

An den Landrat

Glarus, 5. November 2013

A. Änderung des Gesetzes über das Gesundheitswesen

- I. Änderung des Gesetzes über das Gesundheitswesen
- II. Änderung des Gesetzes über den Bevölkerungsschutz

B. Änderung des Staatshaftungsrechts

- I. Änderung des Gesetzes über die Haftung der Gemeinwesen und ihrer Amtsträger
- II. Änderung des Gesetzes über das Gesundheitswesen
- III. Änderung des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung
- IV. Änderung des Gesetzes über die öffentliche Sozialhilfe

Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

1. Ausgangslage

Änderungen von Bundesgesetzen und ein Entscheid des Bundesgerichtes bedingen eine Revision des kantonalen Gesetzes über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz). So ist der Begriff der selbstständigen Berufsausübung zu ersetzen und das neu eingeführte Psychologieberufegesetz (PsyG) beziehungsweise der Psychotherapieberuf sind als Rechtsgrundlage im Gesetz zu verankern. Damit Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte, die von der Notfalldienstpflicht gemäss Artikel 34 Gesundheitsgesetz befreit werden, mit einer Ersatzabgabe belastet werden können, ist gemäss einem Urteil des Bundesgerichtes eine rechtliche Grundlage notwendig.

Die Revision des Gesundheitsgesetzes soll darüber hinaus genutzt werden, um Anpassungen an veränderte kantonale Gegebenheiten vorzunehmen. So sind nach dem Erlass des Gesetzes über den Bevölkerungsschutz (Bevölkerungsschutzgesetz) durch die Landsgemeinde 2012 die Aufgaben und Zuständigkeiten des Koordinierten Sanitätsdienstes im Gesundheitsgesetz verbindlich zu regeln. Das Bestattungswesen ist gestützt auf den bestehenden Artikel 5 Buchstabe a des Gesundheitsgesetzes vollumfänglich in die Zuständigkeit der Gemeinden zu überführen. Die noch bestehenden kantonalen Vorschriften sind aufzuheben. Neu soll der Regierungsrat Beiträge an innovative oder wohnortnahe ambulante Angebote beziehungsweise Versorgungsmodelle gewähren können. Im Rahmen des Projektes „Verwesentlichung und Flexibilisierung der Rechtssetzung“ sind ausserdem verschiedene, vorwiegend formelle, Anpassungen vorzunehmen.

Im Zuge der rechtlichen Verselbstständigung des Kantonsspitals Glarus zeigte sich zudem, dass in der Gesetzgebung präziser als bisher verankert werden muss, ob Organisationen des Privatrechts, die im Auftrag des Gemeinwesens eine öffentliche Aufgabe erfüllen, dem kantonalen Staatshaftungsrecht unterstehen. Damit verbunden sind neben Anpassungen

des Gesetzes über die Haftung der Gemeinwesen und ihrer Amtsträger (Staatshaftungsgesetz) und des Gesundheitsgesetzes auch Änderungen des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG) sowie des Gesetzes über die öffentliche Sozialhilfe (Sozialhilfegesetz).

Da die Änderungen im Staatshaftungsrecht über das Gesundheitswesen hinaus Bedeutung haben, werden die Änderung des Gesundheitsgesetzes (und des Bevölkerungsschutzgesetzes) und die Änderungen des Staatshaftungsrechts (mit Änderungen im Staatshaftungs-, Gesundheits- und Sozialhilfegesetz sowie im EG KVG) in zwei separaten Beschlüssen (Teil A [vgl. Ziff. 2] und Teil B [vgl. Ziff. 3]) unterbreitet.

2. Änderung des Gesetzes über das Gesundheitswesen (Teil A)

2.1. Anpassungen aufgrund von Änderungen im Bundesrecht

Seit Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG) am 1. September 2007 hat sich der Begriff der „selbstständigen Berufsausübung“ vollzugsrechtlich für die kantonalen Behörden als unbefriedigend erwiesen. Dies, weil das MedBG nur die selbstständige Tätigkeit auf eigene Rechnung erfasst. Eine einheitliche Regelung für alle in eigener fachlicher Verantwortung tätigen universitären Medizinalpersonen wird verlangt. Mit dem Bundesgesetz über die Psychologieberufe (Psychologieberufegesetz, PsyG) wird die Bewilligungspflicht für die privatwirtschaftliche Ausübung der Psychotherapie gesamtschweizerisch einheitlich eingeführt (Art. 22). In Anlehnung an das am 1. Mai 2012 in Kraft getretene Psychologieberufegesetz soll die Terminologie der „selbstständigen Berufsausübung“ im MedBG und gestützt darauf im vorliegenden Gesundheitsgesetz durch die „privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung“ ersetzt werden (vgl. Botschaft des Bundesrates zur Änderung des Medizinalberufegesetzes vom 3. Juli 2013 [04.084]). Das MedBG regelt künftig also die privatwirtschaftliche Erwerbstätigkeit für Medizinalpersonen, die in eigener fachlicher Verantwortung tätig sind. Folge ist, dass bundesweit künftig Medizinalpersonen sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die bislang nicht als selbstständig gegolten haben, unter die Bewilligungspflicht fallen, wenn sie privatwirtschaftlich und in eigener fachlicher Verantwortung tätig sind. Damit werden neu Personen der Bewilligungspflicht unterstellt, die in privatrechtlich organisierten Gruppenpraxen arbeiten, solange sie nicht unter der Aufsicht einer Kollegin oder eines Kollegen stehen. Dies wird mit dem Ausdruck „in eigener fachlicher Verantwortung“ klar hervorgehoben. Gemäss bundesrätlicher Botschaft kann etwa das Arbeitsrecht herangezogen werden, wenn es um die Beurteilung geht, ob es sich um eine private Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung handeln könnte. Im Gegensatz zu einem Arbeitsverhältnis im Sinne von Artikel 320 ff. des Obligationenrechts (OR), das Arbeits-, Treue-, Sorgfalts-, Rechenschafts- und Herausgabepflichten sowie die Pflicht zum Befolgen von Anordnungen und Weisungen durch Arbeitnehmer kennt, erfolgt die hier gemeinte Tätigkeit (zumindest) weisungsungebunden (vgl. Art. 321d OR). Das ist zum Beispiel bei Apothekerinnen oder Apothekern der Fall, welche vom Eigentümer der Apotheke zwar angestellt sind, aber den Betrieb in eigener fachlicher Verantwortung führen oder bei Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten, welche ihre Praxis in Form einer Aktiengesellschaft organisiert haben. Diese Personen brauchen gemäss MedBG und PsyG eine Berufsausübungsbewilligung. Nicht als privatwirtschaftlich im Sinne dieser Gesetze gilt derweilen die Berufsausübung im öffentlichen Dienst von Kantonen und Gemeinden.

Der im Gesundheitsgesetz im Abschnitt über die Berufsausübungsbewilligung sowie über die Berufsausübung verwendete Begriff der selbstständigen Berufsausübung ist im Sinne der erwähnten Bundesgesetze (MedBG, PsyG) anzupassen. Die Bewilligungsvoraussetzungen bei universitären Medizinalberufen sind um den Personenkreis der privatwirtschaftlich tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in eigener fachlicher Verantwortung zu erweitern (Art. 28 Gesundheitsgesetz).

2.2. Notfalldienst

2.2.1. Ärztemangel und Attraktivitätsverlust

Der ärztliche Notfalldienst ist seit längerem ein Thema in der Glarner Ärztesgesellschaft. Verschiedene Rücktritte von Hausärztinnen und Hausärzten – besonders in Glarus Süd – führen für die verbleibenden Dienstleistenden zunehmend zu einer untragbaren Situation (hohe Präsenzpflicht, flächenmässig grosses Gemeindegebiet, geringe Zahl effektiver Notfälle). Die Notfallversorgungssituation spitzte sich in Glarus Süd 2010 nach der Praxisaufgabe eines Grundversorgers und der Aufgabe des Notfalldienstes durch die RehaClinic in Braunwald derart zu, dass dieser nur noch mit Hilfe einer medizinisch-telefonischen Triage sichergestellt werden konnte. Die seither gemachten Erfahrungen in Glarus Süd sind durchwegs gut.

Der Mangel an Grundversorgerinnen und Grundversorger ist nicht nur in Glarus Süd spürbar, sondern auch in anderen Regionen der Schweiz. Dieser wird sich künftig noch verschärfen. Dies erfordert ein proaktives Handeln. Die kantonalen Rahmenbedingungen für die zukünftige Generation sind möglichst so zu gestalten, dass der Nachwuchs das Glarnerland als attraktives Betätigungsfeld wahrnimmt. Die Nachfolgegeneration ist zunehmend weiblich, man spricht von einer „Feminisierung in der Medizin“ (höherer Frauenanteil von 28,9% im 2011 ggü. 22,5% im 2008). Die Ärztinnen wollen ihren Beruf ausüben und gleichzeitig eine Familie haben. Das bedeutet, dass sie eine Teilzeittätigkeit bevorzugen und den Notfalldienst mit Abend- und Nachteinsätzen resp. Wochenendarbeit als unattraktiv erachten. Ohnehin ist feststellbar, dass die Teilzeiterwerbstätigkeit in der Medizin allgemein an Bedeutung gewinnt. Will der Kanton die künftigen Strukturen für den Nachwuchs möglichst attraktiv gestalten, ist er gut beraten, Massnahmen zur Reduktion der zeitlichen Belastung der Grundversorgerinnen und Grundversorger in die Wege zu leiten.¹

2.2.2. Notfalldienstorganisation

Bisher wurde der Notfalldienst in drei Dienstkreisen (Glarus Nord, Glarus, Glarus Süd) organisiert. Die Ärztinnen und Ärzte stellten in jedem Dienstkreis einen 24-Stunden-Notfalldienst an 365 Tagen sicher. Zusätzlich betreibt das Kantonsspital Glarus gestützt auf Artikel 16 des Gesundheitsgesetzes sowie Artikel 8 der Verordnung über das Kantonsspital (Spitalverordnung) eine ständige Notfallversorgung. Zu dieser gehören eine Erstbeurteilung und die Sicherstellung einer fachgerechten Weiterbetreuung von insbesondere spitalbedürftigen Patientinnen und Patienten und solchen, die ungeachtet der Notfallorganisation der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte direkt die Notfallstation des Kantonsspitals aufsuchen (Walk-in-Patienten). Eine Koordination beziehungsweise gar eine formelle Zusammenarbeit zwischen der Notfallorganisation der Ärzteschaft und der Notfallstation des Kantonsspitals fand bisher nicht statt, obwohl eine solche – aufgrund der Nachfrage zu einzelnen Tages- und Nachtzeiten – die Ärztinnen und Ärzte entlasten könnte.

Angesichts des Mangels an Grundversorgerinnen und Grundversorgern überdenkt die Ärztesgesellschaft die Organisation des Notfalldienstes grundlegend. Es werden verschiedene Szenarien für eine mögliche Anpassung der Notfalldienstorganisation zur allgemeinen Entlastung der Notfalldienst leistenden Ärztinnen und Ärzte diskutiert. So wird der ärztliche Notfalldienst an Wochenenden und Feiertagen im Sinne einer befristeten Entlastungslösung ab Anfang 2014 neu in zwei anstatt wie bisher drei Dienstkreisen organisiert. Die Ärztinnen und Ärzte von Glarus unterstützen an diesen Tagen ihre Kolleginnen und Kollegen aus Glarus Süd und bilden mit diesen zusammen einen Dienstkreis. An Wochentagen sollen hingegen die drei Dienstkreise bestehen bleiben.

Die Ärztesgesellschaft verständigte sich zudem mit dem Kantonsspital über die Übernahme des Notfalldienstes in der Nacht. So werden ebenfalls ab 2014 mobile Patienten an allen sieben Wochentagen zwischen 22:30 Uhr und 07:30 Uhr durch dieses behandelt. Der an den Notfalldienst gekoppelte „Hintergrunds- respektive Bereitschaftsdienst“ für Hausbesuche von

¹ Vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). 2012. Bulletin 3/2012, S. 2f.

immobilen Patientinnen oder Patienten oder zur Todesfeststellungen vor Ort kann aber auch zukünftig nur von frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten geleistet werden und bildet daher nicht Gegenstand der aktuellen Diskussion.

2.2.3. Bundes- und kantonalgesetzliche Grundlagen

Gemäss Artikel 40 Buchstabe g des MedBG sind Medizinalpersonen verpflichtet, in dringenden Fällen Beistand zu leisten und nach Massgabe der kantonalen Vorschriften in Notfalldiensten mitzuwirken. Eine Verletzung dieser Pflicht kann nach Artikel 43 Disziplinarmassnahmen nach sich ziehen, die bis zu einem Verbot der privatwirtschaftlichen Tätigkeit gehen können. Artikel 40 MedBG bezieht sich auf zwei verschiedene Fragen: Bei der Pflicht, in dringenden Fällen Beistand zu leisten, geht es um die Hilfe in Notsituationen. Diese Pflicht wird bereits mit Artikel 33 des geltenden Gesundheitsgesetzes detailliert geregelt. Die Pflicht, in Notfalldiensten mitzuwirken, soll demgegenüber die medizinische Versorgung der Bevölkerung ausserhalb der Sprechstunden der Ärzte und der üblichen Öffnungszeiten der Apotheken sicherstellen². Als Notfälle gelten dabei nicht nur lebensbedrohliche Zustände, sondern alle Erkrankungen von einiger Tragweite, deren Behandlung keinen Aufschub duldet. Erforderlich ist nur, dass Menschen dringend medizinischer Hilfe bedürfen³. Die Regelung des Notfalldienstes obliegt damit dem kantonalen Recht. Vielerorts wird die Organisation des Notfalldienstes indirekt (über Standesorganisationen) oder direkt den Ärztinnen und Ärzten zugewiesen. Der geltende Artikel 34 des Gesundheitsgesetzes weist den Ärztinnen und Ärzten sowie den Zahnärztinnen und Zahnärzten (ihrerseits Inhaber einer Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung) die Pflicht zur gemeinsamen, zweckmässigen Organisation des Notfalldienstes zu. Daran ändert sich mit der Gesetzesrevision nichts. Im vorerwähnten Artikel werden aber Präzisierungen zum Notfalldienst vorgenommen und der Grundsatz zur Koordination desselben mit dem Kantonsspital festgehalten. In einem separaten Artikel wird die Standesorganisation damit beauftragt, die Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital sowie die Rechte und Pflichten der Dienstpflichtigen zu regeln.

2.2.4. Ersatzabgabe

Ärztinnen und Ärzte, welche ihrer Notfalldienstpflicht nicht nachkommen können oder wollen, sollen gegen Leistung einer Ersatzabgabe vom Notfalldienst generell oder im Einzelfall befreit werden können. Die geltende gesetzliche Bestimmung (Art. 34 Gesundheitsgesetz) kennt allerdings keine Ersatzabgabepflicht. Auch eine Standesorganisation, welche den Notfalldienst organisiert, ist gemäss einem Urteil des Bundesgerichtes vom 25. Oktober 2011 in Zusammenhang mit der Delegation der Organisation des Notfalldienstes vom Kanton Thurgau an die Standesorganisation (BGE 2C_807/2010) nicht berechtigt, eine solche Abgabe zu vollstrecken. Im Rechtsstreit ging es um die Frage, ob die Delegationsnorm der Notfallregelung durch den Kanton Thurgau an die Standesorganisation rechtlich ausreichend war. Das Bundesgericht kam zum Schluss, dass aufgrund des Legalitätsprinzips den rechtsanwendenden Behörden kein übermässiger Spielraum zur Erhebung einer Ersatzabgabe zugestanden werden dürfe und die möglichen Abgabepflichten voraussehbar und rechtsgleich sein müssen. Delegiert der Gesetzgeber Kompetenzen zur rechtssatzmässigen Festlegung einer Abgabe, müsse er in einer formell-gesetzlichen Grundlage zumindest den Kreis der Abgabepflichtigen, den Gegenstand und die Bemessungsgrundlagen selbst bestimmen. Dies trifft auch dann zu, wenn das Gesetz entsprechende Befugnisse an eine nicht staatliche Stelle – zum Beispiel die Standesorganisation – delegiere.

Gestützt darauf ist daher im Gesundheitsgesetz eine Rechtsgrundlage zur Erhebung einer Ersatzabgabe zu schaffen: Notfalldienstpflichtige können gegen die Auferlegung einer Ersatzabgabe von dieser Pflicht generell oder im Einzelfall (i. d. R. befristet über einen gewissen Zeitraum) befreit werden. Bei der Bemessung der Abgabe sind der Umfang des nicht geleisteten Notfalldienstes, der Beschäftigungsgrad der Person (z.B. Voll- oder Teilzeitpen-

² Ayer, Kieser, Poledna & Sprumont. 2009. Kommentar zum Medizinalberufegesetz, S. 374, K 138.

³ Ayer, Kieser, Poledna & Sprumont. 2009. Kommentar zum Medizinalberufegesetz, S. 374, K 139.

sum) und die Spezialisierung (z.B. die Fachrichtung) miteinzubeziehen. So ist angemessen zu berücksichtigen, wenn die zu befreiende Person aufgrund ihrer fachmedizinischen Tätigkeit nicht über die nötige Infrastruktur für die notfallmässige Versorgung verfügt (Labor, Röntgen usw.) oder wegen der Patientenstruktur (z.B. Gynäkologie und Geburtshilfe) in erhöhtem Mass bereits für eigene Patientinnen und Patienten Bereitschaft leisten muss. Dennoch wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass auch Spezialärzte, die über eine Bewilligung gemäss Artikel 25 Absatz 1 des Gesetzes verfügen (also nicht in einer bewilligungspflichtigen Einrichtung gemäss Art. 23 arbeiten), der Ersatzabgabepflicht unterstehen. Eine Medizinalperson kann nach gängiger Rechtslehre die Pflicht auf Beistandsleistung oder Mitwirkung in Notfalldiensten nicht unter dem Hinweis auf fehlende Spezialkenntnisse ablehnen, solange sie aufgrund ihrer medizinischen Ausbildung besser in der Lage ist, Hilfe zu leisten, als verfügbare Dritte⁴. Ebenso läge ein Verstoss gegen die Berufspflichten gemäss Artikel 40 MedBG vor, wenn sich eine Medizinalperson weigern würde, sich an den Kosten des Notfalldienstes zu beteiligen oder im Falle der Dispensation die von der Standesorganisation verfügte Ersatzabgabe zu bezahlen⁵. Die maximale Höhe der Ersatzabgabe wird auf 15'000 Franken bei genereller Befreiung respektive auf 500 Franken im Einzelfall festgelegt. Eine reduzierte Ersatzabgabe kann vorgesehen werden, wenn eine Pflichtige oder ein Pflichtiger von der Dienstpflicht wegen Krankheit, Invalidität, Schwangerschaft oder aus anderen triftigen Gründen befreit werden muss. Die Erträge aus den geleisteten Ersatzabgaben müssen zweckgebunden – also für die Organisation und die Durchführung des Notfalldienstes – verwendet werden. Im Falle der Ärztinnen und Ärzte wird die Standesorganisation mit dem Entscheid über die Befreiung der Notfalldienstpflicht, über die Höhe und die Verwendung der Ersatzabgabe sowie die Festlegung der Einzelheiten in einem Reglement betraut. Entscheide der Standesorganisation unterliegen dem Beschwerderecht an das Departement.

2.3. Sanitätsdienstliche Versorgung bei Grossereignissen und ausserordentlichen Ereignissen

Im Jahr 2012 erliess die Landsgemeinde das Bevölkerungsschutzgesetz, hob gleichzeitig die letzte im Gesundheitsgesetz verbliebene Verbundaufgabe zwischen Kanton und Gemeinden – die sanitätsdienstliche Versorgung – auf und legte sie in die alleinige Zuständigkeit des Kantons (Aufhebung Art. 6 Gesundheitsgesetz). Als Verbundsystem aller Partnerorganisationen (Polizei, Feuerwehr, Zivilschutz und Gesundheitswesen) und mit einer übergeordneten Führungsorganisation ausgestaltet, soll der Bevölkerungsschutz den Einwohnerinnen und Einwohnern in Katastrophen und Notlagen Hilfe, Unterstützung und Betreuung bieten. Aufgaben und Organisation der Partnerorganisationen haben sich nach den Spezialgesetzen zu richten, nach deren Grundlage Alltags- und Grossereignisse bewältigt werden (Memorial 2012, § 9 Gesetz über den Bevölkerungsschutz, S. 58, Erläuterungen zu Art. 1). Die im Gesundheitsgesetz enthaltenen Normen zur sanitätsdienstlichen Versorgung (Art. 4) sowie zum Koordinierten Sanitätsdienst (im Folgenden KSD, Art. 8 Abs. 3 Bst. d) legen die Aufgaben und Zuständigkeiten nicht ausreichend fest; es bedarf einer zusätzlichen Bestimmung, in welcher die Aufgaben des KSD festgelegt sind. Im Gegenzug kann die der Systematik zuwiderlaufende Einzelbestimmung über den KSD im Bevölkerungsschutzgesetz aufgehoben werden (Art. 9).

Ausgangslage zur Bestimmung der Ereignisgrösse ist im sanitätsdienstlichen Bereich unter anderem die Anzahl verletzter Personen. Immer häufiger werden in diesem Kontext die Begriffe „besondere Lage“ und „ausserordentliche Lage“, so wie sie der Interverband für Rettungswesen definiert, verwendet: Als „besondere Lage“ wird die Situation (Ereignis) bezeichnet, in der gewisse Aufgaben mit den Regelstrukturen und -abläufen nicht mehr bewältigt werden können. Die Tätigkeit der Behörden betrifft einzelne definierte Bereiche. Typisch sind rasche Konzentration von Mitteln sowie Straffung gewisser Abläufe. „Ausserordentliche Lage“ bedeutet ein Ereignis, bei dem zahlreiche Aufgaben mit den ordentlichen Abläufen nicht

⁴ Ayer, Kieser, Poledna & Sprumont. 2009. Kommentar zum Medizinalberufegesetz, S. 375, K 142, S. 377, K 149.

⁵ Ayer, Kieser, Poledna & Sprumont. 2009. Kommentar zum Medizinalberufegesetz, S. 377, K 150.

mehr bewältigt werden können und grosse Bereiche oder sogar das ganze Land betroffen sind. Die Führung obliegt den Behörden von Bund und Kantonen.

Während sich das Bevölkerungsschutzgesetz auf den Katastrophenfall und auf Notlagen fokussiert, erteilt das Gesundheitsgesetz dem KSD den Auftrag, die Einsatzorganisation bereits für ein Ereignis der „besonderen Lage“ festzulegen. Er hat für sämtliche Ereignislagen die Einsatzkonzeption zu erarbeiten; er organisiert und koordiniert die sanitätsdienstlichen Einsatzmittel und sorgt für eine ausreichende, regelmässige Aus- und Fortbildung der Einsatzkräfte. Der Regierungsrat erlässt das Einsatzkonzept und kann zu diesem Zweck in Teilbereichen der sanitätsdienstlichen Versorgung mit anderen Kantonen oder Dritten zusammenarbeiten. Bisher durchgeführte Analysen zeigen, dass der Kanton hinsichtlich seiner personellen sanitätsdienstlichen Ressourcen bei einem Ereignis der „besonderen Lage“ bereits sehr schnell an seine Grenzen stossen würde. Des Weiteren fehlen ihm weitestgehend auch die Einsatzmittel, um Verletzte am Schadenplatz adäquat medizinisch zu versorgen und in das kantonale sowie in umliegende Spitäler zu transportieren. Entsprechende Zusammenarbeitsverträge mit anderen Organisationen und Kantonen sind abzuschliessen und die Einsatzkonzeption zu erlassen.

2.4. Tagesklinik Psychiatrie

2.4.1. Bedarfslage in der Psychiatrie und abrechnungsrelevante Aspekte

In der psychiatrischen Versorgung des Kantons Glarus zeichnet sich ein erhöhter Bedarf an alternativen Angebotsstrukturen neben den stationären Spitalbehandlungen ab. Zu diesem Schluss kommt die Glarner Spital- und Rehabilitationsplanung 2012 (RRB § 547, 4.12.2012, Ziff. 3.3, S. 56f.). Demgemäss geniessen die Strategie „ambulant vor stationär“ sowie das Konzept einer integrierten Versorgung in der Psychiatrie einen ausserordentlich hohen und allgemein akzeptierten Stellenwert. Die psychiatrische Versorgung ist insbesondere mit Blick auf die demografische Entwicklung und die bestehende Unterversorgung stärker auf ambulante Behandlungen und eine gute Reintegration in das soziale und berufliche Umfeld auszurichten; neben den Patientinnen und Patienten selbst sind die Angehörigen und das weitere Patientenumfeld vermehrt zu unterstützen.

Eine 2010 durchgeführte Bedarfserhebung und Angebotsplanung für das Kantonsspital Glarus verwies auf die in einer Publikation des Kantons Basel-Landschaft festgestellte sinnvolle Substitution der Versorgungsstrukturen mit teilstationären Einrichtungen⁶. Dort könne ein beträchtlicher Teil der psychisch Kranken fachlich adäquat, kostengünstig und gemeindenah behandelt werden. Tageskliniken seien bekanntermassen in der Lage, einen gewissen Prozentsatz stationärer Hospitalisationen zu ersetzen. Generell zeigten die neueren Entwicklungen, dass den Tageskliniken eine Bedeutung und ein Potenzial zukommen, die weit über die Nachbehandlung an einen Klinikaufenthalt hinausgehen. Eine tagesklinische Versorgung kann mit qualifizierten interdisziplinären Teams ausgesprochen vielfältige Aufgaben in einem dezentralen Umfeld zu geringeren Kosten als die stationäre Versorgung übernehmen und gerade die notwendige Verbindung zwischen dem klinischen und rehabilitativen System garantieren⁷.

Die Definition der verschiedenen Behandlungskategorien in Spitälern, Heimen und Geburtshäusern findet sich in der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) vom 3. Juli 2002. Gemäss Artikel 3 VKL gelten als stationäre Behandlung Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital oder im Geburtshaus von mindestens 24 Stunden (Bst. a), Aufenthalte

⁶ Guggenbühl, Thoma & Hauser. 2010. Bedarfserhebung und Angebotsplanung für das Kantonsspital Glarus: Angebotsstrategie Psychiatrie.

⁷ Basel-Landschaft: Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion. 2003. Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept des Kantons Basel-Landschaft, Bericht der Kantonalen Psychiatrischen Dienste Basel-Landschaft, S. 68.

von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird (Bst. b), im Falle einer Überweisung von Spital oder Geburtshaus zu Spital (Bst. c und d) und bei Todesfällen (Bst. e). Demgegenüber gelten alle Behandlungen, die nicht stationäre Behandlungen sind, als ambulant (Art. 5 VKL). In dieser Hinsicht entsprechen die ambulanten Behandlungen der Definition der tarifspezifischen „Sitzung“, wonach es sich dabei um einen begrenzten Zeitraum handelt (Kontaktaufnahme bis Kontaktende im ambulanten Bereich), in dem ein Leistungserbringer in Anspruch genommen wird. Die für den ambulanten beziehungsweise tagesklinischen Leistungsbereich geltenden Tarife sind in der Psychiatrie in der Regel nicht kostendeckend. Der Verband der Krankenversicherer begründet anlässlich der Vernehmlassung zum Strukturberichtsteil Psychiatrie und Rehabilitation innerhalb der Glarner Spital- und Rehabilitationsplanung 2012 die nicht kostendeckenden Tarife damit, dass mindestens 50 Prozent der Leistungen in ambulanten psychiatrischen Settings keine Pflichtleistungen gemäss KVG darstellen und deshalb nicht dem Prämienzahler angelastet werden dürfen.

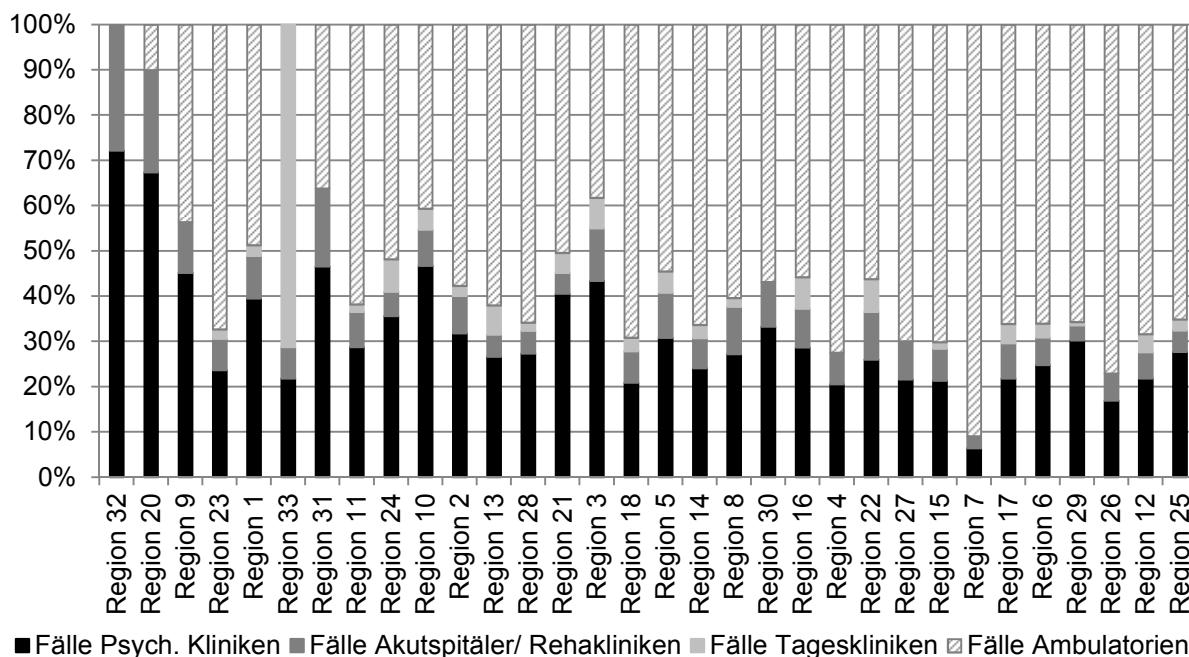
2.4.2. Vorprojekt für den Aufbau einer psychiatrischen Tagesklinik

Die Unterversorgung hinsichtlich psychiatrischer ambulanter Angebote im Kanton ist nachweisbar. Neben den ambulanten und stationären psychiatrischen Leistungen des Kantonsspitals erbringen fünf freipraktizierende Fachärztinnen und -ärzte (inkl. Kinder- und Jugendpsychiatrie) respektive sechs Fachpsychotherapeutinnen und -therapeuten ihre Leistungen in Praxen im Kanton. Zudem bietet die Beratungs- und Therapiestelle Sonnenhügel in Glarus psychotherapeutische und Beratungsleistungen für Menschen in Lebenskrisen und mit psychischen Problemen an.

Abbildung 1 zeigt die Verteilung der behandelten psychiatrischen Fälle pro Leistungsangebot im interregionalen Vergleich (ohne ambulante Leistungen bei frei praktizierenden Leistungserbringern). Der Kanton Glarus ist dabei die einzige Region ohne Tagesklinik oder Ambulatorium. Soweit die entsprechenden Patienten nicht Leistungen ausserhalb des Kantons nachfragen, erfolgt die Behandlung folglich im stationären Bereich. Im Unterschied zum ambulanten Bereich ist die stationäre Behandlung aber in der Regel pro Fall absolut teurer und sieht zudem gestützt auf das KVG eine zwingende Mitfinanzierungspflicht des Kantons vor.

Die vorerwähnte Bedarfserhebung und Angebotsplanung für das Kantonsspital kommt daher auch sinngemäss zum Schluss, dass – weil ein umfassendes psychiatrisches Grundangebot für psychisch kranke Menschen fehlt – ein wohnortnahes Angebot zwischen Klinik und Ambulanz nötig ist, das den Betroffenen für einen begrenzten Zeitraum Tagesstruktur bietet, für eine Krisenintervention sorgt und eine mobile Beratung vor Ort garantiert.

Abbildung 1. Verteilung der behandelten psychiatrischen Fälle je Leistungsangebot 2010⁸



Bisher mussten sich Patientinnen und Patienten in Tageskliniken in der näheren Umgebung behandeln lassen (in Uznach oder Chur, 2011 insg. 17, 2012 insg. 16 Fälle). Die gesundheitliche Stabilität und Belastbarkeit der Patientinnen und Patienten lässt es in vielen Fällen nicht zu, täglich die Reise nach Chur oder Uznach zu bewältigen. Sie sind auf ein wohnortnahes Angebot angewiesen. Alternativ dazu kann heute nur der (teurere) stationäre Aufenthalt verlängert werden oder die Patientin oder der Patient wird – unter unzureichender Betreuung und mit erhöhtem Rückfall- und damit Wiedereintrittsrisiko – nach Hause entlassen.

In der weiteren Bearbeitung der strategischen Ausrichtung im Psychiatriebereich entschied sich das Kantonsspital 2012 – nicht zuletzt wegen der grossen Erfahrung und dem Fachwissen im Betrieb von dezentralen Tageskliniken – für eine Kooperation mit den Psychiatrischen Diensten Graubünden (PDGR). Die beiden Institutionen planen den Aufbau einer Akuttagesklinik Psychiatrie (am Kantonsspital Glarus), deren Angebot von Patientinnen und Patienten flexibel an ganzen oder halben Tagen genutzt werden kann. Läge der individuelle Behandlungsschwerpunkt einer Patientin oder eines Patienten beispielsweise in der erfüllten Wochenstruktur und in der Steigerung der Belastbarkeit mit dem Ziel der Arbeitsintegration, so wäre die Belegung des vollen Wochenprogramms angezeigt. Die pflegerische Behandlung und psychiatrisch-ärztliche sowie psychotherapeutische Betreuung würde individuell geplant und beurteilt; eine pflegerische Bezugsperson würde die Patientin oder den Patienten im Behandlungsprozess unterstützen. Verschiedene Therapieangebote stünden zur Verfügung.

2.4.3. Gesetzesgrundlage für innovative oder wohnortnahe ambulante Angebote

Es sind weitere Angebote und Versorgungsmodelle (z.B. im Bereich der diagnostischen Früherkennung) denkbar, die sich im Zuge der medizinischen und demografischen Entwicklung (auch) für die Glarner Bevölkerung als erforderlich erweisen könnten. Unter Berücksichtigung der geschilderten Bedarfslage soll mit der Revision des Gesundheitsgesetzes eine flexible gesetzliche Grundlage geschaffen werden, um den Zugang zu innovativen oder wohnortnahen (jedoch immer) ambulanten Angeboten oder Versorgungsmodellen zu ermöglichen, sofern gewisse Rahmenbedingungen erfüllt sind.

⁸ Region 32 entspricht dem Versorgungsgebiet des Kantons Glarus.

2.5. Bestattungswesen

Das Bestattungswesen fällt gemäss Artikel 5 Buchstabe a des Gesundheitsgesetzes in die Zuständigkeit der Gemeinden. Sie sind gestützt auf Artikel 58 und 59 des Gesundheitsgesetzes verpflichtet, Friedhöfe zur Bestattung der im Gemeindegebiet wohnhaft gewesenen Personen – unabhängig von ihrer Glaubensrichtung – bereitzustellen. Darüber hinaus hat der Landrat eine Verordnung über das Bestattungswesen zu erlassen, welche die Anforderungen an die Friedhöfe und Gräber, den Bestattungsvorgang, die Vorgaben der Gemeinden für die Grabmalgestaltung und die Verrechnung der Bestattungskosten regelt (Art. 60 Gesundheitsgesetz).

Die entsprechende Verordnung wurde vom Landrat am 16. Dezember 1963 noch gestützt auf das alte Gesundheitsgesetz erlassen. Die wichtigste Änderung in jüngerer Vergangenheit war die Abschaffung der unentgeltlichen Bestattung im Rahmen der Sparmassnahmen 2004. Die Landsgemeinde 2012 bestätigte diesen Entscheid mit der deutlichen Ablehnung des Memorialantrags „Wiedereinführung der unentgeltlichen Bestattung für Einwohner des Kantons Glarus“. Die Bestattungskosten sind daher heute durch die Nachlassenschaft zu tragen, ausser diese ist nachweislich nicht in der Lage, für die Kosten aufzukommen (Art. 39 Abs. 4 Verordnung über das Bestattungswesen).

Eine vertiefte Prüfung der Verordnung im Rahmen des Projekts „Verwesentlichung und Flexibilisierung der Rechtsetzung“ (siehe Ziff. 2.6) zeigte, dass die meisten Bestimmungen heute problemlos aufgehoben werden könnten. Einerseits handelt es sich bei vielen Artikeln um operative Vorgaben, welche durch die zuständigen Gemeinden zu regeln sind (Art. 1, 4–5, 9–10, 12–15, 24–28, 30–31), andererseits sind zahlreiche Vorschriften bereits im übergeordneten Recht ausführlich geregelt (Gesundheitsgesetz: Art. 2, 20; Zivilstandsverordnung [SR 211.112.2]: Art. 11, 16–17, [18], [22]; Verordnung vom 17. Juni 1974 über Transport und Beisetzung ansteckungsgefährlicher Leichen sowie Transport von Leichen vom und ins Ausland [SR 818.61]: Art. 19, 21, 36). Es ist daher nicht erstaunlich, dass die Verordnung im Vergleich zur Situation in anderen Kantonen (z.B. AG, GR, TG) eher umfangreich ausfällt. Keine oder nur teilweise übergeordneten Regeln bestehen zu den Vorschriften über die Ruhepflicht (Art. 3), zur Pietät (Art. 6), zum Zeitpunkt der Bestattung (Art. 22 und 23) und zur Exhumierung (Art. 32–35).

Die Gemeinden nehmen ihre Aufgaben umfassend und kompetent wahr. Sie haben neue Verordnungen über das Friedhof- und Bestattungswesen erlassen, die weitgehend deckungsgleich sind. Sie enthalten unter anderem Bestimmungen zum Friedhof, zu den Gräbern, zur Grabmalgestaltung und Bepflanzung, zur Bestattung und Abdankung, dem Vorgehen bei Todesfällen und Gebühren. Die Verordnungen enthalten auch eigenständige Bestimmungen zur Ruhepflicht, zum Zeitpunkt der Bestattung sowie teilweise zur Exhumierung.

Eine Revision der kantonsrechtlichen Bestimmungen zum Bestattungswesen erscheint aufgrund obiger Ausführungen sinnvoll. Da das Bestattungswesen in die Zuständigkeit der Gemeinden fällt, sind die kantonalen Vorschriften im Sinne einer klaren Aufgabenteilung auf ein Minimum zu beschränken. Artikel 58 und 59 des Gesundheitsgesetzes, welche die Zuständigkeit und den Bestattungsanspruch für alle Einwohner einer Gemeinde regeln, sollen beibehalten werden. Ergänzend soll neu die Unentgeltlichkeit der Bestattung, falls die Nachlassenschaft nachweislich nicht in der Lage ist, die Kosten zu tragen, im Gesetz verankert werden. Damit soll der Anspruch aller Bewohner auf eine schickliche Bestattung unabhängig ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit geschützt, aber auch eine mögliche Kostenverschiebung auf die durch den Kanton finanzierte Sozialhilfe verhindert werden. Weitere (gesundheitsspolizeiliche) Vorschriften sind auf kantonaler Ebene nicht notwendig, da von Leichen keine Gefahr für die öffentliche Gesundheit ausgeht. So ist beispielsweise eine kantonale Bewilligung für Exhumierungen (Art. 33 Verordnung über das Bestattungswesen) aus medizinischer Sicht nicht notwendig. Artikel 60 des Gesundheitsgesetzes, die Verordnung über das Bestattungswesen und die Vorschriften für die Herstellung von Särgen (Glärnermodell) vom 5. Januar 1976 sind daher aufzuheben.

Für die Gemeinden ergibt sich durch diese Änderungen ein geringer formeller Anpassungsbedarf ihrer Verordnungen über das Friedhof- und Bestattungswesen. Die Bestattungen selbst werden in den Gemeinden aber gegenüber heute unverändert durchgeführt werden können.

2.6. Verwesentlichung

Im Rahmen des Projekts „Verwesentlichung und Flexibilisierung der Rechtsetzung“ wird momentan die ganze kantonale Gesetzessammlung überprüft. Ziel ist, die staatlichen Regulierungen auf das Notwendige zu beschränken, wo nötig die Handlungsspielräume der Verwaltung zu erweitern und die rasche Anpassung von Vorschriften an sich ändernde Verhältnisse zu ermöglichen; zudem soll die Gesetzgebung gesamthaft bereinigt und auf den aktuellen Stand gebracht werden.

Die aufgrund des Projekts notwendigen Rechtsänderungen sollen grundsätzlich in Form eines Sammelerlasses vollzogen werden. Besteht bei einem bestimmten Erlass aber ohnehin ein materieller Reformbedarf, kann die Verwesentlichung im Rahmen der Einzelerlassänderung vorgenommen werden. Auch im Gesundheitsgesetz sind verschiedene Änderungen aufgrund dieses Projektes vorzunehmen. Im Folgenden werden die einzelnen Artikel, die von der Verwesentlichung betroffen sind, aufgelistet. Eine ausführlichere Begründung findet sich bei den Erläuterungen zu den entsprechenden Artikeln unter Ziffer 2.7.1.

- Art. 4 Bst. a: Ersatz des Begriffs „Giftkontrolle“ durch „Chemikalienkontrolle“;
- Art. 5 Bst. c: Anpassung an den geänderten Begriff gemäss Artikel 19;
- Art. 7 Bst. b: Die Zuständigkeit des Regierungsrates zur Regelung des Vollzuges ergibt sich aus dem Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetzes (RVOG, GS II A/3/2);
- Art. 8 Abs. 3: Streichung von Buchstabe e (unnötige Wiederholung);
- Art. 11 Abs. 2 und 3: Der zweite Satz von Absatz 3 wird neu bei Absatz 2 angehängt (Klarstellung);
- Art. 12 Abs. 1: Ersetzung des Begriffs „Gifte“ durch „Chemikalien“;
- Art. 12 Abs. 2: Ersetzung des Begriffs „Ortsgemeinden“ durch „Gemeinden“;
- Art. 14: Verschiebung der Kompetenz vom Landrat zum Regierungsrat (Vereinfachung der Verwaltungsabläufe) und Anpassung der bundesrechtlichen Begriffe;
- Art. 15: Möglichkeit, auch im Bereich der Badewasserkontrollen mit anderen Kantonen oder Organen zu kooperieren;
- Art. 19: Anpassungen der Terminologie und an die heutige Rechtslage sowie Streichung von Wiederholungen;
- Art. 22: Streichung des Artikels, da im neuen Art. 22a subsummiert (unnötige Wiederholung);
- Art. 23 Abs. 3: Präzisierung der Art der verlangten Betreuung;
- Art. 35 Abs. 3bis: Ermächtigung der Inhaber einer Berufsausübungsbewilligungen ausstehende Forderungen ohne formelle Befreiung vom Berufsgeheimnis durch das Departement durchzusetzen.
- Art. 44 Abs. 3: Sprachliche Bereinigung;
- Art. 50 Abs. 3: Ersatz der Begriffe „beherbergen“ und „Umsorgung“ durch „betreuen beziehungsweise „Betreuung“;
- Art. 51 Abs. 3: Der Vorbehalt zugunsten der Strafprozessordnung ist mit Einführung der eidgenössischen Strafprozessordnung nicht mehr notwendig;
- Art. 55: Die Bestimmungen ergeben sich aufgrund von Bundesrecht (unnötiger Verweis);
- Art. 56: Es handelt sich eher um vollzugsrechtliche Bestimmungen, die im Gesundheitsgesetz keiner Delegationsnorm bedürfen;
- Art. 57: Zusammenführung mit Artikel 53;
- Art. 63 Abs. 3: Kürzung des „zuständigen Departements“ zu „Departement“.

2.7. Erläuterungen

Die Änderungen der einzelnen Bestimmungen im Gesundheitsgesetz und im Bevölkerungsschutzgesetz werden im Folgenden erläutert.

2.7.1. Gesundheitsgesetz

Artikel 4 Buchstaben a und g; Aufgaben Kanton

Buchstabe a: Das Bundesgesetz über den Verkehr mit Giften wurde totalrevidiert und heisst heute Bundesgesetz über den Schutz vor gefährlichen Stoffen und Zubereitungen (Chemikaliengesetz), weshalb im Gesundheitsgesetz der Begriff „Gifte“ durch den Begriff „Chemikalien“ ersetzt werden soll (s. auch Art. 12 Abs. 1 und Art. 14).

Buchstabe g: Mit dem Erlass des Bevölkerungsschutzgesetzes durch die Landsgemeinde 2012 wurde Buchstabe g neu eingeführt und auf den 1. September 2013 in Kraft gesetzt. Die Bestimmung erfährt eine geringfügige Ergänzung, indem sich die sanitätsdienstliche Versorgung auf die Grundlagen des Gesundheits- und des Bevölkerungsschutzgesetzes stützt und nicht nur auf letzteres. Das Bevölkerungsschutzgesetz regelt Aufgaben, Zuständigkeiten und Zusammenarbeit bei ausserordentlichen Ereignissen. Das Gesundheitsgesetz fokussiert auf die sanitätsdienstliche Versorgung in sämtlichen Ereignislagen, also auch bei Ereignissen der „besonderen Lage“ mit weniger respektive bis zu 30 Verletzten.

Artikel 5 Buchstabe c; Aufgaben Gemeinden

In Buchstabe c soll der Begriff der „öffentlichen spitalexternen Krankenpflege“ in „ambulante Langzeitpflege“ geändert werden. Innerhalb des Vernehmlassungsverfahrens war festzustellen, dass der Begriff der öffentlichen beziehungsweise ambulanten spitalexternen Krankenpflege Fragen nach dem Geltungsbereich und Umfang der Aufgabe aufwirft, die im analogen stationären Aufgabengebiet bislang zu keinen Unsicherheiten geführt hatten. Um Klarheit zu schaffen wird deshalb derselbe Begriff wie in Buchstabe b verwendet.

Artikel 6a; Zusammenarbeit

Das Gesundheitsgesetz kennt keine Verbundaufgaben mehr zwischen Kanton und Gemeinden und orientiert sich in der Aufgabenzuteilung an den Grundsätzen der Gemeindefeststrukturreform, indem die Verteilung der Lasten nach dem Nutzen zu erfolgen hat (Subsidiarität) und Kongruenz (im Sinne von Deckungsgleichheit) von Nutzniessern und Beitragszahlern besteht (fiskalische Äquivalenz: „wer zahlt, befiehlt“). Ambulante und stationäre Langzeitpflege sowie das Bestattungswesen sind Gemeindeaufgaben (Art. 5). Der Kanton ist für vielerlei Aufgaben in der Gesundheitsversorgung zuständig: ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung, Rettungsdienste, sanitätsdienstliche Versorgung, Betrieb des Kantonsspitals, Überwachung des Heil- und Betäubungsmittelwesens, Gesundheitsförderung und Prävention, Aufsicht über Einrichtungen und Berufstätigkeiten im Gesundheitswesen, Schutz der Patientenrechte (Art. 4). Gestützt auf das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Art. 25a, 39, 41, 49 u. 49a KVG) in Verbindung mit dem Einführungsgesetz zum KVG ist er zudem für die Finanzierung und Bedarfsplanung der akutsomatischen, rehabilitativen und psychiatrischen stationären Spitalbehandlungen und die Akut- und Übergangspflege verantwortlich. Gemäss politischem Entwicklungsplan vom 16. August 2008 (RRB § 559) ist mittelfristig eine integrierte Gesundheitsversorgung zwischen Kanton und Gemeinden sicherzustellen. Diese beinhaltet die wirkungsvolle Vernetzung der Hausarzt-, Notfall-, Akut-, Psychiatrie-, Palliativ- und Rehabilitationsversorgung sowie der Akut- und Übergangs-, ambulanten und stationären Langzeitpflege. Aufgrund der eingangs geschilderten unterschiedlichen Zuständigkeiten ist deshalb ein wesentliches Augenmerk auf die Zusammenarbeit zwischen Kanton und Gemeinden sowie im Weiteren mit Leistungserbringern und anderen Kantonen zu legen. Durch die gegenseitige Zusammenarbeit können die Angebote der Gesundheitsversorgung besser aufeinander abgestimmt und Synergien erzielt werden. Die kantonsübergreifende Zusammenarbeit wird im Gesundheitswesen aus ökonomischen und Ressourcengründen zunehmend wichtiger. Ein Beispiel hierfür ist die Zusammenarbeit im Rettungswesen mit dem Kanton St. Gallen. Auf der einen Seite gewährleistet das Kantonsspital Glarus die rettungsdienstliche Versorgung der Gemeinden Amden, Weesen und Schänis, wodurch die

Rettungszeiten verkürzt werden können. Auf der anderen Seite übernimmt die kantonale Notrufzentrale St. Gallen die Bearbeitung aller Sanitätsnotrufe (Nummer 144), was eine Professionalisierung (Entgegennahme der Notrufe durch medizinisch geschultes Fachpersonal) derjenigen ermöglichte.

Artikel 7; Regierungsrat

Der bisherige Buchstabe b erteilte dem Regierungsrat die Kompetenz, Vollzugsbestimmungen und die Bezeichnung der Vollzugsorgane zu diesem Gesetz zu erlassen, soweit nichts anderes bestimmt ist. Dafür ist der Regierungsrat bereits gemäss Gesetz über die Regierungs- und Verwaltungsorganisation (RVOG) zuständig. Diese Bestimmung ist daher im Sinne der Verwesentlichung zu streichen.

Artikel 8 Absatz 3 Buchstaben d und e; Departement

Buchstabe d: Dem Departement kommt in der sanitätsdienstlichen Versorgung keine koordinative Rolle zu. Diese ist dem – vom Departement bestellten – KSD übertragen (vgl. Art. 8a Abs. 1). Demgegenüber übernimmt das Departement insbesondere administrative Aufgaben. So stellt es etwa sicher, dass die finanziellen Mittel im Ernstfall für die sanitätsdienstliche Versorgung zur Verfügung stehen oder diese beantragt werden und über deren Verwendung Bericht erstattet wird.

Buchstabe e: Die Aufsicht über den zivilen Notfalldienst ist Bestandteil der Aufsicht über das Gesundheitswesen (Abs. 1). Diesbezügliche Anordnungen können ebenfalls gestützt auf Absatz 3 Buchstabe c erlassen werden. Folglich handelt es sich bei Buchstabe e um eine unnötige Wiederholung, die weggelassen werden kann.

Artikel 8a; Koordinierter Sanitätsdienst

Die Einzelheiten zum KSD sollen neu im Gesundheits- statt im Bevölkerungsschutzgesetz geregelt werden.

Absatz 1: Das Departement bestellt die Mitglieder des KSD; das Gremium soll aus Fachleuten des Gesundheitswesens bestehen. Die Kantonale Führungsorganisation ist im Kanton allgemein für den Vollzug des Bevölkerungsschutzes beziehungsweise die Koordination der verschiedenen Partnerorganisationen im Ereignisfall (ausserordentliche Lage) verantwortlich. Sie wird entsprechend dem Regierungsrat unterstellt. Das Gesundheitswesen beziehungsweise der KSD bildet eine von mehreren Partnerorganisationen im Bevölkerungsschutz. Der KSD ist für das Gesundheitswesen in ausserordentlichen Lagen zuständig. Grundsätzlich obliegen die Aufgaben im Gesundheitswesen dem Departement Finanzen und Gesundheit, weshalb die Zuständigkeit zur Bestellung des Gremiums KSD konsequenterweise dem Departement zugeteilt werden soll. Der Kantonsarzt des Kantons Glarus übernimmt derzeit die Funktion des Vorsitzenden dieses Gremiums (Chef KSD).

Absatz 2: Der KSD trifft – nötigenfalls in Zusammenarbeit mit der Kantonalen Führungsorganisation – vorbereitende Massnahmen für Ereignisse der „besonderen Lage“ (vgl. Ausführungen unter Ziff. 2.3), die sich in ihrem Umfang und ihrer Auswirkung von kleineren Alltagseignissen (Verkehrsunfall mit bis zu fünf Verletzten, Lawinenunglück mit einzelnen, wenigen Verletzten o. Ä.) unterscheiden. Bei Ereignissen der „ausserordentlichen Lage“, die ihrerseits die Dimension der „besonderen Lage“ um ein Vielfaches überschreiten (Unfälle mit über 30 Verletzten, Katastrophen, flächendeckende Gesundheitsgefährdungen von Mensch und Tier), werden die sanitätsdienstlichen Rettungsmittel des Kantons nicht ausreichen; es ist Nachbarschaftshilfe sowie die Unterstützung des Bundes anzufordern. In einer ersten Phase nach Zutragen des Unfalls oder der Katastrophe und bis unterstützende Kräfte vor Ort sind, gilt es, mit den vorliegenden eigenen Mitteln und Kräften die sanitätsdienstliche Versorgung zu organisieren und die Kräfte zu bündeln.

Absatz 3: Die vorbereitenden Massnahmen sind im Rahmen eines Einsatzkonzeptes für den Ereignisfall zu erarbeiten und festzulegen. Dieses hat sicherzustellen, dass im Ernstfall genügend Personal und Rettungsmittel möglichst rasch am Schadenplatz vorhanden sind. Die Aufgaben, Verantwortungen und Kompetenzen der Einsatzkräfte müssen ebenso wie der Versorgungsprozess klar und transparent festgeschrieben sein.

Absatz 4: Das Einsatzkonzept ist durch den Regierungsrat zu genehmigen, der auch die Einzelheiten und die Finanzierung regelt. Darüber hinaus kann er mit anderen Kantonen und Dritten Vereinbarungen abschliessen, die beispielsweise die Unterstützung im Ereignisfall regeln.

Artikel 11 Absätze 2 und 3; Gesundheitsförderung und Prävention

Die Absätze 2 und 3 erfahren rein redaktionelle Anpassungen, indem der bisherige zweite Satz von Absatz 3 in Absatz 2 eingefügt wird, da sich die darin ausgeführten Handlungskompetenzen des Regierungsrates generell auf Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention beziehen und nicht nur auf das Schulwesen beschränken.

Artikel 12 Absätze 1 und 2; Gesundheitspolizeiliche Massnahmen

Absatz 1: Der Begriff „Gifte“ wird an die geänderte bundesrechtliche Bezeichnung angepasst und durch „Chemikalien“ ersetzt (vgl. Erläuterungen Ziff. 2.7.1, Art. 4 Bst. a).

Absatz 2: Aufgrund der Einführung von Einheitsgemeinden ist der Begriff „Ortsgemeinden“ durch den Begriff „Gemeinden“ analog zu Artikel 2 Buchstabe a des Gemeindegesetzes zu ersetzen.

Artikel 14; Lebensmittel und Chemikalien

Der Lebensmittel- und Chemikalienbereich wird materiell abschliessend durch Bundesrecht geregelt. Den Kantonen verbleibt einzig die Regelung des Vollzuges. Die Organisation des Gesetzesvollzuges und der Verwaltung fällt dabei im Grundsatz in die Zuständigkeit des Regierungsrates (siehe z.B. Art. 30 f. RVOG). So ist der Regierungsrat auch im Gesundheitsbereich in der Regel für den Vollzug von Bundesrecht zuständig, namentlich im Bereich der Heil- und Betäubungsmittel (Art. 53 bzw. 57). Der Regierungsrat soll daher neu auch im Lebensmittel- und Chemikalienbereich für den Vollzug zuständig sein. Die Kompetenz zum Abschluss von Vereinbarungen über den interkantonalen Vollzug (Art. 14 Satz 2) hat der Landrat zudem bereits heute an den Regierungsrat delegiert (Art. 2 Abs. 2 Bst. b Verordnung zum Vollzug des Bundesgesetzes über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände und des Bundesgesetzes über den Verkehr mit Giften). Der Regierungsrat hat von dieser Kompetenz Gebrauch gemacht und vollzieht das Lebensmittel- und Chemikalienrecht in einem interkantonalen Konkordat (Interkantonales Labor der Kantone AI, AR, GL und SH). Folglich hat die Änderung primär formale und keine praktische Auswirkungen zur Folge.

Das Bundesgesetz über den Verkehr mit Giften wurde zwischenzeitlich totalrevidiert und heisst neuerdings Bundesgesetz über den Schutz vor gefährlichen Stoffen und Zubereitungen (Chemikaliengesetz), weshalb Sachüberschrift und Begriff im Gesundheitsgesetz ebenfalls anzupassen sind (vgl. Erläuterungen Ziff. 2.7.1, Art. 4 Bst. a).

Artikel 15; Badewasser

Im Badewasserbereich ist eine analoge Delegationsnorm für einen gemeinsamen Vollzug oder dessen Übertragung auf ausserkantonale Organe wie in Artikel 14 für Lebensmittel und Chemikalien aufzunehmen. Seit 1995 nimmt das Interkantonale Labor diese Aufgabe wahr. Da die Badewasserkontrolle Synergien mit der Lebensmittelkontrolle aufweist, wird sie praktisch in der ganzen Schweiz von der Lebensmittelkontrollbehörde wahrgenommen. Zudem enthält der Entwurf des neuen Lebensmittelgesetzes eine Ausweitung des Geltungsbereiches auf „Badeanstalten“. Mit der Ergänzung soll das Recht an die heutige Praxis angepasst werden.

Artikel 16b; Spitalverordnung

Mit der Verselbstständigung des Kantonsspitals Glarus in eine privatrechtliche Aktiengesellschaft sind Tarifentscheidungen, die nicht den Bereich der Krankenversicherungsgesetzgebung betreffen, im dafür zuständigen Gremium des Unternehmens zu treffen. Entsprechend entfällt die Zuständigkeit für die Regelung der Tariffestlegung.

Artikel 19; Ambulante Langzeitpflege

Die Sachüberschrift wird analog zu Artikel 5 Buchstabe c in „ambulante Langzeitpflege“ geändert.

Absatz 1: Der Begriff „öffentlich“ bei der spitalexternen Grundversorgung kann im Sinne der Verwesentlichung gestrichen werden. Zudem wird im zweiten Satz in Anpassung an die sonst im Gesundheitsgesetz verwendete Terminologie neu der Begriff „Dritte“ anstatt „Organisationen und Personen“ verwendet.

Absatz 2: Da die spitalexterne Grundversorgung in der Zuständigkeit der Gemeinden liegt und auch die Beiträge gemäss Übergangsbestimmung (Art. 19) zur Verordnung vom 22. Dezember 2010 über die ambulante spitalexterne Kranken- und Gesundheitspflege nur während längstens dreier Jahre (bis 31.12.2013) vom Kanton zu leisten sind, kann Absatz 2 entsprechend angepasst werden, indem der Kanton ausschliesslich Beiträge an die ergänzenden Dienstleistungen leisten kann. Der zweite Satz, wonach der Kanton Leistungsaufträge für ergänzende Dienstleistungsanbieter erteilen kann, wenn er entsprechende Beiträge leistet, kann im Sinne der Verwesentlichung gestrichen werden.

Absatz 3: Wiederauftretende Wiederholungen in Absatz 3 werden im Sinne der Verwesentlichung gestrichen. Zudem besteht kein Regelungsbedarf mehr, wonach der Landrat die Zuständigkeiten für Tarifverhandlungen festzulegen hat, denn seit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung sind Tarifverhandlungen im Langzeitpflegebereich nicht mehr notwendig. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung entrichtet einen vom Bundesrat festgelegten Beitrag an die Pflegekosten (Art. 25a Abs. 1 KVG). Dieser Beitrag ist in Artikel 7a Absatz 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) festgelegt.

Artikel 22; Auswärtige Angebote

Die Bestimmung kann aufgehoben werden, da im neuen Artikel 22a enthalten.

Artikel 22a; Wohnortnahe oder innovative Angebote und Versorgungsmodelle

Absatz 1: Der Regierungsrat erhält die Kompetenz, mit anderen Kantonen oder Dritten Vereinbarungen abzuschliessen, um den Zugang der Glarner Bevölkerung zu versorgungspolitisch sinnvollen medizinischen ambulanten Leistungen (wie z.B. eine wohnortnahe psychiatrische Tagesklinik) sicherzustellen. Die Angebote liegen ausserhalb des Aufgaben- und Zuständigkeitsbereichs der Gemeinden im Gesundheitswesen (vgl. Art. 5 Gesundheitsgesetz), weshalb sie von Entscheidungen des Regierungsrates insbesondere in finanzieller Hinsicht nicht betroffen wären.

Absatz 2: Der Regierungsrat kann solche Angebote mit finanziellen Mitteln des Kantons unterstützen, indem er Beiträge an die ungedeckten Kosten leistet. Der Beitrag kann gewährt werden, wenn die wirtschaftliche Leistungserbringung über die Tarife der Krankenpflegeversicherung nicht gedeckt ist und nicht durch Gewinne aus Zusatzleistungen (z.B. Verkaufserlöse aus gefertigten Produkten, Selbstzahlerangebote o.Ä.) gedeckt werden kann.

Artikel 23 Absatz 3; Betriebsbewilligung

Aufgrund des geltenden Wortlauts von Absatz 3 – insbesondere auch in Verbindung mit Absatz 5 – müsste angenommen werden, dass die Bedingungen betreffend Betreuung („ausreichende ärztliche, medizinische, therapeutische und pflegerische Betreuung“) kumulativ erfüllt werden müssen. Dies ist aber etwa bei medizinischen Labors (Abs. 1 Bst. e) niemals der Fall, da diese keine therapeutische und pflegerische Betreuung anbieten. Der Begriff ist daher durch den umfassenden Begriff der „medizinischen Betreuung“ zu ersetzen. Medizinische Betreuung in diesem Sinn kann ärztliche, therapeutische und/oder pflegerische Betreuung umfassen.

Artikel 25; Bewilligungspflicht

Absatz 1: Die Bewilligungspflicht wird neu und gestützt auf das MedBG und das PsyG erweitert; so wird neben der selbstständigen Erwerbstätigkeit (auf eigenes berufliches Risiko) neu auch die privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung für Medizinal- und Psychotherapieberufe bewilligungspflichtig. Das ist zum Beispiel bei Apothekerinnen oder Apothekern der Fall, welche vom Eigentümer der Apotheke zwar angestellt sind,

aber den Betrieb in eigener fachlicher Verantwortung führen oder bei Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten, welche ihre Praxis in Form einer Aktiengesellschaft organisiert haben. Diese Personen brauchen gemäss MedBG und PsyG eine Berufsausübungsbewilligung.

Absatz 2: Aufgrund der Erweiterung des Geltungsbereichs der Bewilligungspflicht auf Personen, die zwar in unselbstständiger Anstellung aber dennoch in eigener fachlicher Verantwortung arbeiten, ist im Ingress von Absatz 2 der Geltungsbereich der übrigen bewilligungspflichtigen Tätigkeiten im unselbstständigen Status – wenn also keine Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung vorliegt – zu definieren. Die Bewilligungsvoraussetzungen für Berufspersonen, die unter fachlicher Aufsicht ihre Leistungen erbringen, bleiben indes unverändert bestehen. So benötigt etwa ein länger als ein Jahr beschäftigter Assistenzarzt in einem Ärztehaus gestützt auf Absatz 2 weiterhin eine Bewilligung für seine Tätigkeit.

Absatz 3: In diesem Absatz erfolgt der Verweis auf Tätigkeiten gemäss dem vorgenannten Absatz 2, die maximal ein Jahr dauern. Solche sind der zuständigen Verwaltungsbehörde zu melden.

Artikel 27 Absatz 1 Buchstaben d und e; Bewilligungsvoraussetzungen im Allgemeinen

Bisher war die Beherrschung einer Landessprache eine Voraussetzung für die Anerkennung von ausländischen Diplomen und Weiterbildungstiteln durch die zuständige Bundesbehörde (z.B. Medizinalberufekommission, MEBEKO). Gemäss bundesrätlicher Botschaft zur Revision des MedBG vom 3. Juli 2013 (04.084) steht dies nicht in Einklang mit der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes und der Richtlinie 2005/36/EG. Deshalb ist die Prüfung der Sprachkenntnisse künftig im Rahmen des Verfahrens für eine gesundheitspolizeiliche Bewilligung vorzunehmen. Die gestellten Anforderungen dürfen nicht über die Sprachkenntnisse hinausgehen, die zur Ausübung des betreffenden Berufes objektiv nötig sind. Absatz 1 wird um diese Voraussetzung ergänzt.

Artikel 28 Absatz 1; Bewilligungsvoraussetzungen bei universitären Medizinalberufen und beim Psychotherapieberuf

Sowohl die Sachüberschrift als auch Absatz 1 sind gestützt auf das neue Psychologieberufegesetz um den Beruf der Psychotherapie zu ergänzen.

Artikel 29; Privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung; Stellvertretung

Der bisher verwendete Begriff der „selbstständigen“ Tätigkeit ist gestützt auf die Änderungen des MedBG weiter zu fassen (vgl. Ausführungen zu Art. 25). Die Gesamtkonzeption der Artikel 29 und 30 wurde deshalb aus logischen Überlegungen überarbeitet und die Bestimmungen im geänderten Artikel 29 zusammengefasst. Artikel 30 kann in der Folge aufgehoben werden.

Absatz 1: Die Bestimmung konkretisiert die privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung. Personen, die den Beruf in dieser Form ausüben, sind keiner weisungsbefugten (fachlichen) Aufsicht unterstellt.

Absatz 2: Privatwirtschaftlich und in eigener fachlicher Verantwortung tätige Personen haben die bewilligte Tätigkeit persönlich und am respektive für ihre Patienten auszuüben. Sie dürfen nur solche Berufsmethoden ausüben, die in ihrer Bewilligung als zulässig enthalten sind und nur jene Verrichtungen übertragen, zu deren Ausführung sie selbst berechtigt sind und die sie nicht selbst vornehmen müssen.

Absatz 3: Die im bisherigen Artikel 29 Absatz 2 aufgeführte Regelung im Falle von Abwesenheiten wird unverändert beibehalten.

Artikel 30; Selbstständige und unselbstständige Tätigkeit

Siehe die Erläuterungen zu Artikel 29.

Artikel 31a; Berufspflichten gemäss Medizinal- und Psychologieberufegesetz

Die Berufspflichten beziehen sich neu nicht nur auf die Medizinal- sondern auch auf die neue Psychologieberufegesetzgebung, was sowohl in der Sachüberschrift als auch innerhalb der Bestimmung präzisiert wird.

Artikel 32 Absätze 1 und 6; Aufzeichnungspflicht

Absatz 1: Die Bezeichnung „Inhaber von Berufsausübungsbewilligungen mit eigener Praxis“ wird im Sinne der Verwesentlichung mit einem entsprechenden Verweis auf die Bestimmung über die Bewilligungspflicht (Art. 25 Abs. 1) ersetzt.

Absatz 6: Es erfolgt eine Präzisierung, wonach die Bestimmungen der Absätze 1 bis 4 für Einrichtungen der Gesundheitsversorgung gemäss Artikel 23 (wie Spitäler, Heime, Labors oder Rettungsdienste) sinngemäss angewendet werden.

Artikel 33; Absatz 2; Beistandspflicht

Die Bestimmung wird im Sinne der Verwesentlichung mit einem entsprechenden Verweis auf die Bestimmung über die Bewilligungspflicht (Art. 25 Abs. 1) ergänzt.

Artikel 34; Absätze 1, 3 und 4; Notfalldienst

Absatz 1: Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte mit einer Bewilligung zur Berufsausübung gemäss Artikel 25 Absatz 1 sind notfalldienstpflichtig. Dabei ist der Notfalldienst dem Verständnis nach rund um die Uhr an sieben Tagen die Woche zu gewährleisten und so zu organisieren, dass er innert nützlicher Zeit beansprucht werden kann. Die Notfallorganisation soll zweckmässig sein, indem unter Berücksichtigung der geografischen und bevölkerungsmässigen Gegebenheiten auf Parallelstrukturen verzichtet wird, die Organisation für die Bevölkerung transparent und nachvollziehbar und der Zugang für die Betroffenen sichergestellt ist. Ärztinnen und Ärzte, die (ausschliesslich) in einer Einrichtung der Gesundheitsversorgung wie dem Kantonsspital oder der RehaClinic privatwirtschaftlich und in eigener fachlicher Verantwortung tätig sind, sollen von der Notfalldienstpflicht im oben erwähnten Sinn ausgenommen werden, da sie in der Regel bereits den (Notfall-)Dienstpflichten innerhalb des Unternehmens unterstehen.

Absatz 3: Der Notfalldienst wird heute sowohl von den frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten als auch von der Notfallstation des Kantonsspitals sichergestellt. Damit existieren – zumindest in gewissen Bereichen – doppelte Strukturen. Der Kanton beteiligt sich an der Finanzierung des Notfalldienstes, indem er im Rahmen der gemeinwirtschaftlichen Leistungen Beiträge an die gesetzlich vorgeschriebene Notfallstation (Art. 16 Abs. 2) des Kantonsspitals leistet. Eine Mitfinanzierung des ärztlichen Notfalldienstes ist hingegen gesetzlich nicht vorgesehen und angesichts der Parallelstrukturen auch wenig sinnvoll. Um dennoch das unter Ziffer 2.2 erwähnte Ziel von möglichst attraktiven Arbeitsbedingungen für die Grundversorgerinnen und Grundversorger erreichen zu können, sollen die Ärztinnen und Ärzte ihren Notfalldienst mit dem Kantonsspital koordinieren und sich gezielt (z.B. während den Nachtstunden) entlasten können.

Absatz 4: Das Departement soll den Notfalldienst nötigenfalls regeln, wenn dieser nicht wie in den Absätzen 2 und 3 vorgesehen sichergestellt werden kann. Darunter fallen Regelungen zur Ausgestaltung und Diensterteilung der Notfalldienstorganisation sowie zur Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital.

Artikel 34a; Ersatzabgabe

Wie bereits in Ziffer 2.2.4 ausgeführt, wird mit Artikel 34a eine Gesetzesgrundlage zur Auferlegung einer Ersatzabgabe für die Befreiung von der Notfalldienstpflicht geschaffen.

Absatz 1: Die Dienstpflichtigen können gegen eine Ersatzabgabe von der Notfalldienstpflicht generell oder im Einzelfall befreit werden. Denkbar wäre beim Einzelfall ein befristeter Zeitraum, für den sich eine pflichtige Arztperson vom Notfalldienst dispensieren lässt, weil sie beispielsweise aufgrund einer Reise oder einer Weiterbildung den Dienst nicht leisten kann.

Absatz 2: Die Höhe der zu entrichtenden Ersatzabgabe hat sich an verschiedenen Kriterien zu orientieren: nach dem voraussichtlichen Umfang nicht geleisteter Notfalldienste; nach dem regulären Arbeitspensum der dienstpflichtigen Person (Vollzeit oder Teilzeit); nach der

Spezialisierung. Zu letzterem Kriterium ist zu vermerken, dass bei der Höhe der Ersatzabgabe einerseits zu gewichten ist, ob eine Arztperson aufgrund ihrer fachärztlichen Tätigkeit über die Infrastruktur verfügt, die für die Notfallversorgung erforderlich ist (Labor, Röntgen, o.Ä.) oder andererseits aufgrund der spezialärztlichen Tätigkeit bereits für die eigenen Patienten erhöhte Bereitschaft zu leisten hat (Beispiel Geburtshilfe). Allerdings sei an dieser Stelle auf die Erläuterungen in Ziffer 2.2.4 verwiesen, wonach eine Medizinalperson nach gängiger Rechtslehre die Pflicht auf Beistandsleistung oder Mitwirkung in Notfalldiensten nicht unter dem Hinweis auf fehlende Spezialkenntnisse ablehnen kann, solange sie aufgrund ihrer medizinischen Ausbildung besser in der Lage ist, Hilfe zu leisten, als verfügbare Dritte⁹.

Absatz 3: Bei genereller Befreiung darf die Ersatzabgabe 15'000 Franken pro Jahr nicht überschreiten, im Einzelfall ist eine Ersatzabgabe bis maximal 500 Franken pro Notfalldienst (24 Stunden) aufzuerlegen.

Absatz 4: Es kann eine reduzierte Ersatzabgabe vorgesehen werden für Pflichtige, die von der Dienstpflicht aus triftigen Gründen (Krankheit, Invalidität, Schwangerschaft o.a.) befreit werden müssen.

Absatz 5: Die Erträge aus den erhobenen Ersatzabgaben sind zweckgebunden, das heisst für Organisation und Durchführung des Notfalldienstes zu verwenden. Es sei an dieser Stelle anzumerken, dass Instrumente und Services, die für die Notfalldienstorganisation in technischer oder zeitlicher Hinsicht genutzt werden (Telefontriage durch Notfallnummer, elektronische Dokumentation und Planung o. Ä.) grundsätzlich im Begriff der „Organisation und Durchführung“ subsummiert sind.

Artikel 34b; Ärztliche Notfalldienstorganisation

Absatz 1: Der ärztliche Notfalldienst wird von der kantonalen Standesorganisation (Ärztegesellschaft des Kantons Glarus) organisiert. Da mit Artikel 34 Absatz 3 die Ärztinnen und Ärzte den Notfalldienst mit dem Kantonsspital Glarus koordinieren, regelt die Standesorganisation die Zusammenarbeit mit dem Spital (vertraglich) und legt die Rechte und Pflichten der Pflichtigen fest.

Absatz 2: Die Standesorganisation entscheidet über Verwendung und Höhe der Ersatzabgabe und über Befreiungsgesuche von der Notfalldienstpflicht und regelt die Einzelheiten in einem Reglement.

Absatz 3: Die Ärztinnen und Ärzte lassen den Notfalldienst durch die Standesorganisation organisieren. Der Absatz trägt dem Umstand Rechnung, dass ein Arzt oder eine Ärztin auch als Nichtmitglied der Standesorganisation der Pflicht der gemeinsamen Notfalldienstorganisation (gem. Art. 34 Abs. 2) untersteht und deshalb hinsichtlich des Auftrags an die Standesorganisation über dieselben (Stimm-)Rechte zu verfügen hat wie ein Mitglied.

Artikel 35 Absatz 3^{bis}; Anzeigepflicht und Anzeigerecht

Ärztinnen und Ärzte sowie weitere Inhaber einer Berufsausübungsbewilligung unterstehen in ihrer Tätigkeit dem Berufsgeheimnis gemäss Artikel 321 des Strafgesetzbuches. Demgemäss wird mit Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren oder einer Geldstrafe bestraft, wer ein Geheimnis offenbart, das ihm/ihr infolge seines/ihrer Berufes anvertraut worden ist oder das er/sie in dessen/deren Ausübung wahrgenommen hat. Vom Berufsgeheimnis kann eine Ärztin oder ein Arzt nur entbunden werden wenn der Patient darin einwilligt, wenn er/sie durch eine vorgesetzte Behörde oder die Aufsichtsbehörde eine schriftliche Bewilligung erhält oder wenn eine kantonale oder eidgenössische Bestimmung dazu verpflichtet oder ermächtigt. Juristisch umstritten ist, ob eine Ärztin oder ein Arzt das Berufsgeheimnis auch verletzt, wenn ein Patient seine Honorarforderungen nicht begleicht und die Ärztin oder der Arzt Inkassomassnahmen bis hin zur Betreibung treffen muss. So sieht beispielsweise ein Teil der Lehre das Berufsgeheimnis allein aufgrund der Tatsache verletzt, wenn bei Übergabe einer

⁹ Ayer/Kieser/Poledna/Sprumont, Kommentar zum Medizinalberufegesetz, 2009, S. 375, K 142, S. 377, K 149.

Honorarforderung zum Inkasso oder zur Betreibung offenbart wird, dass ein Patient bei einem Arzt in Behandlung war¹⁰.

Da im Falle von strittigen Forderungen aus dem Behandlungsverhältnis die Einwilligung des Patienten kaum einzuholen ist, müssen die Inhaber einer Berufsausübungsbewilligung folglich in jedem Einzelfall eine Bewilligung beim Departement beantragen. Dieses muss seinerseits dem Patienten vorab das rechtliche Gehör erteilen. Dieser schwerfällige Prozess soll vereinfacht werden, indem die Inhaber einer Berufsausübungsbewilligung in Zukunft von Gesetzes wegen vom Berufsgeheimnis befreit sind, soweit es um die Durchsetzung von Honorarforderungen aus dem Behandlungsverhältnis geht. Eine solche gesetzliche Ermächtigung kennen auch andere Kantone (u.a. AG, GR, LU). Diese Ermächtigung gilt allerdings nur gegenüber von beauftragten Inkassostellen sowie den zuständigen Behörden und beschränkt sich auf die für das Inkasso wesentlichen Angaben. Angaben aus dem Behandlungsverhältnis, die für die Durchsetzung der Honorarforderungen nicht notwendig sind, unterliegen weiterhin dem Berufsgeheimnis.

Artikel 40; Geltungsbereich

Die hier genannte selbstständige oder unselbstständige Tätigkeit von Personen wird im Sinne der Verwesentlichung durch den entsprechenden Verweis auf die Bestimmungen über die Berufsausübung gemäss Artikel 25 ersetzt.

Artikel 44 Absatz 3; Geheimhaltung

Die Präzisierung „das Departement als Aufsichtsbehörde über die bewilligungspflichtigen Berufe“ ist nicht notwendig, da dies bereits aus Artikel 8 hervorgeht. Absatz 3 kann daher entsprechend gekürzt werden.

Artikel 50 Absatz 3; Sterben

Die nicht mehr zeitgemässen Begriffe „beherbergen“ und „Umsorgung“ sind durch die im vorliegenden Kontext angemesseneren Begriffe „betreuen“ beziehungsweise „Betreuung“ zu ersetzen.

Artikel 51 Absatz 3; Obduktion

Der Vorbehalt der Strafprozessordnung ist mit Einführung der eidgenössischen Strafprozessordnung ab 1. Januar 2011 obsolet, da das eidgenössische Recht grundsätzlich Vorrang genießt.

Artikel 51a; Transplantationen von Organen, Gewebe und Zellen

Mit dem neuen Artikel 51a finden vollzugsrelevante Bestimmungen des Bundesrechts Eingang in das kantonale Gesundheitsgesetz. Das Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz) legt fest, unter welchen Voraussetzungen Organe, Gewebe oder Zellen zu Transplantationszwecken verwendet werden dürfen. Es soll dazu beitragen, dass menschliche Organe, Gewebe oder Zellen für Transplantationszwecke zur Verfügung stehen, den missbräuchlichen Umgang mit Organen, Geweben oder Zellen bei der Anwendung der Transplantationsmedizin beim Menschen verhindern und die Menschenwürde, die Persönlichkeit und die Gesundheit schützen.

Absatz 1: Dem Kanton obliegt die Organisation und Koordination der mit einer Transplantation zusammenhängenden Tätigkeiten im Spital, das Spenderinnen und Spender betreut. Ein lokaler Koordinator im Spital sorgt für die angemessene Betreuung der Spenderinnen und Spender sowie deren Angehörigen und für die Meldung der Spenderinnen und Spender an die Nationale Zuteilungsstelle. Gemäss Absatz 1 wird das Departement damit beauftragt, diesen lokalen Koordinator am Kantonsspital zu ernennen. In der Regel wird ein Kaderarzt mit internistischem und/oder intensivmedizinischem Fachtitel mit dieser Funktion betraut.

Absatz 2: Gemäss Artikel 13 des Transplantationsgesetzes sind nicht urteilsfähige oder minderjährige Personen grundsätzlich vor einer Entnahme von Organen, Geweben oder Zellen

¹⁰ Gmür. 2004. Ärztliches Berufsgeheimnis und Inkasso von Honorarforderungen. Schweizerische Ärztezeitung 2004;85 Nr. 34.

geschützt. Ausnahmen sind nur unter sehr strengen Vorgaben möglich: die Entnahme bedeutet nur ein minimales Risiko und eine minimale Belastung; es ist keine andere therapeutische Methode von vergleichbarem Nutzen möglich; es kommen keine anderen Spender in Frage; bei der Organempfängerin oder beim Organempfänger handelt es sich um eine direkte Angehörige oder einen direkten Angehörigen (Elternteil, Kind, Geschwister); die betroffene Person oder deren gesetzlicher Vertreter ist umfassend informiert worden und hat der Spende frei und schriftlich ebenso wie eine unabhängige Instanz der Organ-, Gewebe oder Zellentnahme zugestimmt. Die Kantone müssen die unabhängige Instanz bezeichnen und das Verfahren regeln. Mit Absatz 3 wird diese Kompetenz dem Regierungsrat übertragen.

Artikel 53; Heil- und Betäubungsmittel

Artikel 57 wird in Artikel 53 integriert, da sich der Vollzug der Heil- und Betäubungsmittelgesetzgebung direkt ergänzen. Der Regierungsrat hat denn auch eine gemeinsame Vollzugsverordnung zur eidgenössischen Heil- und Betäubungsmittelgesetzgebung erlassen (GS VIII A/4/1). Neu kann der Regierungsrat aber auch im Bereich des Vollzuges des Betäubungsmittelgesetzes Vereinbarungen mit anderen Kantonen oder dessen Übertragung auf ausserkantonale Organe beschliessen. Dies entspricht einer Anpassung an die heutige Praxis, in der die Kantonsapothekerin des Kantons Schwyz nicht nur die Heilmittel- sondern auch die Betäubungsmittelgesetzgebung für den Kanton Glarus vollzieht. Diese bewährte Zusammenarbeit soll beibehalten werden.

Artikel 55; Abgabe von Arzneimitteln im Detailhandel

Die in Artikel 55 bisher festgehaltenen Rahmenbedingungen für die Bewilligung zur Abgabe von Arzneimitteln in Apotheken, Drogerien und anderen Detailhandelsgeschäften können im Sinne der Verwesentlichung aufgehoben werden, da sie sich aus dem Bundesrecht ergeben und gestützt auf die Artikel 53 und 57 in der Vollzugsverordnung geregelt sind.

Artikel 56; Ergänzende Bestimmungen

Die in Artikel 56 festgehaltenen ergänzenden Bestimmungen enthalten vollzugsrechtliche Details, die in der regierungsrätlichen Verordnung (Vollzugsverordnung zum Heil- und Betäubungsmittelgesetz) gestützt auf Bundesrecht ausgeführt sind. Im Sinne der Verwesentlichung kann Artikel 56 aufgehoben werden.

Artikel 57; Vollzug Betäubungsmittelgesetz

Der bisherige Artikel 57 wird in Artikel 53 überführt.

Artikel 58 Absätze 2 und 3; Bestattungswesen

Absatz 2: Entspricht wörtlich dem bisherigen Artikel 59.

Absatz 3: Im neu eingefügten Absatz wird der bisher in Artikel 39 Absatz 4 der Verordnung über das Bestattungswesen verankerte Anspruch auf eine unentgeltliche Bestattung, falls die Nachlassenschaft nachweislich nicht in der Lage ist, für die Kosten aufzukommen, festgehalten.

Artikel 59; Benutzung der Friedhöfe

Der bisherige Artikel 59 wird als neuer Absatz 2 in Artikel 58 integriert. Artikel 59 kann daher aufgehoben werden.

Artikel 60; Bestimmungen über das Bestattungswesen

Da das Bestattungswesen in die Zuständigkeit der Gemeinden fällt (Art. 5 Bst. a Gesundheitsgesetz), soll der Kanton keine über die vorhergehenden Bestimmungen hinausgehenden Vorschriften mehr erlassen. Artikel 60 kann daher aufgehoben werden. Die landrätliche Verordnung über das Bestattungswesen vom 16. Dezember 1963 mit ihren Wiederholungen von übergeordnetem Recht und operativen Einzelheiten sowie die Vorschriften für die Herstellung von Särgen (Glärnermodell) vom 5. Januar 1976 sind damit ebenfalls aufzuheben (vgl. Erläuterungen unter Ziff. 2.5).

Artikel 63 Absätze 3 und 3bis; Rechtsschutz

Absatz 3: Der Begriff „zuständige Departement“ kann um „zuständig“ gekürzt werden, da gemäss Artikel 8 Absatz 1 das zuständige Departement im Gesetzeserlass generell bloss als Departement bezeichnet wird.

Absatz 3^{bis}: Zu Entscheiden der Ärztesgesellschaft des Kantons Glarus über Befreiungen von der Notfalldienstpflicht sowie über die Leistung der Ersatzabgabe (individuelle Höhe) kann beim Departement Beschwerde erhoben werden.

2.7.2. Bevölkerungsschutzgesetz

Artikel 8 Absatz 3; Aufgaben

In Absatz 3 wird das Gesundheitswesen mit dem Bereich des Koordinierten Sanitätsdienstes ergänzt, da ihm gerade in besonderen und ausserordentlichen Lagen eine massgebende Rolle zukommt.

Artikel 9; Koordinierter Sanitätsdienst

Wie bereits in den Erläuterungen zu Artikel 8a des Gesundheitsgesetzes ausgeführt, regelt das Gesundheitsgesetz die Belange des KSD (vgl. Ziff. 2.7.1). Da die Einzelheiten zum KSD neu mit Artikel 8a im Gesundheitsgesetz festgelegt sind, erübrigt sich der vorliegende Artikel. Er ist aufzuheben.

2.7.3. Inkrafttreten

Die Änderungen in den einzelnen Erlassen sollen mit wenigen Ausnahmen per 1. Juli 2014 in Kraft treten. Da die Änderungen im MedBG und im PsyG von der Bundesversammlung noch nicht verabschiedet wurden, drängt sich für die damit direkt zusammenhängenden Artikel 25, 27, 29 und die Aufhebung von Artikel 30 ein separates, vom Regierungsrat bestimmtes Datum der Inkraftsetzung auf.

2.8. Finanzielle Auswirkungen

Die Änderungen im Gesundheits- und Bevölkerungsschutzgesetz sind mit keinen unmittelbaren finanziellen Auswirkungen für Kanton und Gemeinden verbunden.

Mittelbar wird hingegen der neue Artikel 22a finanzielle Auswirkungen für den Kanton haben. Mit Artikel 22a erhält der Regierungsrat die Kompetenz, in Abweichung von den verfassungsmässigen Ausgabenkompetenzen, Beiträge für wohnortnahe oder innovative ambulante Angebote oder Versorgungsmodelle zu gewähren. So könnte der Regierungsrat im Rahmen einer Vereinbarung Beiträge an das in Ziffer 2.4 ausgeführte Projekt zum Aufbau einer innerkantonalen Tagesklinik leisten. Das Projekt sieht im Businessplan für die Anfangsphase fünf Ganztagesplätze (oder zehn Halbtagesplätze) vor. Nach Abzug der Erträge (aus medizinischen Leistungen gemäss dem KVG und dem Bundesgesetz über die Invalidität sowie aus dem Zusatzbereich oder z.B. von Verkaufsleistungen an Selbstzahlende) ist in der Mehrjahresplanung von durchschnittlichen ungedeckten Kosten von 0,3 bis 0,5 Millionen Franken für die Tagesklinik auszugehen. Darin sind die sozialdienstlichen Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der psychiatrischen Behandlung (häufig) entstehen, noch nicht berücksichtigt. Ob, mit welchem Betrag und unter welchen Bedingungen sich der Kanton an der Tagesklinik beteiligen würde, wäre in einem nächsten Schritt nach Erlass von Artikel 22a zu verhandeln. Gemäss den Ausführungen unter Ziffer 2.4 sind im Gegenzug Ausgabeoptimierungen aufgrund der Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich beziehungsweise der besseren Betreuung und damit Minimierung von Rückfällen an anderen Stellen zu erwarten. Zu berücksichtigen ist dabei auch, dass die ambulante Behandlung in der Regel nicht nur absolut günstiger ist, sondern anders als die stationäre Behandlung keine zwingende Mitfinanzierung des Kantons vorsieht.

Schliesslich wird darauf hingewiesen, dass in Zukunft auch ein höherer Aufwand für den Koordinierten Sanitätsdienst erwartet wird. Die Landsgemeinde hat 2012 einem total revidierten Gesetz über den Bevölkerungsschutz diskussionslos zugestimmt. Der Gesetzgeber ver-

pflichtet das zuständige Departement, für einen Koordinierten Sanitätsdienst zu sorgen. Dieser erstellt unter anderem ein Einsatzkonzept und koordiniert beziehungsweise ordnet die notwendigen Massnahmen an. Die erläuternden Ausführungen orten einen Handlungsbedarf. Die Mittel des Sanitätsdienstes werden schnell an ihre Grenzen stossen. Es muss mit einem finanziellen Mehraufwand gerechnet werden, der allerdings bereits gestützt auf die geltende Rechtslage anfällt und somit keine Folge der vorliegenden Gesetzesrevision ist.

3. Änderung des Staatshaftungsrechts (Teil B)

3.1. Staatshaftung der Akteure im Gesundheitswesen

Mit der von der Landsgemeinde 2009 beschlossenen gesetzlichen Regelung zur Trägerschaft des Kantonsspitals Glarus wurde entschieden, dass sich die Rechtsbeziehungen zwischen Spital und Patienten weiterhin nach dem öffentlichen Recht richten (Art. 16a Abs. 4 Gesundheitsgesetz). Damit stand auch fest, dass für die Haftbarkeit des Spitals unabhängig von der durch den Landrat zu bestimmenden Rechtsform weiterhin das Staatshaftungsgesetz massgebend sein würde (vgl. Memorial 2009, S. 105).

Das Staatshaftungsgesetz umschreibt die Voraussetzungen, unter denen eine Haftung für kantonale und kommunale Tätigkeiten nach seinen Vorschriften besteht. Die Ermächtigung zur Verdrängung der bundeszivilrechtlichen Haftungsbestimmungen beruht auf den Artikeln 59 Absatz 1 ZGB und Artikel 61 OR. Ist das Staatshaftungsgesetz anwendbar, so ist für eine Entschädigungspflicht nur Rechtswidrigkeit, nicht aber Schuldhaftigkeit des schädigenden Handelns vorausgesetzt (Kausal- statt Verschuldenshaftung). Zudem kann sich die geschädigte Person immer direkt an das Gemeinwesen halten und muss nicht die schadenverursachende Person belangen. Für die Geltendmachung der Haftung ist ein einfaches Verfahren vorgesehen, in welchem das Gemeinwesen durch beim Verwaltungsgericht anfechtbare Verfügung über Entschädigungsbegehren entscheidet, wobei die Behörde das Recht anzuwenden und den Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären hat (Art. 9 Abs. 1 u. Art. 37 Abs. 1 Verwaltungsrechtspflegegesetz). Fällt eine Tätigkeit nicht unter den Anwendungsbereich des kantonalen Staatshaftungsrechts, richtet sich die Schadenersatzpflicht nach den privatrechtlichen Bestimmungen des OR und des ZGB; zur Geltendmachung eines Schadenersatzbegehrens muss die geschädigte Person Klage bei der zuständigen zivilgerichtlichen Behörde erheben. Es gelten die anspruchsvollen zivilprozessualen Regelungen.

Bei Ausarbeitung der aktuellen Revisionsvorlage zeigte sich, dass in der Gesetzgebung präziser als bisher verankert werden muss, ob Organisationen des Privatrechts (Vereine, Stiftungen, Aktiengesellschaften, o.Ä.), die im Auftrag des Gemeinwesens eine öffentliche Aufgabe erfüllen, dem kantonalen Staatshaftungsrecht unterstehen. Diese gesetzgeberische Anforderung hat Bedeutung über das Kantonsspital und über die Gesundheitsversorgung hinaus. Die Frage nach dem anwendbaren Haftungsrecht ist von der Zahl der praktischen Fälle her von begrenzter Bedeutung (durchschnittlich vier bis sechs den Kanton betreffende Fälle pro Jahr); wo eine Haftung im Zusammenhang mit der öffentlichen Aufgabenerfüllung zur Debatte steht, ist zudem der Anteil von Einigungslösungen relativ hoch. Dennoch besteht ein Interesse an klaren gesetzlichen Vorgaben, für Gemeinwesen und beauftragte Organisationen des Privatrechts nicht zuletzt auch im Hinblick auf die richtige Regelung der versicherungsmässigen Abdeckung von Haftungsrisiken (insbes. betr. Ablauf von Versicherungsfällen).

Beauftragte Organisationen des Privatrechts sind keine Amtsträger im Sinne des Staatshaftungsgesetzes (siehe zur diesbezüglichen Klarstellung in Art. 3 Abs. 1 Staatshaftungsgesetz Ziff. 3.2.1), weshalb eine öffentlich-rechtliche Haftung auf Grund dieses Gesetzes nicht besteht. Eine solche Haftung muss vielmehr spezialgesetzlich vorgesehen sein.

Die vorliegende Revision sieht die Haftung von beauftragten Organisationen des Privatrechts für die Leistungen des Kantonsspitals (Art. 16a Abs. 4 Gesundheitsgesetz), die stationäre Alters- und Behindertenpflege (Art. 39d Sozialhilfegesetz) sowie die Akut- und Übergangspflege (Art. 33d Abs. 2 und 3 Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung, EG KVG) und die Spitex-Grundversorgung (Art. 19 Abs. 1 Satz 3 Gesundheitsgesetz) vor. Es handelt sich dabei um Leistungen der öffentlichen Gesundheitsgrundversorgung, die im Lebensalltag eine hohe Bedeutung haben. In diesem Bereich der öffentlichen Angebote sollen die Kausalhaftung und das einfache Staatshaftungsverfahren gelten. Die damit für Kanton und Gemeinden verbundenen Belastungen halten sich in Grenzen: Das Haftungsrisiko erhöht sich nicht wesentlich, setzt doch auch die Staatshaftung Rechtswidrigkeit des Handelns oder Unterlassens voraus und wird die für die übrigen Anwendungsbereiche des Staatshaftungsgesetzes geltende Billigkeitshaftung bei rechtmässigem Handeln (Art. 7 f. Staatshaftungsgesetz) ausdrücklich ausgeschlossen (Art. 20 Gesundheitsgesetz, Art. 33d Abs. 2 EG KVG u. Art. 39d Abs. 1 Sozialhilfegesetz). Das Fehlen des Verschuldensfordernisses ist für die Geschädigten weniger eine inhaltliche Erleichterung denn eine solche der wegfallenden Obliegenheit, ein Verschulden der handelnden Personen darzulegen. Im Weiteren ist die Beurteilung allfälliger Staatshaftungsbegehren für die Gemeinden insofern keineswegs Neuland, als der Gemeinderat schon nach geltender Ordnung über Staatshaftungsbegehren betreffend das gesamte Gemeindehandeln nach öffentlichem Recht zu befinden hat (Art. 11 Abs. 1 Bst. c Staatshaftungsgesetz). Im Übrigen zeigen die Erfahrungen mit der Staatshaftung des Kantonsspitals, dass Haftungsbegehren im Gesundheitsbereich in aller Regel nach der internen Abklärung des Versicherers durch Vergleich oder Rückzug geklärt werden können, so dass strittige Verfahren die absolute Ausnahme sind.

Demgegenüber sollen von Organisationen des Privatrechts gewährleistete Rettungsdienste (Art. 17 Gesundheitsgesetz) nicht grundsätzlich dem Staatshaftungsgesetz unterstellt werden. Zwar geht es dabei um sehr anforderungsreiche und für die Betroffenen existenziell wichtige Leistungen, doch muss diese nur ein vergleichsweise kleiner Personenkreis in Anspruch nehmen. Soweit allerdings die Rettungsdienste vom Kantonsspital erbracht werden, unterstehen sie dem Staatshaftungsgesetz kraft der Regelung in Artikel 16a Absatz 4 des Gesundheitsgesetzes. Ebenfalls nicht dem Anwendungsbereich des Staatshaftungsgesetzes zugewiesen werden von Organisationen des Privatrechts gewährleistete Angebote der Rehabilitation. Hier liegt die Begründung darin, dass das Risikopotenzial erheblich geringer ist als bei den Leistungen eines Akutspitals, der stationäre Alters- und Behindertenpflege, der Akut- und Übergangspflege und der Spitex-Grundversorgung. Aus dem gleichen Grund soll auch von der Anwendbarerklärung des Staatshaftungsgesetzes auf die von beauftragten Organisationen des Privatrechts gewährleisteten Beratungsdienste (Art. 18 Gesundheitsgesetz) abgesehen werden.

3.2. Erläuterungen

Die Änderungen der einzelnen Bestimmungen in den verschiedenen Erlassen werden im Folgenden erläutert.

3.2.1. Staatshaftungsgesetz

Artikel 2; Gemeinwesen

Der Haftung nach dem Staatshaftungsgesetz untersteht das „Gemeinwesen“. Neu fallen unter diesen Begriff nebst Kanton und Gemeinden alle weiteren juristischen Personen des kantonalen und des kommunalen öffentlichen Rechts. Dazu gehören nebst den bisher im Gesetz aufgeführten Körperschaften und selbstständigen Anstalten auch die öffentlich-rechtlichen Stiftungen. Eine inhaltliche Änderung ist damit nicht verbunden: In den Erläuterungen zum bisherigen Recht war festgehalten, dass zu den selbstständigen Anstalten auch Stiftungen des öffentlichen Rechts gehören könnten (Memorial 1991, S. 8).

Indem die juristischen Personen des öffentlichen Rechts dem Begriff „Gemeinwesen“ zugeordnet werden, unterstehen sie grundsätzlich in gleicher Weise dem Staatshaftungsgesetz

wie der Kanton und die Gemeinden. Vorbehalten bleiben indes gemäss Artikel 5 die Gesetzgebungen des Bundes und des Kantons, soweit diese die Anwendbarkeit des Staatshaftungsgesetzes ganz oder teilweise ausschliessen: So sind Haftungsfragen betreffend die selbstständigen öffentlich-rechtlichen Anstalten im Sozialversicherungsbereich (Ausgleichskasse, Familienausgleichskasse, IV-Stelle) mehrheitlich durch Bundesrecht geregelt (Art. 78 ATSG u. Art. 70 AHVG). Unter das Bundesrecht fällt auch die Pensionskasse des Kantons Glarus, welche eine öffentlich-rechtliche Stiftung im Sinne des BVG ist. Zu den juristischen Personen des öffentlichen Rechts gehört schliesslich die Rechtsform der spezialgesetzlichen Aktiengesellschaft gemäss Artikel 763 Absatz 1 OR (öffentlich-rechtliche Körperschaft), wie sie die Glarner Kantonalbank aufweist (Art. 1 Abs. 1 Kantonalbankgesetz); die Haftung richtet sich indessen nach zivilrechtlichen Bestimmungen (Art. 28 Kantonalbankgesetz u. Art. 39 eidg. Bankengesetz). Dank dem erwähnten Vorbehalt in Artikel 5 erübrigt es sich, in Artikel 2 Ausnahmen von juristischen Personen des öffentlichen Rechts aufzulisten, die nicht als „Gemeinwesen“ im Sinne des Staatshaftungsgesetzes gelten.

Artikel 3 Absatz 1; Amtsträger

Gemäss Artikel 1 Absatz 1 Buchstabe a und Artikel 6 Absatz 1 haftet das Gemeinwesen für Schaden, den seine Amtsträger in amtlicher Tätigkeit einem Dritten rechtswidrig zufügen. Vom Begriff des Amtsträgers hängt ab, wer durch seine Handlungen eine Haftpflicht des Gemeinwesens nach dem Staatshaftungsgesetz auslösen kann. Die bisherige Formulierung lässt nebst den Behördenmitgliedern, Angestellten und Lehrpersonen eines Gemeinwesens auch alle anderen Personen unter den Begriff fallen, die im Auftrag eines Gemeinwesens eine öffentliche Aufgabe wahrnehmen. Dazu gehören – zumindest vom Wortlaut her – nebst natürlichen Personen im Mandatsverhältnis auch die mit einer öffentlichen Aufgabe betrauten juristischen Personen des Privatrechts, insbesondere Vereine, Stiftungen und Aktiengesellschaften. Dieses weite Verständnis des Amtsträger-Begriffs und die damit verbundene generelle Ausdehnung des Anwendungsbereiches des Staatshaftungsgesetzes dürfte nicht der Absicht des Gesetzgebers entsprechen. So war die Haftung von kantonalen und kommunalen Einrichtungen im Gesundheitsbereich gemäss der Anpassung des damaligen Gesundheitsgesetzes an das neu geschaffene Staatshaftungsgesetz ausdrücklich auf „öffentlich-rechtliche Kranken- und Pflegeinstitutionen“ beschränkt (Memorial 1991, S. 19 [Art. 24 Bst. h, Art. 31a Gesundheitsgesetz] u. S. 12 [Erläuterung]). Aufgabenübertragungen auf privatrechtliche Organisationen hatten damals auch noch nicht die Bedeutung, die ihnen heute zukommt. Das geltende Recht sieht die Möglichkeit von Leistungsaufträgen an privatrechtliche Organisationen nebst verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens (stationäre Einrichtungen, Spitex-Organisationen, Rettungsdienste, Beratungsdienste) auch im Bildungswesen (z.B. Sonderschulung, Tagesstrukturen) und in weiteren Sachgebieten (z.B. Sozialinspektion, Betagten- und Behindertenhilfe, Kontrolle von baulichen Anforderungen an die Energienutzung, Hunderegistrierung etc.) vor.

Es wird klargestellt, dass unter den Begriff des Amtsträgers nur die unmittelbar für ein Gemeinwesen tätigen Personen fallen. Es sind dies natürliche Personen, die für das Gemeinwesen eine öffentliche Aufgabe wahrnehmen, wobei es wie bis anhin nicht darauf ankommt, ob die aufgabenerfüllende Person als Mitglied einer Behörde, in einer Anstellung, in Ausübung eines Mandats oder auf Grund eines anderen Rechtsverhältnisses tätig ist (Art. 3 Abs. 2). Nicht darunter fallen dagegen vom Gemeinwesen beauftragte Organisationen des Privatrechts; sie erfüllen die öffentliche Aufgabe durch von ihnen ermächtigte, angestellte oder beauftragte natürliche Personen. Andere Kantone verwenden anstatt „Amtsträger“ Oberbegriffe, wie „Beamte“ (§ 1 Abs. 1 u. 2 Verantwortlichkeitsgesetz SO, Art. 2 Verantwortlichkeitsgesetz Bund), „Angestellte“ (§ 4 Haftungsgesetz ZH), „Mitarbeitende“ (§ 1 Abs. 2 Haftungsgesetz SO) oder „Personal“ (§ 1 Abs. 2 Haftungsgesetz BS), womit die von Gemeinwesen mit einer öffentlichen Aufgabe betrauten Organisationen des Privatrechts ebenfalls nicht mitgemeint sein dürften (Offen erscheint dies bei der Definition in § 1 Abs. 2 Haftungsgesetz BS: „Als Personal im Sinne dieses Gesetzes gilt, wer [...] aufgrund eines öffentlich-rechtlichen Auftrags eine Staatsaufgabe wahrnimmt“).

Artikel 5 Absatz 2bis; Vorbehalt besonderer Vorschriften

Die Präzisierung des Amtsträger-Begriffs gemäss Artikel 3 Absatz 1 bedingt eine Überprüfung aller vom Gesetz ermöglichten Aufgabenübertragungen auf Organisationen des Privatrechts. Zu diesen gehören nebst den in diesem Zusammenhang wohl weniger interessierenden Kollektiv- und Kommanditgesellschaften insbesondere die juristischen Personen des Privatrechts. Da von einem Gemeinwesen mit einer öffentlichen Aufgabe beauftragte Organisationen des Privatrechts keine „Amtsträger“ sind, gilt das Staatshaftungsgesetz für deren Tätigkeit nicht schon aufgrund der Artikel 1 Absatz 1 Buchstabe a und Artikel 6 Absatz 1. Vielmehr bedarf die allfällige Anwendbarkeit des Staatshaftungsgesetzes der separaten gesetzlichen Verankerung. Diese Möglichkeit der Spezialgesetzgebung wird neu im Staatshaftungsgesetz ausdrücklich aufgeführt. Dies ist zwar insofern nicht zwingend, als Anwendbarklärungen des Staatshaftungsgesetzes durch die Spezialgesetzgebung auch sonst möglich wären. Doch erleichtert der ausdrückliche Hinweis, ebenso wie die anderen Vorbehalte in Artikel 5, die Abklärung, ob eine bestimmte Tätigkeit dem Staatshaftungsgesetz untersteht.

Bei einer direkten Haftung des Gemeinwesens für beauftragte Organisationen des Privatrechts könnte der Rückgriff auf dieselben vorgesehen werden, wie dies nach Artikel 17 bei der Haftung für die Amtsträger bei vorsätzlicher oder grobfahrlässiger Verletzung von Amtspflichten vorgesehen ist. Denkbar ist auch, statt einer direkten Haftung eine Ausfallhaftung des Gemeinwesens vorzusehen.

Einige Haftungsgesetze kennen allgemeine Bestimmungen über die Haftung von Privaten, die öffentliche Aufgaben erfüllen. Dabei gibt es unterschiedliche Lösungen: Haftung der beauftragten Organisation nach Bundesprivatrecht (§ 1 Abs. 2 Haftungsgesetz AG), öffentlich-rechtliche Haftung des beauftragenden Gemeinwesens (Art. 3 Abs. 2 Haftungsgesetz OW) oder der beauftragten Organisation (§ 4a Abs. 1 Haftungsgesetz ZH, Art. 19 Abs. 1 Bst. a Satz 1 Verantwortlichkeitsgesetz Bund), öffentlich-rechtliche Ausfallhaftung des Gemeinwesens (Art. 2a Abs. 2 Haftungsgesetz SH), teilweise zusätzlich zur direkten Haftung der beauftragten Organisation (§ 46 Abs. 2 Kantonsverfassung u. § 4a Abs. 2 Haftungsgesetz ZH, Art. 19 Abs. 1 Bst. a Satz 2 Verantwortlichkeitsgesetz Bund). Teilweise wird für die Geltendmachung auch bei öffentlich-rechtlicher Haftung des beauftragten Privaten auf den Weg des Zivilprozesses verwiesen (§ 4a Abs. 1 Haftungsgesetz ZH).

Demgegenüber soll im Glarner Recht die Haftung für beauftragte Organisationen des Privatrechts nicht in allgemeiner Weise im Staatshaftungsgesetz geregelt werden. Vielmehr sind bei jedem Sachbereich, in dem das Gesetz Aufgabenübertragungen an Organisationen des Privatrechts ermöglicht (solche Übertragungen bedürfen der Grundlage in einem Gesetz [Art. 103 Abs. 4 KV]), je für sich die nötigen gesetzgeberischen Entscheide zu treffen: Anwendbarkeit des Staatshaftungsgesetzes auf die übertragene Tätigkeit; Haftung des beauftragenden Gemeinwesens oder der beauftragten Organisation des Privatrechts; Ausfallhaftung des Gemeinwesens; Rückgriff des Gemeinwesens auf beauftragte Organisation des Privatrechts; Verfahren zur Geltendmachung eines Haftungsanspruchs. Zudem bedarf es im Falle der Anwendbarkeit der spezifischen Regelung des Verfahrens zur Beurteilung von Haftungsbegehren. Enthält die Spezialgesetzgebung keine entsprechenden Bestimmungen, so richtet sich die Haftung ausschliesslich nach den bundesprivatrechtlichen Bestimmungen und ist auf dem Weg des Zivilprozesses geltend zu machen. Entscheidungskriterien für oder wider die Anwendbarkeit des Staatshaftungsrechts sind namentlich die Bedeutung der fraglichen Leistung im Lebensalltag, die Angewiesenheit auf das öffentliche Angebot, das Risikopotenzial und die Komplexität der Fragestellungen im Zusammenhang mit einer allfälligen Haftung. Die Zahlungskraft der betreffenden Organisation ist insofern nicht von Bedeutung, als die Sicherstellung von allfälligen Entschädigungszahlungen ohnehin durch den Abschluss von Versicherungsverträgen erfolgen muss.

Die vorgesehene sachbereichsspezifische Regelung kennen auch andere Kantone, dies zum Teil in Ergänzung zu allgemeinen Bestimmungen im Haftungsgesetz (vgl. z.B. § 57 Gesundheitsgesetz BL betr. Übernahme öffentlicher Aufgaben durch private Leistungserbringer, § 33

Spitalgesetz LU, § 19 Spitalgesetz SO, Art. 28 Spitalgesetz SH). Im Übrigen baut diese Konzeption auf der bestehenden Rechtslage auf, sofern unter dem bisherigen Amtsträgerbegriff nicht auch beauftragte Organisationen des Privatrechts verstanden werden (s. die Erläuterungen zu Art. 3 Abs. 1).

Artikel 11 Absatz 1 Buchstabe d und Artikel 20 Absatz 1 Buchstabe e

Die Bezeichnung der zuständigen Behörden zum Entscheid über Staatshaftungsbegehren beziehungsweise Haftungs- oder Rückgrifforderungen gegenüber Amtsträgern wird an die in Artikel 2 vorgenommene Präzisierung des Begriffes „Gemeinwesen“ angepasst.

3.2.2. Gesundheitsgesetz

Artikel 16a Absatz 4; Spitalträgerschaft und Führung des Spitalbetriebs; Rechtsbeziehungen

Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist es den Kantonen gestützt auf Artikel 61 Absatz 1 OR erlaubt, alle in einem öffentlichen Spital an den Patienten vorgenommenen Behandlungs- und Pflegemassnahmen einer einheitlichen Haftungsregelung zu unterstellen (BGE 122 III 101, 103 ff. E. 2 = Pr. 85/1996 Nr. 187). Davon soll in Fortführung und Ergänzung der bisherigen Regelung (Art. 20 Abs. 2) Gebrauch gemacht werden. Die Geltung des Staatshaftungsgesetzes erstreckt sich ausdrücklich auf allfällige vom Kantonsspital Glarus erbrachte Leistungen ausserhalb der Grundversorgung (z.B. der in den Versorgungsauftrag einbezogene Rettungsdienst, allfälliges Ambulatorium) und auf im Kantonsspital ausserhalb einer Anstellung ausgeübte Arzttätigkeit (z.B. Behandlung von Patienten durch Belegärzte oder von Privatpatienten). Damit sollen den Patienten schwierige Abgrenzungsfragen über ihre Ansprechperson bei Haftungsfragen erspart bleiben (vgl. Memorial 1991, S. 12 betr. privatärztliche Tätigkeit). Nicht unter das Staatshaftungsgesetz fallen dagegen Leistungen des Kantonsspitals gegenüber Nichtpatienten, etwa wenn solche die Angebote der Cafeteria oder des Fitnessraums nutzen. Dasselbe gilt für Leistungen, die von Organisationen erbracht werden, deren Beziehung zum Kantonsspital rein mietrechtlicher Natur ist (z.B. Rehabilitationsangebot einer im Kantonsspital eingemieteten privaten Organisation).

Wer Haftungssubjekt ist, hängt von der Trägerschaft des Kantonsspitals ab. Der Landrat hat die Trägerschaft des Kantonsspitals als privatrechtliche Aktiengesellschaft ausgestaltet. Diese haftet als eigenständige juristische Person.

Das Verfahren zur Behandlung von Staatshaftungsbegehren betreffend Spitalbehandlungen ist durch Artikel 17 der Spitalverordnung bereits an die neue Rechtsform des Kantonsspitals angepasst worden. Beteiligte Stellen sind neu der Verwaltungsrat des Kantonsspitals und das zuständige Departement. Diese Regelung wird auf ihre Bewährung zu überprüfen sein.

Artikel 16b; Spitalverordnung

Artikel 16b ist insofern zu ergänzen, als der Landrat das Verfahren zur Behandlung von Staatshaftungsbegehren gegenüber dem Kantonsspital zu regeln hat, wobei in der Spitalverordnung eine entsprechende Regelung bereits besteht (s. zu Art. 16a Abs. 4 vorstehend).

Artikel 19; Öffentliche spitalexterne Krankenpflege

Absatz 1: Die Gewährleistung der spitalexternen Grundversorgung (konkret die Pflege- und sonstigen Spitex-Leistungen) obliegt den Gemeinden. Erfüllt eine Gemeinde oder eine von ihr geschaffene juristische Person des öffentlichen Rechts diese Aufgabe durch eigenes Personal oder durch ausgegliederte Verwaltungseinheiten, so richtet sich die Haftung gemäss geltendem Recht nach dem Staatshaftungsgesetz (Art. 2 Staatshaftungsgesetz). Die Aufgabe kann auf Dritte übertragen werden. Die spitalexterne Kranken- und Gesundheitspflege (Spitex) erhält, namentlich wegen der steigenden Lebenserwartung und der Individualisierung der Gesellschaft, eine immer grössere Bedeutung. Deshalb sollen die Patienten allfällige Haftungsansprüche aus Leistungen der Grundversorgung unabhängig von der rechtlichen Organisationsform der Spitex nach den gleichen Rechtsgrundlagen geltend machen können. Dementsprechend ordnet Absatz 1 Satz 3 neu an, dass beauftragte Organisationen des Privatrechts (z.B. Spitex-Vereine) wie das Gemeinwesen haften.

Absatz 3: In der landrätlichen Verordnung über die ambulante spitalexterne Kranken- und Gesundheitspflege ist das Verfahren zur Geltendmachung von Schadenersatzforderungen

zu regeln. Im Vordergrund steht eine Lösung, wonach in einem allfälligen Streitfall der Gemeinderat erstinstanzlich über die Haftung der beauftragten Organisation entscheidet; auf Kantonsebene besteht eine entsprechende Regelung für die Haftung des Kantonsspitals (Art. 17 Abs. 3 Spitalverordnung). Dass der Gemeinderat Staatshaftungsbegehren beurteilt, ist bereits im geltenden Recht vorgesehen, nämlich für den gesamten Bereich des öffentlich-rechtlichen Handelns der Gemeinden durch ihre Amtsträger (Art. 11 Abs. 1 Staatshaftungsgesetz).

Artikel 20; Ausschluss der Haftung für rechtmässiges Verhalten

Im bisherigen Artikel 20 Absatz 1 Satz 2 ist der Grundsatz verankert, wonach sich die Haftung des Gemeinwesens und seiner Amtsträger für Schadenzufügungen von kantonalen und kommunalen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung nach dem Staatshaftungsgesetz richtet (Satz 1). Dies gilt für Leistungen, die der Kanton, die Gemeinden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts selber erbringen, schon kraft des Staatshaftungsgesetzes. Im Übrigen hängt die Bedeutung der Verweisung auf das Staatshaftungsgesetz auch davon ab, ob unter den Begriff „Amtsträger“ auch vom Gemeinwesen beauftragte Organisationen des Privatrechts fallen. Dies wird nun im Staatshaftungsgesetz im verneinenden Sinne geklärt. Die Leistungen, welche auch bei privatrechtlicher Rechtsform des Leistungserbringers dem Staatshaftungsgesetz unterstehen, werden speziell aufgeführt (Art. 16a Abs. 4 u. 19 Abs. 1 Satz 3). Absatz 1 Satz 1 kann weggelassen werden.

Einrichtungen der Gesundheitsversorgung unterstehen dem Staatshaftungsgesetz, wenn sie vom Gemeinwesen oder von juristischen Personen des öffentlichen Rechts getragen werden oder wenn bei Trägerschaft durch beauftragte Organisationen des Privatrechts das Spezialgesetz die Anwendbarkeit des Staatshaftungsgesetzes anordnet. Artikel 7 des Staatshaftungsgesetzes sieht für rechtmässige Schadenzufügung unter bestimmten Umständen eine Haftung vor. Rechtmässige medizinische Vorkehrungen können bei Patienten Schäden bewirken, etwa wenn eine in Absprache mit dem Patienten zur Bekämpfung einer schweren Krankheit erfolgte Behandlung ihrerseits gesundheitliche Beeinträchtigungen mit sich bringt. Medizinisches Handeln solcher Art muss im Bereich von Untersuchung, Behandlung und Pflege von jeglicher Haftung ausgenommen sein (In diesem Sinne die Erläuterung beim Erlass des Staatshaftungsgesetzes 1991 zur Anpassung des damaligen Gesundheitsgesetzes [Memorial 1991, S. 12]). Artikel 20 hält dies in Fortschreibung des bisherigen Rechts fest. Die im bisherigen Absatz 2 verankerte Haftung des Kantonsspitals für privatärztliche Tätigkeit ist nun in der Spezialbestimmung verankert (Art. 16a Abs. 4).

3.2.3. Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Artikel 33d Absatz 2 und 3; Kostenanteil Kanton, Leistungserbringer

Wie die spitalexterne Grundversorgung ist die Akut- und Übergangspflege dadurch gekennzeichnet, dass sie erwartungsgemäss von einer wachsenden Zahl von Personen in Anspruch genommen werden wird. Deshalb sollen die Leistungserbringer ebenfalls unabhängig von der Rechtsform den gleichen öffentlich-rechtlichen Haftungsbestimmungen unterstehen; dementsprechend wird die Anwendbarkeit des Staatshaftungsgesetzes auf beauftragte Organisationen des Privatrechts angeordnet. Der bisherige Absatz 2 wird zu Absatz 3. Er wird um die Regelung des Haftungsverfahrens ergänzt.

3.2.4. Sozialhilfegesetz

Artikel 39d; Haftung

Auch die stationäre Betagten- und Behindertenhilfe ist in der heutigen Gesellschaft von hoher Bedeutung. Dementsprechend sollen auch hier allfällige Haftungsfragen nach den Normen des Staatshaftungsrechts beurteilt werden, unabhängig davon, ob das Gemeinwesen die von ihm zu gewährleistenden Angebote selber besorgt, oder damit private Organisationen beauftragt (Art. 39d). Mit dieser nach der Vernehmlassung erfolgten Ausdehnung wird der gesamte Bereich der öffentlichen Grundversorgung im Gesundheits-, Betagten- und Behindertenwesen einer einheitlichen Haftungsordnung unterstellt. Für die Gemeinden ist der Einbezug der Betagtenhilfe insoweit von keiner praktischen Bedeutung, als sie dieselbe ak-

tuell durch selbstständige öffentlich-rechtliche Anstalten gewährleisten. Diese haften schon nach dem geltendem Artikel 2 Staatshaftungsgesetz (und ebenso nach dessen Präzisierung) nach Staatshaftungsrecht.

3.2.5. Inkrafttreten

Die Änderungen in den einzelnen Erlassen sollen per 1. Juli 2014 in Kraft treten.

3.3. Finanzielle Auswirkungen

Sofern bereits heute unter dem Amtsträgerbegriff gemäss Artikel 3 Absatz 1 des Staatshaftungsgesetzes nur natürliche Personen verstanden werden, bedeuten die Änderungen des Staatshaftungsrechts neu einzig, dass die heute durch beauftragte Organisationen des Privatrechts gewährleistete Spitex-Grundversorgung und ambulante Akut- und Übergangspflege sowie die mit einem Leistungsauftrag von Kanton oder Gemeinden ausgestatteten privatrechtlichen Einrichtungen für Menschen mit Behinderung beziehungsweise Alters- und Pflegeheime neu unter die Staatshaftung fallen. Für das Kantonsspital Glarus und die öffentlich-rechtlichen Alters- und Pflegeheime gilt die Staatshaftung bereits heute. Die Staatshaftung würde auch gelten, wenn die Spitex-Grundversorgung oder die Akut- und Übergangspflege durch Organisationen des öffentlichen Rechts wahrgenommen würde.

Inwiefern die Ausdehnung der Staatshaftung auf Organisationen des Privatrechts im Bereich der Spitex-Grundversorgung und der ambulanten Akut- und Übergangspflege finanzielle Auswirkungen haben wird, lässt sich nicht mit Sicherheit abschätzen. Es wird jedoch keine wesentliche Erhöhung des Haftungsrisikos erwartet (vgl. Ziff. 3.1). Zu berücksichtigen ist ausserdem, dass die beauftragte Organisation und nicht die Gemeinde das Haftungssubjekt ist und das entsprechende Risiko mit Versicherungsverträgen abdecken muss.

4. Vernehmlassung

4.1. Ergebnis

In den Stellungnahmen von Gemeinden, Parteien, Leistungserbringern und weiteren interessierten Kreisen wurden vor allem die Vorschläge zur Staatshaftung und zum Notfalldienst thematisiert. Die Gemeinden forderten zudem eine verbindliche Mitfinanzierung des Kantons in der (ambulanten) Langzeitpflege.

In Bezug auf die Unterstellung von durch Dritte erbrachte Spitexleistungen unter die Staatshaftung befürchten namentlich die Gemeinden Glarus und Glarus Süd ein erhöhtes Haftungsrisiko und entsprechende Kostenfolgen. Die Kantonsspital Glarus AG äussert sich dahingehend, dass nach erfolgter rechtlicher Verselbstständigung des Kantonsspitals die Unterstellung unter das zivile Haftungsrecht geprüft werden sollte.

Die Neuregelung des ärztlichen Notfalldienstes mit der Einführung einer gesetzlichen Grundlage für eine Ersatzabgabe stiess mehrheitlich auf Zustimmung. Insbesondere die Glarner Ärztegesellschaft stimmt der Neuformulierung im Grundsatz zu. Hingegen möchten ein einzelner Arzt sowie eine Jungpartei die Notfalldienstpflicht auf Grundversorger beschränken. Diese müssten gegebenenfalls selber eine adäquate Vertretung im Einzelfall organisieren. Im Gegenzug soll bei allen anderen Ärzten eine Ersatzabgabe im Verhältnis zum steuerbaren Einkommen erhoben werden. Die Kantonsspital Glarus AG regt an, den Notfalldienst im Gesetz näher zu definieren und eine stärkere Einbindung des Kantonsspitals in den ärztlichen Notfalldienst im Gesetz zu verankern.

Die Änderungen im Bestattungswesen wurden von den Gemeinden explizit begrüsst. Die Evangelisch-Reformierte Landeskirche regte an, bei der Anlage der Grabfelder – nach Massgabe eines entsprechenden Bedarfs und der räumlichen Verhältnisse – auf die Bedürfnisse

der einzelnen Religionsgemeinschaften Rücksicht zu nehmen. Sie bedauerte auch den Wegfall der Vorschriften über den Glarner Sarg.

Mehrere Vernehmlassungsteilnehmer begrüßten explizit die Einführung einer Mitfinanzierungsmöglichkeit für wohnortnahe oder innovative Angebote und Versorgungsmodelle (Art. 22a).

Einzelne Stellungnahmen befassten sich darüber hinaus mit der organisatorischen Eingliederung des Koordinierten Sanitätsdienstes (Art. 8a Abs. 1), der Kompetenzverschiebung vom Landrat an den Regierungsrat im Bereich der Lebensmittel und Chemikalien (Art. 14), der Badewasserkontrolle (Art. 15) und einem Gesundheitsnachweis für Ärzte über dem 70. Altersjahr. Schliesslich wurden an verschiedenen Stellen Präzisierungen im Gesetzestext beziehungsweise in den Erläuterungen gewünscht.

4.2. Stellungnahme

Die Unterstellung von beauftragten Organisationen des Privatrechts im Bereich der Spitex-Grundversorgung unter die Staatshaftung wird das Haftungsrisiko kaum wesentlich erhöhen (vgl. Ziff. 3.1). Es verhindert aber, dass die Haftung in der Spitex-Grundversorgung in Abhängigkeit von der rechtlichen Organisation der Leistungserbringerin (gemeindeeigene Organisation oder beauftragte Organisation des Privatrechts) unterschiedlich ausfällt. Es sei auch nochmals darauf hingewiesen, dass beispielsweise die Alters- und Pflegeheime, bei denen ein wesentlich höheres Haftungsrisiko vermutet werden kann, bereits heute unter die Staatshaftung fallen. Die Unterstellung von beauftragten Organisationen des Privatrechts im Bereich der Spitex-Grundversorgung unter die Staatshaftung schliesst damit vielmehr eine bestehende Lücke, als dass neue Verpflichtungen auf die Gemeinden übertragen werden. Auch die Leistungen des Kantonsspitals sollen trotz der rechtlichen Verselbstständigung bis auf weiteres unter die Staatshaftung fallen. Einerseits soll rund zwei Jahre nach der Verselbstständigung die von der Landsgemeinde 2009 beschlossene Regelung nicht bereits wieder geändert werden. Andererseits erleichtert die Staatshaftung gerade im Spitalbereich mit seinen oftmals teuren Kostenfolgen die Verfahren für die geschädigten Personen.

Auch an den vorgeschlagenen Änderungen für den Notfalldienst soll im Grundsatz festgehalten werden. Zum besseren Verständnis wird die Regelung aber in drei anstatt zwei Artikel aufgeteilt. Auf eine Einschränkung der Notfalldienstpflcht auf einzelne Fachrichtungen sowie auf eine nähere Definition der im Notfalldienst zu erbringenden Leistungen soll aufgrund der sich zwangsläufig ergebenden Abgrenzungsschwierigkeiten auf Gesetzesstufe verzichtet werden. Hingegen wurden in den Erläuterungen weiterführende Ausführungen vorgenommen. Auch die Anregung, die Ersatzabgabe im Verhältnis zum steuerbaren Einkommen festzusetzen, wird aus Gründen des Geschäftsgeheimnisses und des Datenschutzes nicht aufgenommen.

An den Änderungen im Bestattungswesen soll ebenfalls unverändert festgehalten werden. Wie die Bedürfnisse der einzelnen Religionsgemeinschaften bei der Anlage der Grabfelder zu berücksichtigen sind und welche Säрге verwendet werden sollen, ist gemäss der Zuständigkeitsordnung von Artikel 5 Buchstabe a des Gesundheitsgesetzes durch die Gemeinden zu regeln.

Hingegen soll neu das Departement und nicht der Regierungsrat den KSD bestellen. Diese Lösung entspricht dem kantonalen Bevölkerungsschutzgesetz, wonach der Regierungsrat den kantonalen Führungsstab bestellt, während die jeweiligen Partnerorganisationen hierarchisch tiefer angesiedelt sind.

Artikel 15 Absatz 3 wurde ergänzt, wonach der Regierungsrat die Badewasserkontrollen analog zu den Lebensmittel und Chemikalien gemeinsam mit anderen Kantonen vollziehen oder ganz an ausserkantonale Organe übertragen kann.

Nach der Vernehmlassung neu eingefügt wurde zudem die Bestimmung gemäss Artikel 35 Absatz 3^{bis}, wonach die Inhaber einer Berufsausübungsbewilligung für die Durchsetzung von ausstehenden Honorarforderungen von Gesetzes wegen vom Berufsgeheimnis befreit sind und nicht in jedem Einzelfall eine Befreiung beim zuständigen Departement beantragen müssen.

Nicht aufgenommen wurde schliesslich die Forderung der Gemeinden nach einer verbindlichen Mitfinanzierung der (ambulanten) Langzeitpflege durch den Kanton. Im Hinblick auf die Gemeindestrukturreform und des Grundsatzes der Subsidiarität beschloss die Landsgemeinde 2007, die Spitex nicht wie vom Regierungsrat ursprünglich vorgeschlagen dem Kanton zu übertragen, sondern weiterhin in den Gemeinden zu belassen. Der Kanton hat bis Ende 2013 – neben der Finanzierung des Spitex-Kantonalverbandes – den Gemeinden gestützt auf Artikel 19 Absatz 1 der Verordnung über die ambulante spitalexterne Kranken- und Gesundheitspflege noch jährliche Beiträge für die Spitex von insgesamt rund 630'000 Franken entrichtet. Den Wegfall dieser Zahlungen zu Gunsten der Gemeinden kompensierte der Kanton mit der Senkung des Steuerfusses um 1 Prozent an der Landsgemeinde 2013. Diese bietet den Gemeinden die Möglichkeit, ihre Steuern entsprechend zu erhöhen, ohne dass die Bevölkerung höhere Steuern bezahlen muss. Eine Mitfinanzierung der Langzeitpflege durch den Kanton würde das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz („wer zahlt, befiehlt“) verletzen. Sie wird daher abgelehnt. Gegebenenfalls müssten Zuständigkeit und Finanzierung der Langzeitpflege gemeinsam diskutiert werden, was allerdings den Rahmen dieser Teilrevision sprengen würde.

5. Antrag

Der Regierungsrat beantragt dem Landrat, der Landsgemeinde die beiliegenden Gesetzesänderungen A. Änderung des Gesetzes über das Gesundheitswesen und B. Änderung des Staatshaftungsrechts zu unterbreiten.

Genehmigen Sie, Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren, den Ausdruck unserer vorzüglichen Hochachtung.

Im Namen des Regierungsrates

*Andrea Bettiga, Landammann
Hansjörg Dürst, Ratsschreiber*

Beilagen:

- A. Änderung des Gesetzes über das Gesundheitswesen
 - Gesetzesänderungen
 - Synopse
- B. Änderung des Staatshaftungsrechts
 - Gesetzesänderungen
 - Synopse