011 vom 10. Januar 2012). Die jugendlichen Testkäufer wurden dabei als polizeiliche Ermittler betrachtet. Testkäufe dürfen darausfolgend zwar durchgeführt werden, die Erkenntnisse der Testkäufe aber nicht in einem nachfolgenden Strafverfahren verwendet werden. Die Abgabe von Alkohol und Tabakprodukten an Minderjährige bleibt somit für die fehlbaren Verkaufspersonen ohne strafrechtliche Konsequenzen. Insbesondere kann ihnen keine Busse auferlegt werden. Jedoch dürfen die Erkenntnisse der Testkäufe ohne Weiteres im verwaltungsrechtlichen Verfahren berücksichtigt werden. Diesbezüglich können unter Umständen verwaltungsrechtliche Sanktionen verfügt werden, sofern der Inhaber bzw. die Inhaberin eines Betriebs sein Fachpersonal ungenügend betreffend Verkauf von Alkohol und Tabakprodukten instruiert oder die betreffenden Waren selber an Minderjährige abgegeben hat.

Art. 19 des Vorentwurfs des TabPG sieht jedoch neu eine Rechtsgrundlage für die Durchführung von Testkäufen durch die zuständigen kantonalen Behörden vor. Die Ergebnisse von

Testkäufen sollen inskünftig in Straf- und Verwaltungsverfahren verwendet werden können, sofern bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Nichtsdestotrotz ist im kantonalen Recht eine formell-gesetzliche Grundlage für Testkäufe zu schaffen, bis die entsprechenden Bundesregelungen in Kraft treten.

Abs. 1

Für die Durchführung der Testkäufe sollen in Obwalden die Gemeinden zuständig sein. Es ist jedoch ihnen überlassen, diese Aufgabe mittels Leistungsvereinbarung an Dritte zu übertragen.

Abs. 2

Zur Sicherstellung eines einheitlichen Vollzugs und der Verwertbarkeit der Ergebnisse der Testkäufe im verwaltungs- und strafrechtlichen Verfahren sollen die tragenden Grundsätze für die Durchführung von Testkäufen ausdrücklich im Gesundheitsgesetz festgehalten werden. Diese Grundsätze stützen sich auf die auf Bundesebene geplanten Bestimmungen gemäss Art. 19 des Vorentwurfs des TabPG und Art. 13 des Vorentwurfs des AlkHG.

Abs. 2 Bst. a

Zwecks besserer Beweisbarkeit der Geschehnisse während eines Testkaufs sind immer zwei Jugendliche einzusetzen. Diese werden stets von einer erwachsenen Person begleitet und während des Testkaufs in geeigneter Weise beobachtet.

Abs. 2 Bst. b

Sämtliche Testpersonen müssen über ein Alter verfügen, welches mindestens drei Monate unter dem Schutzalter liegt. Überdies dürfen die betreffenden Jugendlichen nicht deutlich älter aussehen, als sie effektiv sind. Es muss für das Verkaufspersonal der begründete Verdacht bestehen, dass eine Person unter 16 Jahren, bei gebrannten Wassern eine Person unter 18 Jahren, vor ihr steht.

Abs. 2 Bst. c

Die Testpersonen dürfen lediglich ihr Kaufsinteresse äussern und nicht etwa anderweitig auf die Willensbildung des Verkaufspersonals einwirken (z.B. durch eingehendes Bitten und Drängen oder durch das Inaussichtstellen eines Trinkgelds). Sobald von einer Testperson ein Ausweis verlangt oder die Abgabe von Alkohol- oder Tabakprodukten verweigert wird, ist der Testkauf abubrechen.

Abs. 2 Bst. d

Unmittelbar nach der Beendigung des Testkaufs ist die Begleitperson verpflichtet, die überprüfte Person über die Durchführung des Tests und allfällig festgestellte Widerhandlungen zu informieren.

Abs. 2 Bst. e

Sämtlichen an den Testkäufen beteiligten Personen obliegt hinsichtlich ihrer Wahrnehmungen überdies eine Schweigepflicht.

Art. 69 *Plakatwerbeverbot für Tabakprodukte und alkoholische Getränke*

Zwischen Werbung und Konsumverhalten bestehen unzweifelhaft Zusammenhänge. Dies ist durch entsprechende Untersuchungen deutlich belegt. Werbung vermag nicht nur die Markenwahl, sondern auch die Gesamtnachfrage nach einem bestimmten Produkt massgeblich zu beeinflussen. Es gilt als allgemein bekannt, dass sich gerade Kinder und Jugendliche in verstärktem Mass durch die Werbung beeinflussen lassen. Es erweist sich daher aufgrund von

präventiven Gesichtspunkten als zielführend, sowohl für Tabakprodukte als auch für alkoholische Getränke Werbebeschränkungen zu erlassen.

Gemäss Art. 10 Abs. 1 Bst. a und b des Bundesgesetzes über Radio und Fernsehen vom 24. März 2006 (RTVG; SR 784.40) und Art. 42b Abs. 3 Bst. a des Alkoholgesetzes ist die Werbung für Tabakprodukte und Spirituosen sowohl in Radio als auch in Fernsehen untersagt. Die Werbung für andere alkoholische Getränke darf in Wort, Bild und Ton nur Angaben und Darstellungen enthalten, die sich unmittelbar auf das Produkt und seine Eigenschaften beziehen.

Die Tabak- und Alkoholwerbung ist ebenfalls untersagt, wenn sie sich speziell an Jugendliche unter 18 Jahren richtet (Art. 18 Verordnung über Tabakerzeugnisse und Raucherwaren mit Tabakersatzstoffen vom 27. Oktober 2004 [Tabakverordnung, TabV; SR 817.06], Art. 11 Abs. 3 LGV, Art. 4 Verordnung des EDI über alkoholische Getränke vom 23. November 2005 [SR 817.022.110] und Art. 42b Abs. 3 Bst. e Alkoholgesetz). Zudem dürfen keine Alkoholwerbungen vor, während oder nach Sendungen ausgestrahlt werden, die sich an Kinder oder Jugendliche richten.

Werbung ist im Übrigen insbesondere verboten:

- an Orten, wo sich hauptsächlich Jugendliche aufhalten;
- in Zeitungen, Zeitschriften oder andern Publikationen, die hauptsächlich für Jugendliche bestimmt sind;
- auf Schülermaterialien (Schulmappen, Etais, Füllfederhaltern usw.);
- mit Werbegegenständen, die unentgeltlich an Jugendliche abgegeben werden, wie T-Shirts, Mützen, Fähnchen, Badebälle;
- auf Spielzeug;
- durch unentgeltliche Abgabe von alkoholischen Getränken an Jugendliche und
- an Kultur-, Sport- oder andern Veranstaltungen, die hauptsächlich von Jugendlichen besucht werden.

Alkoholische Getränke dürfen des Weiteren nicht mit Angaben oder Abbildungen versehen werden, die sich speziell an Jugendliche unter 18 Jahren richten oder entsprechend aufgemacht sind (Art. 4 Abs. 2 Verordnung des EDI über alkoholische Getränke).

Für die Werbung mit Spirituosen bestehen gemäss Art. 42b Abs. 3 Bst. b, c, d, f und g des Alkoholgesetzes noch weitere Einschränkungen. Verboten ist die Werbung etwa:

- in und an öffentlichen Zwecken dienenden Gebäuden oder Gebäudeteilen und auf ihren Arealen;
- in und an öffentlichen Verkehrsmitteln;
- auf Sportplätzen sowie an Sportveranstaltungen;
- in Betrieben, die Heilmittel verkaufen oder deren Geschäftstätigkeit vorwiegend auf die Gesundheitspflege ausgerichtet ist und
- auf Packungen und Gebrauchsgegenständen, die keine gebrannten Wasser enthalten oder damit nicht im Zusammenhang stehen.

Ausserdem darf die Werbung für Spirituosen in Wort, Bild und Ton nur Angaben und Darstellungen enthalten, welche sich unmittelbar auf das Produkt und seine Eigenschaften beziehen (Art. 42b Abs. 1 Alkoholgesetz). Es ist überdies verboten, Wettbewerbe durchzuführen, bei welchen Spirituosen als Werbeobjekt oder Preis dienen oder ihr Erwerb Teilnahmebedingung ist (Art. 42b Abs. 3 Alkoholgesetz).

Das geplante Bundesgesetz über Tabakprodukte (TabPG) sieht ebenfalls detaillierte und umfassende Werbeverbote für Tabakprodukte vor, regelt die Verkaufsförderung und untersagt den Herstellern von Tabakprodukten, Tätigkeiten und Veranstaltungen in der Schweiz zu sponsern, die internationalen Charakter haben (vgl. Art. 13 ff Vorentwurf TabPG).

Bei der Werbung soll insbesondere ein Teil der Veröffentlichungen in der Presse, auf Plakaten, die von öffentlichem Grund aus einsehbar sind, oder in Werbespots im Kino verboten werden. 15 Kantone kennen bereits eine entsprechende Regelung.

In Art. 69 des Entwurfs wird deshalb ebenfalls festgehalten, die Plakatwerbung auf öffentlichem Grund zu verbieten. Unter das Verbot fällt auch die plakatahnliche Werbung. Auf bestimmten Werbeträgern (z.B. Gegenstände mit direktem Zusammenhang zu Tabakprodukten wie Feuerzeuge oder Aschenbecher) und an Verkaufspunkten ist Werbung jedoch weiterhin zulässig. Ausgenommen sind einerseits Wirtshausschilder und andererseits Sonnenstoren, Sonnenschirme und dergleichen. Generell werden die kleinflächige Werbung an einer Plakatsäule, die Auslage in einem Schaufenster oder Inserate in Printmedien nicht von Art. 69 des Entwurfs erfasst.

Der Regierungsrat hat sich bei der Beantwortung der Motion zum Schutz der nichtrauchenden Mehrheit von Kantonseinwohnerinnen und -einwohnern (52.05.05) bereit erklärt, im Rahmen der Revision der Gesundheitsgesetzgebung ein Werbeverbot von Tabak und allenfalls weitere Massnahmen zu prüfen. Die entsprechende Motion kann abgeschrieben werden.

9. Heilmittel

Art. 70 *Ausführungsrecht*

Der Umgang mit Heilmitteln wird gemäss geltender Gesetzgebung in Art. 38 bis 40 des Gesundheitsgesetzes und in der Heilmittelverordnung vom 24. Oktober 1991 (GDB 814.21) geregelt. Diese Rechtsgrundlagen stützen sich noch auf die, mittlerweile nicht mehr in Kraft stehende, Interkantonale Vereinbarung über die Kontrolle der Heilmittel mit der interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel (IKS) ab. Am 1. Januar 2002 ist jedoch das Heilmittelgesetz in Kraft getreten, welche die bisherige Konkordatslösung zugunsten einer einheitlichen, umfassenden Bundesregelung ablöste. Neuerdings werden etwa die Zulassung für die Inverkehrsetzung von Arzneimitteln oder Medizinalprodukten, die Herstellung, der Versandhandel, Werbeeinschränkungen und andere wichtige Bereiche auf Bundesebene normiert. Den Kantonen verbleiben weiterhin die folgenden Aufgaben:

- Regelung der Selbstdispensation durch Ärzte und Ärztinnen;
- Erteilung von Bewilligungen für den Detailhandel mit Arzneimitteln, einschliesslich Versandhandel;
- Kontrolle von Detailhandel und Abgabestellen von Medizinprodukten sowie von handwerklichen Herstellungen von Sonderanfertigungen, Systemen und Behandlungseinheiten;
- Betriebskontrollen bei kantonalen Bewilligungsinhabern;
- Erteilung von Bewilligungen für die Lagerung von Blutprodukten;
- Ernennung einer Ethikkommission;
- Marktüberwachung und
- Inspektionstätigkeiten, die vom Schweizerischen Heilmittelinstitut (Swissmedic) den Kantonen übertragen werden.

Art. 70 des Entwurfs weist einerseits darauf hin, dass sich der Umgang mit Heilmitteln (Arzneimittel und Medizinprodukte) primär nach der Heilmittelgesetzgebung des Bundes richtet, und weist dem Regierungsrat andererseits die Kompetenz zu, Ausführungsbestimmungen für jenen Bereich, der vom Bund nicht abschliessend normiert wird, zu erlassen. Die Übertragung der entsprechenden Kompetenzen vom Kantonsrat an den Regierungsrat erweist sich aufgrund des technischen Charakters der entsprechenden Bestimmungen als sachgerecht.

Art. 71 *Privat- und Spitalapotheke*

Abs. 1

Die Führung einer Privatapotheke soll für Ärzte bzw. Ärztinnen, Zahnärzte bzw. -ärztinnen sowie Tierärzte und -ärztinnen möglich sein (vgl. Art. 36 Abs. 1 Gesundheitsgesetz).

Abs. 2

Im Kanton Obwalden ist gemäss Art. 36 Abs. 2 des geltenden Gesundheitsgesetzes auch den Spitälern und den Heimen die Führung einer Privatapotheke erlaubt. Diese Regelung erweist sich nicht mehr als zeitgemäss.

Früher wurde in den Spitälern die Apotheke durch einen Arzt bzw. durch eine Ärztin geführt, mittlerweile wird diese Aufgabe nahezu ausnahmslos von Apothekern und Apothekerinnen wahrgenommen. Dies hängt mit der zunehmenden Professionalisierung auf dem Gebiet des Gesundheitswesens zusammen. Praktisch alle Kantone der Innerschweiz verlangen mittlerweile, dass Spital- und Heimapotheken durch einen Apotheker bzw. eine Apothekerin geführt werden.

In den Heimen im Kanton Obwalden wird keine Apotheke geführt.

Neu sollen aber auch Spitalapotheken durch einen Apotheker bzw. eine Apothekerin geführt werden. Sofern das Spital keinen eigenen Apotheker bzw. keine eigene Apothekerin anstellen möchte, soll es ausreichend sein, eine „angemessene“ Kontrolle und pharmazeutische Beratung der Spitalapotheke durch einen vertraglich angestellten, externen Apotheker bzw. eine Apothekerin sicherzustellen. Dabei ist die Präsenzzeit der betreffenden Fachperson gemäss dem Positionspapier der Kantonsapotheker-Vereinigung Nordwestschweiz betreffend Aufgaben und Verantwortlichkeit der fachtechnisch verantwortlichen Person (fvP) einer Institution im Bereich der Heilmittel vom 20. Oktober 2010 in Abhängigkeit von der Betriebsgrösse und Art der betreffenden Einrichtung festzulegen. Es gilt der Grundsatz, dass bei pharmazeutisch betreuten Einrichtungen für 400 Betten eine Apothekervollzeitstelle vorzusehen ist. Für das Kantonsspital Obwalden mit aktuell 83 Betten bedeutet dies mindestens eine 20-Prozent-Stelle.

Abs. 3

Die Führung von Privat- und Spitalapotheken bedarf, wie anhin, einer Bewilligung des Finanzdepartements. Sie wird zusammen mit der betreffenden Berufsausübungs- bzw. Betriebsbewilligung erteilt. Der Kantonsapotheker bzw. die Kantonsapothekerin stellt dem Finanzdepartement einen entsprechenden Antrag.

Art. 72 *Ethikkommission*

Abs. 1

Gemäss Art. 53 ff. des Heilmittelgesetzes sind die Kantone verpflichtet, eine Ethikkommission zu bezeichnen und zu überwachen. Letzterer kommt die Aufgabe zu, sämtliche klinischen Versuche mit Heilmitteln an Menschen gemäss der anerkannten Regelung der „Guten Praxis“ zu prüfen. Sie ist insbesondere dafür verantwortlich, zu prüfen, ob die Sicherheit, der Schutz und die Rechte der Versuchspersonen gewährleistet sind.

Bis Ende 2013 war für den Kanton Obwalden sowie für weitere Kantone der Zentralschweiz (Kantone Zug, Schwyz, Uri und Nidwalden) die Ethikkommission Luzern zuständig. Mit der Einführung des neuen Humanforschungsgesetzes (HFG) sowie des revidierten Bundesgesetzes über die Arzneimittel (HMG) auf den 1. Januar 2014 wurden Rolle und Aufgaben der

kantonalen Ethikkommissionen (EK) ausgebaut. Deshalb schlossen sich die Kantone der Nord- und Zentralschweiz zusammen, um die zusätzlichen Ressourcen aufgrund der Gesetzesrevisionen effizient zu gestalten. Der Kanton Obwalden ist ebenfalls dieser Vereinbarung Ethikkommission Nordwest- und Zentralschweiz – EKNZ beigetreten.

Abs. 2

Der Regierungsrat kann der Ethikkommission weitere Aufgaben zuweisen, sofern diese mit deren Tätigkeit in einem engen Zusammenhang stehen. Dadurch kann das Fachwissen der Ethikkommission auch auf anderen, verwandten Gebieten genutzt werden, wodurch wertvolle Synergien entstehen können.

10. Aufsicht, Befugnisse der Aufsichtsbehörden und Verwaltungs- und Disziplinarmaßnahmen

Art. 73 *Aufsichtsbefugnisse*

Abs. 1

Gemäss Art. 9 Abs. 1 Bst. f und Abs. 2 des geltenden Gesundheitsgesetzes (ohne Änderungen übernommen in Art. 9 Abs. 1 Bst. e und Abs. 2 Entwurf) werden die Berufe und Einrichtungen durch das Finanzdepartement und, sofern ihnen entsprechende Aufgaben übertragen worden sind, durch den Kantonsarzt bzw. die Kantonsärztin, den Kantonstierarzt bzw. die Kantonstierärztin, den Kantonszahnarzt bzw. die Kantonszahnärztin, den Kantonsapotheker bzw. die Kantonsapothekerin oder das kantonale Laboratorium der Urkantone beaufsichtigt.

In Art. 73 Abs. 1 des Entwurfs wird festgehalten, dass eine zweckmässige Aufsicht über sämtliche Berufe und Einrichtungen des Gesundheitswesens zu gewährleisten ist. Dies beinhaltet einerseits eine ausreichende Aufsicht hinsichtlich Periodizität und Genauigkeit und verlangt andererseits, dass die Aufsicht mit jenen Mitteln sicherzustellen ist, die sich im Einzelfall bewähren. Betriebskontrollen können innerhalb eines angemessenen, vernünftigen Zeitintervalls durchgeführt werden. Den Vollzugsbehörden kommt ein gewisser Ermessensspielraum zu, welchen sie jedoch in pflichtgemässer Art und Weise auszufüllen haben.

Abs. 2

Gemäss geltendem Gesundheitsgesetz verfügen die mit der Aufsicht betrauten Behörden lediglich über ein generelles Auskunftsrecht (vgl. Art. 50 Gesundheitsgesetz). Manche Kompetenzen der Aufsichtsbehörden ergeben sich vereinzelt aus bestimmten Bundeserlassen (HMG, Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe vom 3. Oktober 1951 [Betäubungsmittelgesetz, BetmG; SR 812.121]). Die Aufsichtsbefugnisse sollen nun gemäss Art. 73 Abs. 2 des Entwurfs einheitlich und umfassend geregelt werden. Dadurch sollen den Aufsichtsbehörden die erforderlichen Befugnisse erteilt werden, um eine sachgerechte Aufsicht gewährleisten zu können. Auch der Kanton Aargau verfügt über eine solche Regelung.

Abs. 2 Bst. a

Inskünftig soll den Kontrollbehörden, wie bisher, ein Auskunftsrecht zustehen. Neu sind sie aber zusätzlich ermächtigt, die Herausgabe von Unterlagen zu verlangen. Dabei handelt es sich um ein „*mildes*“ Aufsichtsmittel, welches im Grossteil der Fälle genügt, um den massgeblichen Sachverhalt feststellen zu können.

Der Datenschutz ist jedoch stets zu gewährleisten. Bei den herausverlangten Daten wird es sich oftmals um sensible Personendaten handeln, weshalb sich die Aufsichtsbehörden bei ihrer Tätigkeit stets am Grundsatz der Verhältnismässigkeit zu orientieren haben.

Das Berufsgeheimnis gilt bei Personen, die eine Tätigkeit unter staatlicher Aufsicht ausüben, gegenüber den Kontrollbehörden nicht, sofern Erstere selber im Fokus der Abklärungen der Aufsichtsbehörde stehen.

Abs. 2 Bst. b

Des Weiteren soll den Aufsichtsbehörden das Recht, Räumlichkeiten zu betreten, zustehen. Im Regelfall hat das Betreten von Räumlichkeiten unter vorgängiger Voranmeldung und innerhalb der üblichen Betriebszeiten zu erfolgen. Lediglich in Fällen, in welchen zeitliche Dringlichkeit oder die Gefahr besteht, dass der Zweck der Untersuchungshandlungen durch eine vorgängige Voranmeldung vereitelt werden könnte, dürfen Ausnahmen davon gemacht werden. Im Heilmittelbereich entspricht es jedoch der gängigen Praxis, dass Kontrollen, im Rahmen der behördlichen Marktüberwachung, regelmässig unangemeldet erfolgen.

Abs. 2 Bst. c

Zudem ist neu vorgesehen, dass die Aufsichtsbehörden inskünftig, generell und nicht nur im Bereich der Heilmittel, Proben erheben und Gegenstände zu Abklärungszwecken beschlagnehmen dürfen (sog. provisorische Beschlagnahmung). Diese Befugnis erweist sich insbesondere deshalb als sachgerecht, da es im Einzelfall nicht immer auf den ersten Blick klar sein kann, wie ein bestimmter Gegenstand rechtlich einzuordnen ist (z.B. Heilmittel, Medizinprodukt, Lebensmittel). Es handelt sich lediglich um eine provisorische Massnahme. Ergeben die Abklärungen, dass die betreffenden Gegenstände als unbedenklich eingestuft werden können, sind sie dem Eigentümer zurückzugeben.

Die in Art. 73 Abs. 2 des Entwurfs aufgeführten Untersuchungsmassnahmen sind nicht abschliessend. Es können, unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips, auch anderweitige Massnahmen angeordnet werden.

Art. 74 *Verwaltungsmassnahmen*

Abs. 1

Das geltende Gesundheitsgesetz enthält, vorbehältlich der Möglichkeit Heilmittel oder Werbeunterlagen für Heilmittel entschädigungslos einzuziehen (vgl. Art. 54 Gesundheitsgesetz), keine Aussagen darüber, welche Verwaltungsmassnahmen die mit der Aufsicht betrauten Stellen im Falle des Vorliegens von Missständen bei einzelnen Berufsausübenden und Einrichtungen im Bereich des Gesundheitswesens ergreifen können. Art. 74 Abs. 2 des Entwurfs enthält deshalb neu eine nicht abschliessende Aufzählung möglicher Massnahmen. Eine solche Regelung kennt bereits der Kanton Aargau.

Abs. 2

Abs. 2 Bst. a

Inskünftig sollen Gegenstände, die einer verbotenen Tätigkeit dienen oder gedient haben oder Gegenstände, welche die Gesundheit gefährden, beschlagnahmt, verwahrt oder vernichtet werden (sog. definitive Beschlagnahmung). Unter die Terminologie „Gegenstände, welche einer verbotenen Tätigkeit dienen“ kann etwa ein von einem Naturheiler eingesetztes Gerät zur Veränderung der Zeugnisfähigkeit fallen. Beispiele für Gegenstände, welche die Gesundheit gefährden, stellen etwa unsachgemäss gewartete Arbeitsinstrumente (z.B. verrostetes Skalpell) dar.

Abs. 2 Bst. b

Ausserdem sind die Aufsichtsbehörden ermächtigt, die Benützung von Räumen und Einrichtungen (z.B. Benützung eines Operationssaals) zu untersagen sowie Betriebsschliessungen

(z.B. Schliessung einer Apotheke) anzuordnen. Solche Massnahmen dürfen jedoch nur bei schweren Missständen angeordnet werden. Die Aufsichtsbehörden haben sich diesbezüglich am Grundsatz der Verhältnismässigkeit zu orientieren. Sie können sich, sofern dies als erfolgsversprechend betrachtet wird, eine Betriebsschliessung vorerst nur androhen und der fehlbaren Fachperson bzw. der Einrichtung eine Frist zur Beseitigung der Missstände setzen. Auf alle Fälle ist das rechtliche Gehör der fehlbaren Person bzw. der Einrichtung zu wahren.

Abs. 2 Bst. c

Ebenso dürfen die Aufsichtsbehörden unzulässige Bekanntmachungen verbieten und beseitigen sowie hierzu verwendete Mittel beschlagnahmen. Der Begriff „*Bekanntmachungen*“ ist in einem weiten Sinne zu verstehen und umfasst neben der Werbung im engeren Sinne auch sämtliche Formen der Information hinsichtlich einer Heiltätigkeit (z.B. Briefkopf mit Berufsbezeichnung, Telefoneinträge, Zeitungsinserte, Flugblätter etc.). Erweist sich eine Bekanntmachung im Einzelfall als unzulässig, so ist sie zu verbieten. Die Aufsichtsbehörden können solche Bekanntmachungen je nach deren Form entweder beschlagnahmen, verbieten oder beseitigen.

Art. 75 *Disziplinar-massnahmen*

Abs. 1

Disziplinar-massnahmen können gegenüber sämtlichen Personen, die eine Tätigkeit im Bereich des Gesundheitswesens ausüben (auch bei den bewilligungsfreien Tätigkeiten), und gegenüber den bewilligungspflichtigen Einrichtungen im Gesundheitsbereich angeordnet werden. Dies ist gerechtfertigt, da sämtliche dieser Personen und Organisationen einer besonderen staatlichen Aufsicht unterstehen.

Ein Entzug der Berufsausübungsbewilligung bzw. der Betriebsbewilligung erfolgt nur beim Vorliegen qualifizierter Gründe, namentlich bei schweren oder wiederholten Verfehlungen (vgl. Ausführungen zu Art. 35 Entwurf). Der Entzug einer Bewilligung, sei es für die ganze oder lediglich einen Teil der Berufstätigkeit, auf bestimmte oder unbestimmte Zeit, stellt daher stets die härteste Massnahme dar. Den Kontrollbehörden sollen jedoch auch Möglichkeiten zu bestimmten Disziplinar-massnahmen zur Verfügung stehen, bei Verfehlungen, die nicht in Art. 35 Abs. 1 des Entwurfs aufgeführt sind. Insbesondere bei Verfehlungen, die nicht als schwer qualifiziert werden können und bei nicht wiederholten Verstössen sollen anderweitige Disziplinar-massnahmen angeordnet werden können.

Bei den universitären Medizinalberufen und bei den Psychologieberufen ist ein Entzug der Berufsausübungsbewilligung ohnehin lediglich subsidiär. Das MedBG (Art. 43 ff.) und das PsyG (Art. 30 ff.) sehen ein Disziplinarverfahren vor, welches dem Entzug vorgeht. Bei Verletzung der Berufspflichten können lediglich Verwarnungen, Verweise oder Bussen verhängt werden (vgl. Art. 43 Abs. 2 MedBG).

Bei den bewilligungsfreien Berufen existiert zwar keine Bewilligung, die entzogen werden könnte, jedoch ist das Finanzdepartement befugt, Massnahmen gemäss Art. 33 Abs. 3 des Entwurfs anzuordnen. Ergänzend dazu oder alternativ kann es auch Disziplinar-massnahmen verhängen.

Den betroffenen Personen bzw. Einrichtungen ist im Vorfeld der Anordnung einer Disziplinar-massnahme stets das rechtliche Gehör zu gewähren.

Abs. 3

Das Finanzdepartement soll bei Verfehlungen, die nicht von Art. 35 Abs. 1 des Entwurfs erfasst werden, inskünftig eine Verwarnung, einen Verweis oder eine Busse bis zu Fr. 20 000.– aussprechen dürfen.

11. Strafbestimmungen und Rechtsschutz

Art. 76 *Strafen*

Abs. 1

Das geltende Gesundheitsgesetz sieht in Art. 53 Abs. 1 lediglich vor, dass vorsätzliche und fahrlässige Verstösse gegen das Gesundheitsgesetz und dessen Vollzugsbestimmungen gemäss dem Gesetz über das kantonale Strafrecht mit Busse bestraft werden. Die Strafbestimmungen interkantonalen Vereinbarungen sind anwendbar, wenn der Kanton der Vereinbarung durch die Genehmigung des Kantonsrats beigetreten ist.

Auf eine präzise Umschreibung der einzelnen Straftatbestände im Gesundheitsgesetz wurde verzichtet. Dies erweist sich aufgrund dessen, dass dem Legalitätsprinzip im Bereich des Strafrechts eine besondere Tragweite zukommt und grundsätzlich kein Verhalten bestraft werden darf, welches nicht ausdrücklich von Gesetzes wegen verboten ist, als problematisch. Deshalb sollen die im Bereich des Gesundheitswesens relevanten Straftatbestände in Art. 76 Abs. 1 des Entwurfs – gemäss heutiger kantonaler Praxis – möglichst exakt umschrieben werden. Diesen Ansatz verfolgen unter anderem auch die Kantone Uri, Zürich, Basel-Stadt und St. Gallen.

Abs. 1 Bst. a

Es rechtfertigt sich insbesondere, die Ausübung bewilligungspflichtiger Tätigkeiten sowie das Betreiben von bewilligungspflichtigen Einrichtungen, ohne dass hierfür eine Bewilligung eingeholt worden wäre, unter Strafe zu stellen.

Abs. 1 Bst. b

Ebenso können „*erhebliche*“ Kompetenzüberschreitungen und „*schwerwiegende*“ Verstösse gegen die Berufspflicht nicht toleriert werden. Kompetenzüberschreitungen und Verstösse gegen die Berufspflicht können auch dann „*erheblich*“ bzw. „*schwerwiegend*“ sein, wenn es sich um mehrere – einzeln betrachtet nicht als schwer zu qualifizierende – Verfehlungen handelt, welche jedoch aufgrund einer Gesamtbetrachtung ein schwerwiegendes Fehlverhalten darstellen.

Abs. 1 Bst. c

Zwecks Sicherstellung eines ordnungsgemässen Vollzugs und einer sachgerechten Aufsicht ist es überdies unabdingbar, dass sämtliche Inhaber bzw. Inhaberinnen von Bewilligungen, dem Finanzdepartement sämtliche wesentlichen Tatsachen melden und im Bedarfsfall die erforderlichen Auskünfte erteilen. Aufgrund dessen ist, neben den verwaltungsrechtlichen Sanktionen von diesbezüglichem Fehlverhalten, auch eine strafrechtliche Sanktionierungsmöglichkeit vorzusehen.

Abs. 1 Bst. d

Zudem dürfen bewilligungsfreie Tätigkeiten im Bereich des Gesundheitswesens nicht in irreführender Weise bekannt gemacht werden.

Abs. 1 Bst. e

Überdies soll unter Strafe gestellt werden, Personen, die unter der fachlichen Verantwortung und direkten Aufsicht eines Bewilligungsinhabers bzw. einer Bewilligungsinhaberin stehen, Verrichtungen zu übertragen, die deren berufliche Qualifikation erheblich übersteigen. Das Vertrauen der Bevölkerung in die Fachkompetenz der im Gesundheitswesen tätigen Personen und Einrichtungen ist zu schützen.

Die Kantone Basel-Stadt und Zürich sehen für die vorsätzliche Tatbegehung eine Busse bis Fr. 50 000.–, die Kantone Aargau und Nidwalden ein Busse bis Fr. 100 000.– vor. Gewisse Kantone haben im Gesundheitsgesetz für die Bussen keine bestimmte Höhe festgelegt. Art. 76 Abs. 1 des Entwurfs sieht für die vorsätzliche Tatbegehung, im Einklang mit den Kantonen Basel-Stadt und Zürich, eine Busse bis Fr. 50 000.– vor.

Abs. 2

Die fahrlässige Tatbegehung soll inskünftig, wie dies auch im Zürcher Gesundheitsgesetz festgeschrieben worden ist, mit einer Busse bis Fr. 5 000.– bestraft werden. Der Kanton Basel-Stadt kennt eine höhere Limite von Fr. 10 000.–. Zahlreiche Kantone legen für Fahrlässigkeitsdelikte nicht eigens einen Maximalbetrag für Bussen fest.

Abs. 3

Der Klarheit halber soll ausdrücklich festgehalten werden, dass auch der Versuch, die Anstiftung und die Gehilfenschaft strafbar sind.

Abs. 4

In besonders leichten – vorsätzlich oder fahrlässig begangenen Fällen – kann von einer Bestrafung abgesehen werden. Ein „*besonders leichter Fall*“ ist bei Fahrlässigkeitsdelikten schneller gegeben, da diesfalls der Wille der strafbaren Person nicht auf die Erzielung eines unrechtmässigen Erfolgs ausgerichtet war. Es ist jedoch beim Vorsatz- und beim Fahrlässigkeitsdelikt zu fordern, dass aufgrund des Verhaltens der fehlbaren Person nur geringfügige Kollektiv- und / oder Individualinteressen verletzt worden sind.

Abs. 5

Wie dies bereits in Art. 53 Abs. 3 des geltenden Gesundheitsgesetzes vorgesehen ist, sind die Strafurteile, die aufgrund der eidgenössischen und der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung ergehen, dem Finanzdepartement zur Orientierung zuzustellen.

Art. 77 *Rechtsmittel im Allgemeinen*

Art. 51 des geltenden Gesundheitsgesetzes normiert die Rechtsschutzmöglichkeiten im Bereich des Gesundheitswesens in umfassender Weise. Das Gesundheitsgesetz wurde am 20. Oktober 1991 erlassen. In der Zwischenzeit trat das Staatsverwaltungsgesetz vom 8. Juni 1997 (StVG; GDB 130.1) in Kraft, welches eine für sämtliche Rechtsgebiete anwendbare, integrale Rechtsmittelbestimmung enthält. Als Grundsatz gilt, dass gegen Verfügungen der Amtsstellen beim Departement, gegen Verfügungen und Entscheide des Departements oder von Kommissionen beim Regierungsrat Beschwerde erhoben werden kann, sofern die Gesetzgebung nichts anderes bestimmt (Art. 67 Abs. 1 StVG).

Art. 51 Abs. 2 des geltenden Gesundheitsgesetzes hält ebenfalls fest, dass gegen Verfügungen und Entscheide des Departementes und des Spitalrats innert 20 Tagen schriftlich und begrün-

det Beschwerde beim Regierungsrat erhoben werden kann. Somit ist die Wiederholung der in Art. 67 Abs. 1 StVG vorgesehenen Rechtsmittelmöglichkeiten in Art. 51 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes nicht mehr erforderlich. Ein Verweis auf das Staatsverwaltungsrecht genügt. Die Möglichkeit, Beschlüsse von Gemeinderat und Gemeindeversammlung innert 20 Tagen beim Regierungsrat anzufechten, ergibt sich bereits aus Art. 88 Abs. 1 der Kantonsverfassung und wurde deshalb im geltenden Gesundheitsgesetz nicht ausdrücklich festgehalten. Der Klarheit halber soll in Art. 77 Abs. 2 des Entwurfs ebenfalls auf die Kantonsverfassung verwiesen werden.

Die Rechtsmittel gegen Verfügungen und Entscheide der auf dem Gebiet des Gesundheitswesens zuständigen Behörden, wie namentlich der Gemeindeärzte bzw. -ärztinnen, des Kantonsarztes bzw. der Kantonsärztin, des Kantonstierarztes bzw. der Kantonstierärztin, des Kantonsapothekers bzw. der Kantonsapothekerin, werden hingegen weder in der Kantonsverfassung noch im StVG geregelt, weshalb Art. 51 Abs. 1 des geltenden Gesundheitsgesetzes in Art. 77 Abs. 1 des Entwurfs beibehalten wird. Eine Präzisierung erfolgt lediglich dahingehend, dass die im Bereich des Gesundheitswesens zuständigen Entscheidbehörden, die unter der Funktionsstufe „Amt“ angesiedelt sind, nicht mehr abschliessend genannt werden. Dies dient der Wahrung der notwendigen Flexibilität.

Art. 78 *Rechtsmittel im Bereich des Kantonsspitals*

Aufgrund der Aufhebung der Spitalverordnung müssen die Rechtsmittelbestimmungen gemäss Art. 35 der Spitalverordnung neu ins Gesundheitsgesetz integriert werden.

Die Entscheide des Spitalrats können, da es sich beim entsprechenden Gremium nach wie vor um eine Kommission handelt, gemäss Art. 67 Abs. 1 StVG beim Regierungsrat angefochten werden. Weil es jedoch aufgrund der neuen Bezeichnung „*Spitalrat*“ nicht augenfällig ist, dass es sich dabei um eine Kommission gemäss Art. 67 Abs. 1 StVG handelt, soll in Art. 78 Abs. 5 des Entwurfs nochmals ausdrücklich festgehalten werden, dass Entscheide des Spitalrats innert 20 Tagen mit Beschwerde beim Regierungsrat angefochten werden können.

12. Schluss- und Übergangsbestimmungen

Art. 79 *Vollzug*

Der Regierungsrat wird im Gesundheitsgesetz für bestimmte Regelungsbereiche ausdrücklich zum Erlass von Ausführungsbestimmungen verpflichtet bzw. ermächtigt. Diesfalls ist seine Regelungskompetenz nicht auf die Ordnung des Verfahrens und die Zuständigkeit beschränkt (vgl. Art. 75 Abs. 1 Ziff. 1 und 2 KV). In Bereichen, wo keine ausdrückliche Delegation im Gesundheitsgesetz oder in einem anderen kantonalen Gesetz besteht, kann er Ausführungsbestimmungen zu bundesrechtlichen Vorschriften, die sich auf das Verfahren und die Zuständigkeit beschränken, erlassen (Art. 75 Abs. 1 Ziff. 1 KV).

Art. 80 *Übergangsbestimmungen*

Abs. 1

Art. 80 Abs. 1 des Entwurfs hält neu fest, dass eine vor Inkrafttreten des revidierten Gesundheitsgesetzes erteilte Bewilligung automatisch erlischt, sofern die betreffende Tätigkeit nach dem neuen Recht nicht mehr bewilligungspflichtig ist. Diese Regelung kennen auch die Kantone Luzern, Nidwalden und Uri.

Abs. 2

Wie bereits in Art. 56 Abs. 1 des geltenden Gesundheitsgesetzes vorgesehen ist, hält auch Art. 80 Abs. 2 des Entwurfs ausdrücklich fest, dass die übrigen Bewilligungen, welche aufgrund der früheren Gesetzgebung erteilt worden sind, in Kraft bleiben. Ihr Inhalt richtet sich jedoch nach dem neuen Recht. Dies erweist sich aus Gründen des Besitzstands als gerechtfertigt. Fallen die Bewilligungsvoraussetzungen im Vergleich zum alten Recht strenger aus, so wird der Bewilligungsinhaber bzw. die Bewilligungsinhaberin gemäss Art. 80 Abs. 2 des Entwurfs neu verpflichtet, diese nach Ablauf einer Frist von zwei Jahren seit Inkrafttreten des revidierten Gesundheitsgesetzes erfüllen. Diese neue Vorschrift dient dem Gesundheitsschutz der Patientinnen und Patienten.

Abs. 3

Art. 56 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes sieht für neu der Bewilligungspflicht unterstellte Tätigkeiten und Einrichtungen vor, dass innerhalb von sechs Monaten seit Inkrafttreten des Gesundheitsgesetzes ein Bewilligungsgesuch eingereicht werden muss, ansonsten die weitere Ausübung dieser Tätigkeit bzw. dieser Einrichtung untersagt ist. Diese Regelung wird in Art. 80 Abs. 3 des Entwurfs ohne inhaltliche Änderungen übernommen.

Abs. 4

Das Finanzdepartement kann bereits nach Art. 56 Abs. 3 des geltenden Gesundheitsgesetzes jenen Personen, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes während mindestens drei Jahren einen neu der Bewilligungspflicht unterstellten Beruf selbstständig ausgeübt oder eine entsprechende Einrichtung betrieben haben, bei genügender Qualifikation, die Berufsausübungsbewilligung bzw. die Betriebsbewilligung für höchstens fünf Jahre erteilen, auch wenn die gesetzlich geforderten Voraussetzungen nicht erfüllt sind. Diese Regelung wird unverändert in Art. 80 Abs. 4 des Entwurfs übernommen.

Abs. 5

Da in Art. 36 Abs. 1 Bst. d des Entwurfs neu vorgesehen wird, dass die Berufsausübungsbewilligung mit dem Erreichen der Altersgrenze von 70 Jahren grundsätzlich erlischt, Erstere jedoch auf Gesuch hin jeweils um zwei Jahre verlängert werden kann, ist eine entsprechende Übergangsbestimmung notwendig, um ein ungewolltes Erlöschen der Berufsausübungsbewilligung zu verhindern. Personen, die über 70 Jahre alt sind, müssen innert dreier Monate nach Inkrafttreten des revidierten Gesundheitsgesetzes ein Gesuch um Verlängerung der Bewilligung einreichen. Diese Übergangsregelung kennen auch die Kantone Nidwalden, Zug und Uri.

Abs. 6

Personen oder Organisationen und Einrichtungen, die beim Inkrafttreten dieses Gesetzes über eine Berufsausübungsbewilligung beziehungsweise Betriebsbewilligung verfügen, müssen gemäss Art. 80 Abs. 6 des Entwurfs innert dreier Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes eine Berufs- bzw. Betriebshaftpflichtversicherung abschliessen. Eine solche Übergangsfrist kennen unter anderem auch die Kantone Uri und Zug.

Abs. 7

Für sämtliche Änderungen aufgrund des Jugendschutzes gemäss Art. 67 und 69 des Entwurfs (Verkaufs- und Abgabeverbot für Tabakprodukte und alkoholische Getränke, Plakatwerbeverbot

für Tabakprodukte und alkoholische Getränke) wird gemäss Art. 80 Abs. 7 des Entwurfs eine Übergangsfrist von einem Jahr vorgesehen. Die Kantone Nidwalden, Uri und Zug sehen ebenfalls diese Frist vor.

Abs. 8

Gemäss Art. 28 der Verordnung über Berufe der Gesundheitspflege haben Hebammen Anspruch auf eine Entschädigung, wenn die Gebärende oder Wöchnerin zivilrechtlichen Wohnsitz im Kanton Obwalden hat und sie die Gebärende zu Hause während der Geburt betreut oder die Wöchnerin im Wochenbett zu Hause pflegt. Inskünftig ist geplant, das Wartegeld in den Hebammentarif zu integrieren, weshalb in Zukunft keine separate Entschädigung mehr ausbezahlt werden muss. Aufgrund dessen wird Art. 28 der Verordnung über Berufe der Gesundheitspflege in die Übergangsbestimmungen aufgenommen und festgelegt, dass das Wartegeld lediglich noch bis zu dessen Integration in den Hebammentarif auszubezahlen ist.

Abs. 9

Derzeit nimmt der Kantonsarzt bzw. die Kantonsärztin – in Personalunion – ebenfalls die amtsärztlichen Aufgaben wahr (z.B. Leicheninspektion). In bestimmten Kantonen werden diese Kompetenzen des Öfteren zwischen einem Kantonsarzt bzw. einer Kantonsärztin und einem Amtsarzt bzw. einer Amtsärztin aufgeteilt. Die Befreiung vom Notfalldienst erweist sich aufgrund der damit zusammenhängenden Zusatzbelastung nur dann als gerechtfertigt, wenn dem Kantonsarzt bzw. der Kantonsärztin auch gleichzeitig amtsärztliche Verrichtungen obliegen. Sollte die bislang bestehende Personalunion zu gegebenem Zeitpunkt auch im Kanton Obwalden einmal aufgehoben werden, lebt die Verpflichtung des Kantonsarztes zur Mitarbeit im ambulanten Notfalldienst wieder auf.

II.

1. Änderung der Strafvollzugsverordnung

Unter zwangsweise Behandlung fallen die Anwendung von unmittelbarem Zwang, die Zwangsernährung oder die Zwangsmedikation. Die Anwendung von Zwangsmassnahmen für den Bereich des Straf- und Massnahmenvollzugs ist in der Strafvollzugsverordnung zu regeln, die eine formell-gesetzliche Grundlage darstellt (vgl. Bericht und Botschaft zur Evaluation der Justizreform).

Bei der Artikelnummerierung wurden die geplanten Änderungen der Strafvollzugsverordnung (Einfügung von Art. 20a und 20b) gemäss den Vorlagen des Regierungsrats und des Obergerichts vom 17. Juni 2014 zum Gesetz über die Anpassungen aufgrund der Evaluation der Justizreform und zum Gesetz über die Anpassungen im Anschluss an die Evaluation der Justizreform (Bereinigungen) berücksichtigt.

Art. 20c *f. Anwendung von unmittelbarem Zwang*

Der neue Art. 20c regelt grundsätzlich die Anwendung von unmittelbarem Zwang, d.h. die Durchführung von Massnahmen und Behandlungen gegen den Willen der betroffenen Person.

Art. 20d *g. Zwangsernährung*

Bekanntlich treten eingewiesene Personen gelegentlich in einen Hungerstreik, um ihren Forderungen gegenüber den Straf- oder Strafvollzugsbehörden Nachdruck zu verleihen. Der neue Art. 20d regelt (ergänzend zum Gesundheitsgesetz) die Rechtslage beim Vorliegen einer Pa-

tientenverfügung und die Zuständigkeit bei der allfälligen Anordnung einer künstlichen Ernährung.

Es werden nachfolgend zwei Varianten vorgeschlagen:

Variante 1 sieht vor, dass die Pflicht zur Durchführung der – als lebensrettende Massnahme verstandenen – Zwangsernährung entfällt, solange von einer freien Willensbildung und damit einer sowohl intellektuell wie willentlich intakten Möglichkeit der Selbstbestimmung durch die betroffene Person ausgegangen werden kann. Lehnt die eingewiesene Person in einer Patientenverfügung eine künstliche Ernährung ausdrücklich ab, kann der Standpunkt vertreten werden, dass dieser ausdrückliche Wille zu respektieren ist. Falls die inhaftierte Person keine ausdrücklichen Anordnungen für den Fall eines Bewusstseinsverlusts hinterlegt hat oder sie urteilsunfähig wird, ist davon auszugehen, dass kein expliziter Sterbewille vorliegt, weshalb die Zwangsernährung aufgrund der Fürsorgerpflicht des Staates angeordnet werden muss. Es soll gesetzlich kein Interpretationsspielraum bestehen.

Variante 2 geht davon aus, dass bei einer inhaftierten Person nicht mehr von einem freien Willen ausgegangen werden kann. Die Person steht unter dem Druck des Freiheitsentzugs, und es ist kaum oder sogar überhaupt nicht mehr zu unterscheiden, ob der Hungerstreik mehr der Wunsch nach Freiheit oder doch mehr der Wunsch zum Sterben ist. Unter diesen Umständen soll das Retten des Lebens Vorrang haben vor der Anweisung der inhaftierten Person in der Patientenverfügung und eine Zwangsernährung ist von Gesetzes wegen anzuordnen.

Es liegt an der zuständigen Vollzugsbehörde, die zwangsweise Ernährung anzuordnen. Da die Anordnung angefochten werden kann, müssen die verfahrensrechtlichen Vorschriften eingehalten werden. Die zuständige Behörde ist mit den verfahrensrechtlichen Vorschriften eher vertraut. Solche Anordnungen treffen letztlich die Ärzte, welche die Zwangsernährung durchführen müssen. Es kann aber offenbleiben, über welchen gesetzlichen Mechanismus ausserkantonale Ärzte dem Vollzugsentscheid des Kantons Obwalden unterstehen. Denn es dürfte deren Berufspflichten entsprechen, unter den gegebenen Umständen lebensrettende Massnahme im Sinne einer Zwangsernährung durchzuführen.

Art. 20e *h. Massnahmenindizierte Zwangsmedikation*

Eine spezielle Regelung ist auch bei der massnahmenindizierten Zwangsmedikation von bestimmten Tätern erforderlich. Eine massnahmenindizierte Zwangsmedikation liegt dann vor, wenn das Gericht in seinem Urteil eine vom forensischen Psychiater vorgeschlagene Medikation in seinem Urteil ausdrücklich unterstützt, die betroffene Person indessen die freiwillige Medikation weiterhin ablehnt. Die Vollzugsbehörde kann im Rahmen des Massnahmenvollzugs eine Zwangsmedikation anordnen, wie dies im Gerichtsurteil bereits ausgeführt worden ist.

2. Weitere Änderungen

Bei folgenden Erlassen wird lediglich der Ingress hinsichtlich dessen Abstützung auf das Gesundheitsgesetz angepasst:

- die Verordnung über den Koordinierten Sanitätsdienst,
- die Verordnung über eine Fachstelle für Gesellschaftsfragen,
- die Ausführungsbestimmungen über das Wartegeld für Hebammen,
- die Verordnung über Friedhöfe und Bestattungen und
- die Ausführungsbestimmungen über die Beiträge des Kantons an die Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause vom 4. März 2008 (GDB 830.711).

Der Kantonsapotheker bzw. die Kantonsapothekerin nimmt gemäss Art. 7 der Ausführungsbestimmungen über die Arzneimittel und die Medizinprodukte im Rahmen von Baubewilligungsverfahren zu Baugesuchen von Einrichtungen im Heilmittelbereich Stellung. Diese Regelung kennt bereits Art. 8 Abs. 1 der gegenwärtigen Heilmittelverordnung. Aufgrund dessen ist eine entsprechende Koordination des Baubewilligungsverfahrens erforderlich. Es wird daher ein neuer Art. 2 Bst. x der Ausführungsbestimmungen über die Verfahrenskoordination im Baurecht vom 17. Oktober 2006 (GDB 710.11) notwendig, die Verfahren, welche die Errichtung und erhebliche Umbauten von Einrichtungen im Heilmittelbereich zum Gegenstand haben, als koordinationsbedürftig bezeichnet.

Da die Meldepflicht für die Träger eines strafrechtlichen Berufsgeheimnisses und ihrer Hilfspersonen aufgrund der neu geplanten Bundesregelung (Kinderschutz) inskünftig nicht mehr gelten soll und die betreffenden Personen lediglich zur Meldung berechtigt sein sollen, ist Art. 22 Abs. 1 der Verordnung betreffend die Einführung des Kindes- und Erwachsenenschutzrechts vom 3. Mai 2012 (GDB 211.61) aufzuheben. Damit wird einerseits eine den aktuellen Verhältnissen angepasste Meldeberechtigungs- bzw. -verpflichtungsordnung geschaffen und andererseits ein erneuter Revisionsbedarf in nächster Zeit verhindert.

Die Ausführungsbestimmungen über die Führung des Kantonsspitals als Regiebetrieb nach den Grundsätzen der neuen Verwaltungsführung vom 13. Januar 2004 (GDB 830.111) sind in verschiedener Hinsicht anzupassen. Einerseits ist der Ingress hinsichtlich dessen Abstützung auf das Gesundheitsgesetz zu aktualisieren und andererseits ist der Begriff „Globalkredit“ durch die Terminologie „jährlicher leistungsbezogener Kredit“ zu ersetzen. Des Weiteren ist die Aufteilung des Gewinns des Kantonsspitals Obwalden neu zu regeln und an Art. 24 Abs. 4 des Entwurfs anzupassen. Demnach ist der Gewinn nicht mehr hälftig zwischen dem Kanton und dem Kantonsspital aufzuteilen. Vielmehr ist der Gewinn primär für strategierelevante bauliche oder anderweitige Projekte zu verwenden, sofern dafür ein Bedarf ausgewiesen ist.

III.

Die Schulgesundheitsverordnung und die Ausführungsbestimmungen über die Tarife und Taxen gemäss Schulgesundheitsverordnung werden aufgehoben. Die beiden Erlasse werden in den, neu vom Regierungsrat zu erlassenden Ausführungsbestimmungen über die Schulgesundheit, zusammengefasst. Damit wird ein Beitrag zur Vereinfachung der Gesetzgebung im Bereich des Gesundheitswesens geleistet.

Ebenfalls wird das bisherige Gesundheitsgesetz aufgehoben. An seine Stelle tritt das revidierte Gesundheitsgesetz.

Die Verordnung über öffentliche Badeanstalten und weitere Einrichtungen und die Verordnung über Berufe der Gesundheitspflege sind auch aufzuheben. Die beiden Erlasse werden zu weiten Teilen in die vom Regierungsrat zu erlassenden Ausführungsbestimmungen über die Berufe und die Einrichtungen des Gesundheitswesens integriert. Dies trägt wesentlich zu einer schlanken Gesundheitsgesetzgebung bei.

Auch die Spitalverordnung wird aufgrund dessen, dass die wichtigsten Kernpunkte neu im Gesundheitsgesetz geregelt werden und die nähere Organisation des Kantonsspitals inskünftig durch den Spitalrat zu normieren sind, aufgehoben.

Die Ausführungsbestimmungen über das Passivrauchen sind ebenfalls aufzuheben. Die betreffenden Bestimmungen werden ins revidierte Gesundheitsgesetz integriert.

Die ausführenden Regelungen im Bereich der Heilmittelgesetzgebung werden neu durch Ausführungsbestimmungen des Regierungsrats normiert. Die Heilmittelverordnung des Kantonsrats wird daher aufgehoben.

Die Patientenrechte und -pflichten sind inskünftig bereits Bestandteil des revidierten Gesundheitsgesetzes. Ein eigenständiger Erlass über die Patientenrechte und -pflichten ist daher nicht mehr notwendig, weshalb die entsprechende Verordnung aufgehoben werden kann.

IV.

Da noch verschiedene Ausführungsbestimmungen anzupassen sind, bestimmt der Regierungsrat das Inkrafttreten.

III. Finanzielle Auswirkungen der Revision

Die vorgeschlagenen Revisionspunkte im Rahmen der Gesundheitsgesetzgebung lösen direkt keine Zusatzkosten für den Kanton und die Einwohnergemeinden aus.

Potenzielle Mehraufwendungen sind mittel- bis langfristig in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention sowie in der Versorgungssicherung, für die im neuen Gesetz erweiterte Rechtsgrundlagen geschaffen werden, möglich. Namentlich die in Art. 5 Abs. 1 erwähnte Kompetenz des Kantons zur Gewährleistung seiner Aufgaben für Massnahmen im Bereich Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten bzw. Ärztinnen oder die Organisation des Notfalldiensts.

In den genannten Bereichen erwachsen aus dem Gesetz allerdings keine unmittelbar zwingende Verpflichtungen, deren Erfüllung im Rahmen von gebundenen Ausgaben finanziert werden müssten. Vielmehr wären allfällige zusätzlich beantragte Mittel vom Kantonsrat im Rahmen seiner Finanzkompetenzen situativ zu genehmigen.

Anhänge:

- Anhang 1: Entwurf Gesundheitsgesetz vom 14. Oktober 2014 (Synopsis)
- Anhang 2: Entwurf Ausführungsbestimmungen über die Berufe und die Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Anhang 3: Entwurf Ausführungsbestimmungen über die Schulgesundheit
- Anhang 4: Entwurf Ausführungsbestimmungen über die Arzneimittel und die Medizinprodukte