



Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt

An den Grossen Rat

10.0229.01/03.7493.05/03.7722.05

GD/P100229
Basel, 30. August 2010

Regierungsratsbeschluss
vom 24. August 2010

Ratschlag

Gesundheitsgesetz (GesG) des Kantons Basel-Stadt

sowie

Anzug Dr. Hermann Amstad und Konsorten betreffend Ausarbeitung eines Gesundheitsgesetzes (P037493)

Anzug Kathrin Zahn und Konsorten betreffend Rechtsanspruch auf Palliative Care (P037722)

Inhaltsverzeichnis

A.	Begehren	4
B.	Einleitung	4
C.	Aufbau.....	4
D.	Vernehmlassung	5
I.	Vernehmlassungsteilnehmerinnen und -teilnehmer	5
II.	Zusammenfassung der Stellungnahmen	7
1.	Generelle Einschätzungen	7
2.	Bestellung gemeinwirtschaftlicher Leistungen	7
3.	Finanzierung von Pflegeheimen	7
4.	Engagement des Kantons in der sozialen Zahnpflege	7
5.	Fördernorm für Palliative Behandlung	8
6.	Wechsel zur Zustimmungslösung bei der Obduktion	8
7.	Altersbegrenzung bei Bewilligungen zur selbstständigen Berufsausübung	8
8.	Auflagen und Bedingungen bei Leistungsaufträgen.....	8
9.	Verbot der Selbstdispensation.....	8
10.	Gesundheitsförderung und Prävention	8
11.	Weitere Anpassungsvorschläge	9
III.	Reaktion des Regierungsrates auf die Vernehmlassung und Anpassungen im Gesundheitsgesetz des Kantons Basel-Stadt.....	10
1.	Bestellung gemeinwirtschaftlicher Leistungen	10
2.	Finanzierung von Pflegeheimen	10
3.	Engagement des Kantons in der sozialen Zahnpflege	10
4.	Fördernorm für Palliative Behandlung	10
5.	Wechsel zur Zustimmungslösung bei der Obduktion	10
6.	Altersbegrenzung bei Bewilligungen zur selbstständigen Berufsausübung.....	11
7.	Auflagen und Bedingungen bei Leistungsaufträgen.....	11
8.	Verbot der Selbstdispensation.....	11
9.	Gesundheitsförderung und Prävention	11
10.	Weitere Anpassungsvorschläge	11
E.	Kommentar zu den Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes des Kantons Basel-Stadt	13
I.	Gegenstand, Geltungsbereich und Zweck.....	13
II.	Organisation.....	14
1.	Regierungsrat.....	14
2.	Departement	14
3.	Gesundheitspolizeiliche Funktionsträgerinnen und Funktionsträger	15
4.	Übertragung von Vollzugsaufgaben.....	16
5.	Ethikkommission	16
III.	Institutionen.....	17
1.	Spitäler	17
2.	Pflegeheime	19
3.	Spitalexterne Gesundheits- und Krankenpflege.....	21
4.	Aufgaben und Kostenverteilung zwischen dem Kanton und den Einwohner- gemeinden	26
IV.	Rechte der Patientinnen und Patienten	27
1.	Grundsatz.....	27

2.	Palliative Behandlung	30
3.	Besonderheiten bei Urteilsunfähigen	31
4.	Behandlungsabbruch und -verzicht	32
5.	Einwilligung bei Einbezug in die Ausbildung und Forschung	34
6.	Obduktion.....	35
V.	Fachpersonen im Gesundheitswesen.....	37
1.	Grundsatz.....	37
2.	Berufsausübung	38
3.	Fachpersonen mit Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung.....	38
4.	Unselbstständig tätige universitäre Medizinalpersonen	39
5.	Notfalldienst	39
6.	Schweigepflicht	40
7.	Meldepflicht.....	43
8.	Dokumentation	43
VI.	Bewilligungspflichten	44
1.	Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung	45
2.	Betriebe.....	50
3.	Einschränkungen.....	55
4.	Nicht bewilligungspflichtige Tätigkeiten	56
5.	Publikation.....	56
VII.	Weitere Vorschriften	56
1.	Generalklausel	56
2.	Bekämpfung übertragbarer Krankheiten.....	57
3.	Inkonvenienzentschädigungen für Geburtshilfe und Wochenbettbetreuung.....	57
4.	Werbung.....	58
5.	Verbot der Selbstdispensation.....	58
6.	Verursacherprinzip	59
7.	Gesundheitsförderung und Prävention	59
8.	Missbrauch und Abhängigkeit.....	60
9.	Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen.....	60
10.	eHealth und Krebsregister	61
11.	Auflagen und Bedingungen	62
VIII.	Disziplinar massnahmen und Strafbestimmungen	63
1.	Disziplinar massnahmen	63
2.	Strafbestimmungen	64
IX.	Vollzugsbestimmungen	66
X.	Statistik und Bericht über die Gesundheit der Bevölkerung	66
1.	Statistik	66
2.	Bericht über die Gesundheit der Bevölkerung	66
XI.	Übergangs- und Schlussbestimmungen	67
1.	Bestehende Erlasse	67
2.	Bestehende Bewilligungen	67
3.	Aufhebung bisherigen Rechts.....	67
F.	Anzug Dr. Hermann Amstad und Konsorten betreffend Ausarbeitung eines Gesundheitsgesetzes (P037493)	68
G.	Anzug Kathrin Zahn und Konsorten betreffend Rechtsanspruch auf Palliative Care (P037722)	69
H.	Antrag	71

A. Begehren

Mit diesem Ratschlag beantragen wir Ihnen, das vorgelegte Gesundheitsgesetz (GesG) des Kantons Basel-Stadt zu genehmigen.

B. Einleitung

Das baselstädtische Gesundheitsrecht ist heute im Wesentlichen auf sieben Gesetze und zahlreiche Verordnungen verteilt. Im Rahmen der vorliegenden Revision soll die Übersichtlichkeit des Gesundheitsrechts durch die Zusammenführung dieser Gesetze in einen einzigen Erlass verbessert und damit die Rechtsanwendung erleichtert werden.

Der Erlass des GesG erfolgt zu einem Zeitpunkt, in welchem im schweizerischen Gesundheitsrecht zahlreiche Rechtsharmonisierungen eingeleitet oder bereits verwirklicht worden sind. Im Rahmen des GesG kann nunmehr den wichtigsten gesamtschweizerischen Entwicklungen Rechnung getragen werden. Zu nennen sind neben der Normierung der Patientinnen- und Patientenrechte, inklusive Regelung der palliativen Behandlung, etwa die Bestimmungen zur Gesundheitsförderung und Prävention oder zur Bekämpfung von Missbrauch und Abhängigkeit. Im Weiteren enthält das GesG vereinheitlichte und mit bundesrechtlichen Vorgaben in Einklang stehende Vorschriften zu den Voraussetzungen, welche die einzelnen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Gesundheitswesen erfüllen müssen, um zur Ausübung der Tätigkeit zugelassen zu werden. Zudem werden die Art und der Umfang der Aufsicht über die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer geregelt.

C. Aufbau

Das GesG ist in 11 Abschnitte gegliedert und umfasst insgesamt 70 Paragraphen:

- I. Gegenstand, Geltungsbereich und Zweck
- II. Organisation
- III. Institutionen
- IV. Rechte der Patientinnen und Patienten
- V. Fachpersonen im Gesundheitswesen
- VI. Bewilligungspflichten
- VII. Weitere Vorschriften
- VIII. Disziplinar massnahmen und Strafbestimmungen
- IX. Vollzugsbestimmungen
- X. Statistik und Bericht über die Gesundheit der Bevölkerung
- XI. Übergangs- und Schlussbestimmungen

D. Vernehmlassung

I. Vernehmlassungsteilnehmerinnen und -teilnehmer

Die Vernehmlassung fand vom 27. März bis zum 18. Juni 2010 statt. Es wurden 95 Adressatinnen und Adressaten eingeladen. Folgende Adressatinnen und Adressaten liessen sich vernehmen:

Gebietskörperschaften

- Bürgergemeinde der Stadt Basel
- Gemeinde Bettingen
- Gemeinde Riehen

Parteien

- Basler FDP. Die Liberalen (FDP)
- BastA! - Basels Starke Alternative (BastA!)
- Christlich-Demokratische Volkspartei Basel-Stadt (CVP)
- Evangelische Volkspartei Basel-Stadt / Demokratisch Soziale Partei Basel-Stadt (EVP/DSP)
- Grünliberale Partei Basel-Stadt (GLP)
- Liberal-demokratische Partei Basel-Stadt (LDP)
- Schweizerische Volkspartei Basel-Stadt (SVP)
- Sozialdemokratische Partei Basel-Stadt (SP)

Gerichte und Behörden

- Appellationsgericht Basel-Stadt
- Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel-Landschaft
- Datenschutzbeauftragter Basel-Stadt
- Dekanat der Medizinischen Fakultät der Universität Basel
- Ethikkommission beider Basel EKBB
- Jugendanwaltschaft Basel-Stadt
- Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut Swiss TPH
- Staatsanwaltschaft Basel-Stadt

Verbände und Interessenorganisationen

- Baselstädtischer Apotheker-Verband (BAV)
- Blaues Kreuz Basel-Stadt
- Dachverband Xund - Politik
- Drogistenverband beider Basel

- ErgotherapeutInnenverband Schweiz EVS - Sektion Basel
- Ethikkommission am Bethesda
- Fachverband Sucht - Verband der Deutschschweizer Suchtfachleute
- Föderation Alternativ Medizin Schweiz FAMS
- Gesundheitsförderung Schweiz
- Gewerbeverband Basel-Stadt
- Graue Panther
- Gsünder Basel
- Homöopathie Verband Schweiz HVS
- Interpharma
- Koordination und Förderung von Selbsthilfegruppen in der Schweiz KOSCH
- Medgate Schweizer Zentrum für Telemedizin
- Medizinische Gesellschaft Basel MedGes
- Naturärztevereinigung der Schweiz NVS
- Patientenstelle Basel
- Pro Juventute beider Basel
- Pro Mente Sana
- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Basel PSAG
- SantéSuisse
- Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK - Sektion beider Basel
- Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft ChiroSuisse
- Schweizerischer Drogistenverband
- Schweizerische Zahntechniker-Vereinigung SZV
- Schweizerischer Podologen-Verband SPV - Sektion Nordwestschweiz
- Schweizerischer Verband dipl. Ernährungsberater/innen HF/FH SVDE
- Spitex Basel
- Stiftung SPO Patientenschutz
- Swiss Dental Hygienists Sektion Nordwestschweiz
- Verband der gemeinnützigen Basler Alters- und Pflegeheime VAP
- Verband der medizinischen Masseur der Schweiz VDMS
- Verband der Psychotherapeutinnen- und Psychotherapeuten beider Basel VPB
- Verband zahntechnischer Laboratorien der Schweiz VZLS

- vpod Region Basel
- Zentrum Selbsthilfe

Spitäler

- Basler Privatspitäler Vereinigung
- Universitäts-Kinderspital beider Basel UKBB
- Universitätsspital Basel (USB)
- Vereinigung Nordwestschweizer Spitäler VNS

Firmen

- Rothen Medizinische Laboratorien AG
- Viollier AG

II. Zusammenfassung der Stellungnahmen

1. Generelle Einschätzungen

Grundsätzlich ist der Entwurf des GesG sehr positiv aufgenommen worden. Besonders begrüsst worden ist das Konzept eines Rahmengesetzes, welches in prägnanter und verständlicher Form das bislang stark zersplitterte baselstädtische Gesundheitsrecht vereinheitlicht und an die bundesrechtlichen Vorgaben und künftigen Entwicklungen anpasst.

Trotz der Schlankheit des GesG ist dessen Vollständigkeit und zu erwartende Praxistauglichkeit hervorgehoben worden. Der konsequente Verzicht auf Wiederholungen von Bundesrecht ist allgemein begrüsst worden.

Die Offenheit und die ausgeprägte Zukunftsausrichtung des GesG sind vielfach als positive Eigenschaften herausgestrichen worden.

Folgende Punkte sind aus den zahlreichen Hinweisen besonders hervorzuheben.

2. Bestellung gemeinwirtschaftlicher Leistungen

Die SP, die Grauen Panther und der vpod sprechen sich bezüglich der Normen zur Bestellung gemeinwirtschaftlicher Leistungen durch den Regierungsrat in den §§ 7 Abs. 2, 8 Abs. 4 und 9 Abs. 5 für eine stärkere Verbindlichkeit dieser Gesetzesbestimmungen aus.

3. Finanzierung von Pflegeheimen

Die SP, die Ethikkommission am Bethesda, die Grauen Panther und der vpod fordern die Streichung der Kann-Vorschrift in § 8 Abs. 3, der die Beiträge an die Erstellungs- und Sanierungskosten sowie an die laufenden Liegenschaftskosten von Pflegeheimen betrifft.

4. Engagement des Kantons in der sozialen Zahnpflege

Die FDP stellt die Institution der öffentlichen Zahnkliniken generell in Frage und fordert, deren Tätigkeiten ganz Privaten zu überlassen.

Die Grauen Panther, die KOSCH und der vpod halten die Kann-Vorschrift in § 11 Abs. 2 für zu zurückhaltend. Das Bestehen öffentlicher Zahnkliniken ist aus ihrer Sicht unabdingbar.

5. Fördernorm für Palliative Behandlung

Die GLP und die Patientenstelle Basel regen in ihren Stellungnahmen einen Ausbau resp. die aktive Förderung der palliative care an.

6. Wechsel zur Zustimmungslösung bei der Obduktion

Die Medizinische Fakultät, das USB und die VNS sprechen sich gegen den Wechsel zur Zustimmungslösung aus. Ihrer Meinung nach hat sich das bestehende System bewährt, die Einzelnen würden sich selten mit Themen, welche sie nach ihrem Tod betreffen, auseinandersetzen und die Obduktionszahlen gerieten mit einer Zustimmungslösung noch zusätzlich unter Druck.

Explizit befürwortet wird der Wechsel vom vpod. Die BastA!, die Ethikkommission am Bethesda und die Grauen Panther sprechen sich implizit für die Zustimmungslösung aus, in dem sie das Wort „widersprochen“ in § 20 Abs. 2 gestrichen haben wollen.

Die EKBB, die Medizinische Fakultät und das USB regen eine separate Regelung der anatomischen Sektion in einem eigenen Paragraphen an. Zudem äussern sich die Medizinische Fakultät und das USB gegen die enge Zustimmungslösung in diesem Bereich.

7. Altersbegrenzung bei Bewilligungen zur selbstständigen Berufsausübung

Die ChiroSuisse und die SPO befürworten eine Altersbegrenzung, die MedGes und der VDMS lehnen diese ab. Die SPO setzt sich für ein generelles Praxisverbot ab dem 70. Altersjahr sowie eine tiefere Altersbegrenzung für Chirurgen ein, die MedGes macht den Kompromissvorschlag, die Bewilligungsdauer ab dem 70. Altersjahr von zwei auf fünf Jahre zu verlängern.

8. Auflagen und Bedingungen bei Leistungsaufträgen

Die SP und der vpod schlagen im Zusammenhang mit § 5 vor, die Delegation von Leistungsaufträgen an Dritte zu verhindern.

9. Verbot der Selbstdispensation

Die GLP, der BAV, die ChiroSuisse, der Gewerbeverband, die Medizinische Fakultät und die SPO befürworten das Verbot der Selbstdispensation in § 54.

Die FAMS, die MedGes und der NVS sprechen sich gegen dieses Verbot aus.

10. Gesundheitsförderung und Prävention

Grundsätzlich sind die Bestimmungen zur Gesundheitsförderung und Prävention sehr positiv aufgenommen worden.

Die BastA!, die EVP, die SP, die Gemeinde Riehen, die KOSCH, der VAP und der vpod fordern in den §§ 56 Abs. 1, 57 Abs. 1 und 58 Abs. 2 verbindlichere Formulierungen.

Sowohl in § 58 Abs. 1 als auch im Zusammenhang mit den öffentlichen Zahnkliniken schlägt die Pro Juventute vor, die Prävention bei Kindern auf das Vorschulalter auszudehnen.

11. Weitere Anpassungsvorschläge

Von den zahlreichen weiteren Hinweisen, die im Rahmen dieser Vernehmlassung eingegangen sind, soll nachfolgend punktuell auf die wichtigsten eingegangen werden. Einige Hinweise haben Aufnahme direkt im Kommentar gefunden und sollen hier deshalb nicht separat aufgeführt werden.

11.1. § 1 Abs. 2

Die Basler Privatspitäler, das USB und die VNS regen eine neue Fassung des § 1 Abs. 2 an, ihre Vorschläge umfassen einen zusätzlichen Absatz 3.

11.2. Ethikkommission

Die SP, die EKBB, das USB, die Grauen Panther, die SPO, die VNS und der vpod regen Änderungen resp. Ergänzungen bezüglich der Regelungen zur Ethikkommission an. So wird z.B. vorgeschlagen, die Mitglieder der Ethikkommission sollen ihre Verbindungen offen legen.

11.3. Testkäufe und Weitergabeverbot

Der Fachverband Sucht regt an, den Erlass des GesG zu nutzen, um dem exzessiven Alkoholkonsum von Jugendlichen entgegenzuwirken und dazu sowohl gesetzliche Grundlagen für Testkäufe als auch für ein Weitergabeverbot von Alkoholika an Jugendliche zu statuieren.

11.4. Publikation von Bewilligungen

Der Datenschutzbeauftragte wirft die Frage auf, ob Bewilligungsentzüge publiziert werden sollen und ob dafür nicht, weil Persönlichkeitsrechte tangiert sein können, eine gesetzliche Grundlage erforderlich sei.

11.5. Datenschutz

Verschiedene Vernehmlassungsteilnehmende haben im weiteren Bereich des Datenschutzes Vorschläge angebracht resp. Fragen aufgeworfen. So wird z.B. gefordert, den Schutz von Patientinnen- und Patientendaten zu gewährleisten.

11.6. Notfalldienstpflicht unselbstständig tätiger Personen

Die LDP schlägt vor, die Verpflichtung zur Leistung von Notfalldiensten auch auf in Betrieben (Gemeinschaftspraxen, HMO-Praxen [Health-Maintenance Organization], Apothekenketten) unselbstständig tätige Ärztinnen und Ärzte resp. Apothekerinnen und Apotheker auszudehnen.

11.7. Auskunftspflicht und Melderecht

Die Jugendanwaltschaft Basel-Stadt wünscht eine Konkretisierung betreffend die Auskunftspflicht resp. das Melderecht im Zusammenhang mit den Ausnahmen von der Schweigepflicht in § 27 Abs. 3.

Die LDP, der BAV, das UKBB, das USB und der Fachverband Sucht regen eine Ausdehnung des in § 27 Abs. 3 enthaltenen Ausnahmekataloges an. Mit Ausnahme des UKBB verlangen

diese die Erwähnung von Betäubungsmitteldelikten. Das UKBB und der Fachverband Sucht fordern zusätzlich die Nennung der Kindsmisshandlung resp. der Kindeswohlgefährdung.

Die Gemeinde Riehen und der vpod äussern Vorbehalte betreffend die Aufhebung der Schweigepflicht gegenüber einer Inkassostelle, wie sie in § 27 Abs. 4 vorgesehen ist.

III. Reaktion des Regierungsrates auf die Vernehmlassung und Anpassungen im Gesundheitsgesetz des Kantons Basel-Stadt

1. Bestellung gemeinwirtschaftlicher Leistungen

Mit der neu gewählten Formulierung, bedarfsgerecht gemeinwirtschaftliche Leistungen zu bestellen, wurde eine verbindlichere Form der Bestimmungen gewählt.

2. Finanzierung von Pflegeheimen

Mit der neuen Pflegefinanzierung ist die Finanzierung der Pflege grundlegend neu gestaltet und zwischen den Kostenträgern Krankenkassenträger, Kanton und Versicherten verteilt worden. Die neue Pflegefinanzierung stellt ein ausgewogenes Konzept dar, welches sich nunmehr in der Praxis bewähren soll. Zu diesem Zeitpunkt eine (weitergehende) Verpflichtung des Kantons zur Finanzierung der Pflegeheime zu statuieren, erscheint daher nicht sinnvoll. Deshalb hält der Regierungsrat vorliegend an der Kann-Vorschrift fest und erhält sich die damit verbundene benötigte Flexibilität.

3. Engagement des Kantons in der sozialen Zahnpflege

Die Stellungnahmen zum Bereich der sozialen Zahnpflege, wonach die soziale Zahnpflege auf Private zu übertragen resp. vom Kanton mit eigenen Kliniken zu erbringen sei, heben sich gegenseitig auf. Allgemein liegt implizit eine weitgehende Zustimmung zum bestehenden Konzept vor. Daher wird am ursprünglichen Wortlaut festgehalten.

4. Fördernorm für Palliative Behandlung

Eine zusätzliche Fördernorm für palliative care erscheint nicht notwendig. Die bereits weitgehende Berechtigung der Patientin oder des Patienten, die mittlerweile erkannte Problematik und die Bestrebungen auf Bundesebene, die palliative care zu fördern, sind ausreichende Instrumente, den Anliegen der Vernehmlassungsteilnehmenden entgegen zu kommen.

5. Wechsel zur Zustimmungslösung bei der Obduktion

Die Stellungnahmen zum Paragraphen betreffend die Obduktion ergaben vier Themenbereiche: Erstens bestehen divergierende Haltungen bezüglich der neu aufgenommenen Zustimmungslösung, zweitens wurde eine neue Formulierung des zweiten Absatzes gewünscht, drittens wurde die Regelung der anatomischen Sektion in einem eigenen Paragraphen angeregt und viertens wurde die enge Zustimmungslösung in Bezug auf die anatomische Sektion als nicht sachgerecht kritisiert.

Aufgrund der ausgewogenen Positionen bezüglich der Zustimmungslösung und auch weil die Tendenz in den übrigen Kantonen deutlich in die Richtung der Zustimmungslösung weist, hält der Regierungsrat an seinem Vorschlag fest.

Die Formulierung des Absatzes 2 von § 20 ist geändert worden. Mit dem Wortlaut „Hat sich die verstorbene Person betreffend eine Obduktion nicht geäußert“ wird klargestellt, dass in Absatz 2 nicht von einer Widerspruchslösung ausgegangen wird. Der Widerspruch ist bloss eine von mehreren möglichen Äusserungen.

Die Regelung der anatomischen Sektion in einem eigenen Paragraphen erscheint nicht erforderlich. Die vorgeschlagene Regelung ist genügend klar und ein zusätzlicher Paragraph, wie ihn einzelne Vernehmlassungsteilnehmende fordern, würde der Thematik im Vergleich zu anderen Themen zu grosses Gewicht verleihen.

An der engen Zustimmungslösung in § 20 Abs. 5 wird festgehalten, diese schützt die einzelne Person am besten und wird auch von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) in den entsprechenden Richtlinien favorisiert.

6. Altersbegrenzung bei Bewilligungen zur selbstständigen Berufsausübung

Bezüglich der Altersbegrenzung stehen sich singularär diametral entgegengesetzte Voten gegenüber. Das grundsätzlich breite Einverständnis mit der vorgeschlagenen Regelung, welche zudem in der Praxis leicht umsetzbar sein dürfte, lässt diese vorzugswürdig erscheinen.

7. Auflagen und Bedingungen bei Leistungsaufträgen

Das GesG enthält neu eine Bestimmung, welche eine gesetzliche Grundlage darstellt, um Leistungsaufträge mit Auflagen und Bedingungen (z.B. Möglichkeit zur Einschränkung von Delegationen an Dritte) zu verbinden. Mit dieser Regelung wird neben dem in der Vernehmlassung geäußerten Bedürfnis auch einem weiteren Bedarf nach Steuerungsmöglichkeiten Rechnung getragen.

8. Verbot der Selbstdispensation

Am Verbot der Selbstdispensation wird festgehalten, weil sich die geäußerten Haltungen diesbezüglich gegenseitig aufheben und die vorgeschlagene Regelung auf breite Akzeptanz gestossen ist.

9. Gesundheitsförderung und Prävention

Der Regierungsrat hält an der vorgeschlagenen Regelung fest. Die Ausgestaltung als Kann-Vorschriften ist einerseits die übliche Formulierungsweise, andererseits verfolgt der Regierungsrat die Ziele der Gesundheitsförderung und Prävention bereits.

Der singularären Forderung nach einer Prävention im Vorschulalter sollte nicht gefolgt werden. Staatliche Prävention soll nicht mit einer Einmischung in die bei Kindern im Vorschulalter ausschliessliche Erziehungskompetenz der Eltern einhergehen.

10. Weitere Anpassungsvorschläge

10.1. § 1 Abs. 2

§ 1 Abs. 2 wird neu gefasst. Derselbe Regelungsgehalt wird auf zwei Absätze (2 und 3) aufgeteilt. Diese Neuformulierung greift die Vorschläge aus der Vernehmlassung auf.

10.2. Ethikkommission

Die vorgeschlagenen Änderungen bezüglich der Regelung der Ethikkommission (beider Basel [EKBB]) konnte nicht berücksichtigt werden, da die EKBB und insbesondere ihre Organisationsgrundlagen auf einem Staatsvertrag mit dem Kanton Baselland beruhen (Vereinbarung Ethikkommission beider Basel vom 18./25. Januar 2000 [SG 300.400]).

10.3. Testkäufe und Weitergabeverbot

Von einer Aufnahme von Testkaufnormen und einem Weitergabeverbot wird abgesehen. Solche Normen gehören in das Gesetz betreffend Massnahmen gegen den Alkohol- und Medikamentenmissbrauch sowie gegen den Drogenkonsum und betreffend Einführung des revidierten Bundesgesetzes über die Betäubungsmittel vom 20. März 1975 (Alkohol- und Drogengesetz [SG 322.100]). Ausserdem ist der Zeitpunkt für eine Normierung dieser Problematik angesichts der national lancierten Diskussion ungünstig.

10.4. Publikation von Bewilligungen

In § 49 schlägt der Regierungsrat eine gesetzliche Grundlage für die Veröffentlichung von rechtskräftigen Entscheiden über erteilte Bewilligungen, deren Entzug, deren Beschränkungen oder anderweitiges Erlöschen sowie Berufsausübungsverbote vor. Damit nimmt er die Anregung aus der Vernehmlassung auf und stellt eine breit anwendbare Norm zur Verfügung.

10.5. Datenschutz

Die Vorschläge und Fragen im Zusammenhang mit dem Datenschutz sind nicht aufgenommen worden, weil die Schaffung von spezialgesetzlichem Datenschutzrecht neben dem Datenschutzrecht des Bundes und des Kantons nicht sinnvoll ist. Das einschlägige Datenschutzrecht kommt zur Anwendung, soweit nicht im GesG enthaltene spezielle Normen vorgehen. So wird z.B. der Schutz von Patientinnen- und Patientendaten durch das jeweils anwendbare Datenschutzrecht gewährleistet.

10.6. Notfalldienstpflicht unselbstständig tätiger Personen

Die Notfalldienstverpflichtung des Vernehmlassungsentwurfes verpflichtete bloss Inhaberinnen und Inhaber einer Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung. Es besteht eine Tendenz, sich in Gemeinschaftspraxen zu organisieren, weshalb der Regierungsrat eine Ausdehnung der Notfalldienstverpflichtung auf in Betrieben unselbstständig Tätige vorsieht.

10.7. Auskunftspflicht und Melderecht

Die im Vernehmlassungsverfahren monierte Unklarheit betreffend eine Auskunftspflicht resp. ein Melderecht wird zum Anlass genommen, § 27 Abs. 3 neu zu fassen und sowohl eine Auskunftspflicht als auch ein Melderecht ausdrücklich zu statuieren.

Die Forderung nach einer expliziten Nennung von Kindsmisshandlung und Kindeswohlgefährdung erscheint nicht adäquat, resp. ist durch die übrigen genannten Straftatbestände abgedeckt. Ausserdem kann der Regierungsrat bei Bedarf weitere Tatbestände benennen.

E. Kommentar zu den Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes des Kantons Basel-Stadt

I. Gegenstand, Geltungsbereich und Zweck

§ 1

Abs. 1

Der Gegenstand des GesG besteht in der Regelung des Gesundheitswesens des Kantons Basel-Stadt. Im Weiteren enthält Absatz 1 einen expliziten Vorbehalt zu Gunsten höherrangigen Rechts. Damit wird namentlich der Vorrang des Bundesrechts gegenüber dem kantonalen Recht anerkannt. Die kantonalen Vorschriften finden keine Anwendung auf Sachverhalte, welche bereits abschliessend durch Bundesrecht geregelt sind.

Abs. 2

Vorliegend wird der Zweck des GesG konkretisiert. Das GesG verfolgt die Ziele der Erhaltung, der Förderung, des Schutzes und der Wiederherstellung der Gesundheit der Bevölkerung und des Einzelnen. Diese Zielsetzungen sollen durch Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, der Gesundheitsversorgung und des Gesundheitsschutzes erreicht werden. Die verschiedenen Elemente bilden denn auch die Basis zahlreicher Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes.

Die erwähnte Gesundheitsförderung bezweckt z.B. die Verbesserung des Gesundheitszustandes des Einzelnen und der Bevölkerung. Sie trägt zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz sowie zur Förderung von gesunden Lebensgewohnheiten und Lebensbedingungen bei. Die Prävention dient der Verhütung von Krankheiten und Unfällen und der Verminderung von deren Häufigkeit, Schwere und Folgen.

Gemäss dem Gesundheitsbegriff der World Health Organization (WHO) ist unter Gesundheit nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen, sondern vielmehr der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens zu verstehen. Der Gesundheitsbegriff der WHO ist sehr weitgreifend und daher höchst umstritten. Nur die wenigsten Individuen werden sich in einem Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens befinden. Zudem weckt die Aufnahme einer Definition den Anschein, dass ein Anspruch auf diese (kaum finanzierbare) Art von Gesundheit besteht. Aus diesen Gründen wurde auf eine Bezugnahme auf diesen Gesundheitsbegriff im Gesetzestext verzichtet. Darüber hinaus soll generell im Sinne der Schaffung von Interpretationsspielräumen weitestgehend auf Definitionen verzichtet werden.

Abs. 3

In Absatz 3 wird auf die Eigenverantwortung des Einzelnen, die Zusammenarbeit mit Privaten und die aus dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG [SR 832.10]) bekannten Begriffe der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit verwiesen.

II. Organisation

1. Regierungsrat

§ 2

Abs. 1

Als leitende und oberste vollziehende Behörde gemäss §§ 101 ff. der Verfassung des Kantons Basel-Stadt (KV) vom 23. März 2005 (SG 111.100) hat der Regierungsrat die Aufsicht über das Gesundheitswesen. In dieser Funktion übt der Regierungsrat alle Aufgaben aus, die ihm aufgrund des GesG und des Bundesrechts zufallen. Entsprechende Kompetenzen können auch im übrigen kantonalen Recht oder im internationalen Recht verankert sein.

Abs. 2

Der Vollzug beinhaltet rechtsanwendende Tätigkeiten, insbesondere die Verwirklichung generell-abstrakter Gebote oder Verbote mittels individuell-konkreter Anordnungen. Hierzu gehören z.B. die Erteilung oder der Entzug von Bewilligungen oder die Erhebung von Abgaben.

Zum Vollzug gehören im Weiteren staatliche Tätigkeiten, die nicht als Rechtsanwendung im engen Sinn qualifiziert werden können. Dazu zählen z.B. die Verwaltungstätigkeit zur Rechtsverwirklichung unter Einschluss der Vollzugsrechtsetzung, die Schaffung der für die Erfüllung der zugewiesenen Staatsaufgaben geeigneten und erforderlichen Einrichtungen, die Beschaffung und Verarbeitung von Daten, die Vornahme von Tathandlungen oder das Ausüben von Ermessen.

Ebenfalls Teil des Vollzugs ist schliesslich die Vollstreckung oder Durchsetzung von individuell-konkreten Anordnungen (Verfügungen) allenfalls unter Einsatz von Rechtszwang gegenüber Verpflichteten, die nicht freiwillig erfüllen oder sich der Rechtsbeachtung entziehen. Dazu können z.B. gesundheitspolizeilich motivierte Auflagen gehören.

2. Departement

§ 3

Diese Norm präzisiert, dass der staatlichen Aufsicht sämtliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne des Gesetzes unterstehen.

Grundsätzlich wird von Regelungen abgesehen, welche sich bereits aus anderen Gesetzen ergeben. Gemäss § 108 KV und § 4 des Gesetzes betreffend die Organisation des Regierungsrates und der Verwaltung des Kantons Basel-Stadt (Organisationsgesetz, OG) vom 22. April 1976 (SG 153.100) sorgt im Rahmen der Verfassung und der Gesetze der Regierungsrat für eine zweckmässige Organisation der Verwaltung. Fällt ein Geschäft in den Bereich mehrerer Departemente, sorgen gemäss § 35 OG die Beteiligten von sich aus für rechtzeitige gegenseitige Information und geeignete Koordinationsmassnahmen. Das zur Hauptsache beteiligte Departement übernimmt die Federführung des Geschäfts. Es erübrigt sich demnach hier festzuhalten, dass der Regierungsrat die für das Gesundheitswesen zuständigen Departemente bestimmt. Ebenfalls unnötig ist die Erwähnung der Zusammenarbeit mit Stellen anderer Kantone, des Bundes und weiterer Institutionen (wie z.B. Krebs- resp. Rheuma-

liga etc.). Eine sachgerecht geführte und rationelle Verwaltung arbeitet mit anderen Stellen zusammen. Die kantons- und länderübergreifende Zusammenarbeit ist bereits als Ziel in § 3 KV formuliert.

Von der Zuweisung der Vollzugskompetenz an ein Departement wurde abgesehen, weil das Gesundheitsdepartement nicht allein zuständig ist (z.B. ist im Schul- und Sportbereich das Erziehungsdepartement zuständig).

Nicht aufgenommen wurde an dieser Stelle die Erwähnung der vom Staat mit privaten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern abzuschliessenden Leistungsvereinbarungen. Die Notwendigkeit von Leistungsvereinbarungen ergibt sich bereits aus dem Bundesrecht und der Möglichkeit, weitere Leistungen (gemeinwirtschaftliche Leistungen) zu bestellen (vgl. dazu auch den Kommentar zu den §§ 7 ff.).

3. Gesundheitspolizeiliche Funktionsträgerinnen und Funktionsträger

§ 4

Die gesundheitspolizeilichen Funktionsträgerinnen und Funktionsträger sind die Kantonsärztin bzw. der Kantonsarzt, die Kantonszahnärztin bzw. der Kantonszahnarzt, die Kantonsapothekerin bzw. der Kantonsapotheker, die Kantonstierärztin bzw. der Kantonstierarzt sowie die Kantonschemikerin bzw. der Kantonschemiker. Nicht erwähnt wird die Funktion einer Kantonschiropraktorin bzw. eines Kantonschiropraktors, denn die Funktion der Kantonsärztin bzw. des Kantonsarztes erfasst mit Ausnahme der zahn- und tierärztlichen Funktionen grundsätzlich alle universitären Medizinaldisziplinen. Die Schaffung weiterer Ämter ist daher vorderhand nicht erforderlich.

Abs. 1

Die Aufzählung der gesundheitspolizeilichen Funktionsträgerinnen und -funktionsträger ist unter Vorbehalt von Absatz 2 abschliessend.

Auf eine Umschreibung der Aufgaben und Entscheidkompetenzen der gesundheitspolizeilichen Funktionsträgerinnen und Funktionsträger wird verzichtet. Die allgemeine Aufgabenzuweisung erfolgt gemäss § 65 durch Verordnungen des Regierungsrates. Diese sollen Sachgebietsumschreibungen in Anlehnung an das geltende Recht enthalten und als zielbezogene Aufträge an die entsprechenden Funktionsträgerinnen und Funktionsträger formuliert werden (z.B. Übertragung der Aufsicht und des Bewilligungswesens betreffend Medizinalpersonen und andere Berufe im Gesundheitswesen auf die Kantonsärztin bzw. den Kantonsarzt).

Abs. 2

Der Regierungsrat kann weiteren Verwaltungseinheiten im Sinne des OG gesundheitspolizeiliche Aufgaben übertragen. Hierzu gehört namentlich das Recht zum Erlass von Weisungen, zur Gewährleistung der Patientinnen- und Patientensicherheit oder zur Schliessung von Institutionen und Praxen aus gesundheitspolizeilichen Gründen. Zu nennen ist etwa die Abteilung Langzeitpflege, welcher als Aufsichtsstelle über die privaten Anbieterinnen und Anbieter von Pflege- und Hilfsangeboten die Kompetenz zum unmittelbaren Ergreifen gesundheitspolizeilicher Massnahmen (z.B. beim Ausbruch einer ansteckenden Krankheit in einem Pflegeheim) eingeräumt werden sollte.

Die Zuweisung der Entscheidkompetenzen gemäss Absatz 2 erfolgt ebenfalls auf dem Verordnungsweg. Subsidiär gilt § 32 Abs. 3 OG, wonach der Funktionsträgerin bzw. dem Funktionsträger alle Kompetenzen zustehen, welche sie oder er für die zweckmässige Aufgabenerfüllung benötigt und die nicht ausdrücklich einer übergeordneten Behörde vorbehalten sind.

4. Übertragung von Vollzugsaufgaben

§ 5

Diese Norm soll die nötige Flexibilität und Zukunftsfähigkeit des GesG ermöglichen. Das Gesundheitsrecht erweist sich als hochdynamische Materie, welche eine offene Formulierung im Vollzugsbereich erfordert. Zu denken ist z.B. an aktuell sich neu entwickelnde Technologien, wie z.B. eHealth, bei denen noch nicht abschliessend absehbar ist, wohin die Entwicklung führt. Vollzugsaufgaben können deshalb ausserhalb der Verwaltung stehenden Personen und Organisationen des öffentlichen oder des privaten Rechts übertragen werden, solange diese selbst im Gesundheitswesen tätig sind.

Für Verfügungen dieser Stellen wird der Rechtsweg ans zuständige Departement eröffnet und das OG für anwendbar erklärt, soweit kein anderer Beschwerde- resp. Rechtsweg, wie z.B. über das Zivilgericht resp. das Sozialversicherungsgericht, offen steht.

5. Ethikkommission

§ 6

Abs. 1

Vorliegend werden die Grundlagen der kantonalen Ethikkommission geregelt. Die Ethikkommission unterzieht Forschungsvorhaben mit Menschen, menschlichen Organen, Geweben und Zellen sowie damit zusammenhängende Daten der ethischen Beurteilung und überprüft ihre wissenschaftliche Qualität. Zu den relevanten Forschungsvorhaben gehören insbesondere Forschungsvorhaben aus der Medizin, der Psychologie und den Pflegewissenschaften. Die Ethikkommission stellt eine unabhängige Instanz dar. Dieses Erfordernis ergibt sich sowohl aus dem Zweck der Überprüfung von Forschungsprojekten als auch aus dem Regelungsgehalt von Absatz 4 (vgl. unten).

Der zweite Satz von Absatz 1 bringt zum Ausdruck, dass der Kanton im Bereich der Ethikkommissionen kantonsübergreifende Trägerschaften anstrebt. Bereits heute existiert die Ethikkommission beider Basel (EKBB), welche mit der Vereinbarung über die Einsetzung einer gemeinsamen Ethikkommission der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft (Vereinbarung EKBB) geschaffen wurde. Aus der Vereinbarung (§ 5 Abs. 2 Bst. a-d) ergibt sich die Zusammensetzung der EKBB. Wesentliches Kriterium ist die Unabhängigkeit der Ethikkommission, was u.a. voraussetzt, dass Fachpersonen aus verschiedenen Bereichen Einsitz in die Kommission nehmen. Dabei ist sicherzustellen, dass eine angemessene Vertretung durch Personen besteht, die nicht im Gesundheitswesen tätig sind.

Abs. 2

Absatz 2 umschreibt, auf welche Forschungsvorhaben (Forschungsvorhaben mit Menschen, menschlichen Organen, Geweben und Zellen sowie Daten) sich die Überprüfung bezieht. Auf die Nennung von Einzelaspekten, wie z.B. den Versuchstourismus, wird verzichtet. Durch die besondere Erwähnung eines spezifischen Schutzgedankens würde zu einseitig ein Schutzaspekt unter vielen hervorgehoben. Solche Themen könnten aber Eingang in das Reglement der EKBB finden.

Abs. 3

Im Bereich der Ethikkommission sind nicht nur durchsetzbare Normen (sog. „hard law“), sondern auch nationale und internationale Richtlinien und anerkannte Grundsätze von Wissenschaft und Ethik von Bedeutung (sog. „soft law“).

Abs. 4

Die Ethikkommission wird explizit als unabhängige Instanz gemäss Art. 13 Abs. 4 des Bundesgesetzes vom 8. Oktober 2004 über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz [SR 810.21]) bezeichnet.

III. Institutionen

Mit der prominenteren Platzierung der Umschreibung der Institutionen, welche in der kantonalen Gesundheitsversorgung eine zentrale Rolle spielen, konnte sowohl dem Bedürfnis nach einer verbesserten Übersichtlichkeit des Gesetzes als auch dem Gewicht dieser Institutionen innerhalb des Gesundheitswesens Nachachtung verschafft werden.

Der Abschnitt „Institutionen“ folgt im GesG auf die Regelung betreffend die Ethikkommission, womit die institutionellen Protagonisten des Gesundheitswesens benannt sind. Die selbstständig tätigen Ärztinnen und Ärzte und weitere Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer innerhalb des Gesundheitswesens werden im Bereich der Bewilligungspflichten erwähnt (die Institutionen, die einer Bewilligungspflicht unterstehen, erscheinen dort als Unterkategorie der Betriebe, vgl. §§ 36 ff.).

1. Spitäler

§ 7

Die Spitalplanung und -finanzierung befinden sich in einer Phase tiefgreifender Umwälzung. Im stationären Bereich muss auf den 1. Januar 2012 die neue bundesrechtliche Spitalfinanzierung umgesetzt werden. Das GesG ist daher gekennzeichnet vom Bestreben, sowohl den jeweils geltenden Normen in diesem Gebiet gerecht zu werden als auch Grundlage für eine noch nicht in letzter Konsequenz absehbare Veränderung darzustellen.

Abs. 1

Mit § 7 Abs. 1 wird die Aufgabe des Kantons umschrieben, die er zusammen mit den privaten und öffentlichen Spitälern für seine Bevölkerung erbringt. Bis anhin wurde dieser Regelungsgehalt im Spitalgesetz vom 26. März 1981 (SG 330.100) normiert. Im Zentrum stehen

sowohl stationär als auch ambulant erbrachte Pflichtleistungen nach Massgabe der Sozialversicherungsgesetzgebung des Bundes. Diese Verweisung auf die Sozialversicherungsgesetzgebung berücksichtigt den Stellenwert des Bundesrechts in diesem Bereich und ermöglicht eine dauerhafte Gesetzgebung.

Behandlungen in Spitälern können im ambulanten oder stationären Rahmen erfolgen. Neben den öffentlichen Spitälern gibt es öffentlich subventionierte Privatspitäler und nicht subventionierte Privatspitäler. Im spitalambulanten Bereich sowie generell in Privatspitälern ohne öffentliche Subventionierung gilt die so genannte monistische Finanzierung, wonach die Leistungen des Spitals grundsätzlich aus einer Hand über die Krankenversicherung abgegolten werden. Bei der stationären Behandlung auf der allgemeinen Abteilung der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler existieren zwei Kostenträger. Zum einen der Kanton und zum anderen die Krankenversicherer. Die Krankenversicherer übernehmen gegenwärtig maximal 50 % der anrechenbaren Betriebskosten. Die restlichen Betriebskosten sowie die Investitionskosten werden durch die Kantone bestritten. Aufgrund eines Urteils des Eidgenössischen Versicherungsgerichts aus dem Jahr 2001 müssen die Kantone zudem Beiträge an stationäre KVG-Leistungen für Privat- und Halbprivatpatientinnen und -patienten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern erbringen. Für die Versicherer sollen dadurch die entsprechenden Kosten zurückgehen, was sich wiederum preisdämpfend auf die Privat- und Halbprivatprämien auswirken soll.

Die Regelung der neuen Spitalfinanzierung betrifft den Bereich der stationären Spitalbehandlungen und ist am 1. Januar 2009 in Kraft getreten. Die Einführung der neuen Finanzierungsregelungen muss spätestens am 31. Dezember 2011 abgeschlossen sein. Mit der neuen Spitalfinanzierung wird das so genannte Vollkostenprinzip unter Einbezug sämtlicher anrechenbaren Kosten inklusive Investitions- oder Anlagenutzungskosten (bzw. die Anteile für Amortisation und Verzinsung von Investitionen) eingeführt. Zur Umsetzung der Neuregelung werden Pauschalen festgelegt, die leistungsbezogen sind, und auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen. Für den akut-somatischen Bereich (inkl. Akutgeriatrie) sind dies SwissDRG ("Swiss Diagnosis Related Groups", Tarifsysteem diagnosebezogener Gruppen) mit einem schweizweit einheitlichen Vergütungssystem für alle akut-somatisch tätigen Leistungserbringer. Für die Rehabilitation, Psychiatrie und Teilbereiche der Geriatrie (geriatrische Rehabilitation) werden separate Pauschalen gelten, die ebenfalls dem Vollkostenprinzip unterliegen sollen. Zu einem späteren Zeitpunkt soll auch für diese Bereiche eine gesamtschweizerische Lösung mit einem einheitlichen Vergütungssystem angestrebt werden. Die Aufteilung zwischen den Anteilen der Krankenversicherer (obligatorische Krankenpflegeversicherung) und der Kantone an der Leistungsfinanzierung (sog. dual-fixe Finanzierung) wird künftig im Voraus festgelegt. Die Kantone müssen ihren Finanzierungsanteil jeweils bis spätestens 31. März eines Kalenderjahres für das Folgejahr bestimmen. Er beträgt mindestens 55 %.

Statt der bisher geltenden Objektfinanzierung (bei den öffentlichen Spitälern nach dem Kostendeckungsprinzip über den ordentlichen Nettoaufwand des Kantons [ONA]) gilt künftig für alle Spitäler, welche auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt und damit zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassen sind (Listenspitäler), die Leistungsfinanzierung basierend auf einer einheitlichen Tarifstruktur. Hinsichtlich der Finanzierung entfällt somit die Unterscheidung zwischen öffentlichen und privaten Spitälern. Es gibt nur noch Listenspitäler, deren gemäss KVG anrechenbare und erbrachte Leistungen

dual vom Kanton (minimal 55 %) und von den Versicherern (maximal 45 %) entgolten werden. Durch die Gleichstellung sämtlicher Listenspitäler treten diese in einen Wettbewerb. Die Einführung einer gesamtschweizerisch freien Spitalwahl führt zudem zu einer Öffnung der Kantonsgrenzen. Grundversicherte dürfen künftig landesweit frei unter allen Listenspitälern wählen. Mehrkosten müssen die Versicherten lediglich dann übernehmen, wenn ein ausserkantonales Spital höhere Tarife kennt als die Spitäler im Wohnkanton.

Abs. 2

Nach Massgabe der neuen Spitalfinanzierung müssen gemeinwirtschaftliche Leistungen von den Kantonen separat finanziert werden (Art. 49 Abs. 3 KVG). Zu den gemeinwirtschaftlichen Leistungen gehören neben der Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen (welche in Basel-Stadt aufgrund der hohen Spitalversorgungsdichte kaum Bedeutung hat) sowie der Forschung und universitären Lehre alle kantonsspezifischen Regelungen, die nicht in die anrechenbaren Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) eingerechnet werden können. Dazu zählen z.B. Leistungen des Krebsregisters, Kinderschutz, Gewalt-Opferhilfe, Care Teams, Sozialdienste oder Seelsorge. Weitere gemeinwirtschaftliche Leistungen werden zurzeit in allen Kantonen entweder kantonsspezifisch oder, was z.B. die ärztliche Weiterbildung betrifft, gesamtschweizerisch evaluiert. Damit die Erbringung der für den Kanton erforderlichen gemeinwirtschaftlichen Leistungen sichergestellt werden kann, müssen den Spitälern entsprechende Leistungsaufträge erteilt werden können.

Der Bereich der universitären Lehre und Forschung ist im Kanton Basel-Stadt bereits durch den Staatsvertrag zur Universität Basel (Vertrag zwischen den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt über die gemeinsame Trägerschaft der Universität Basel vom 27. Juni 2006 [SG 442.400]) sowie durch das Statut der Universität Basel vom 12. Dezember 2007 (SG 440.110) geregelt. Die Kosten für die universitäre Lehre und Forschung werden über das Globalbudget der Universität getragen.

2. Pflegeheime

§ 8

Auf den 1. Januar 2011 wird die Neuordnung der Pflegefinanzierung in Kraft treten. Diese verändert die Finanzierungsverhältnisse auch im Kanton Basel-Stadt und hat Änderungen im Bereich der Krankenversicherung, der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) und der Ergänzungsleistungen (EL) zur Folge. Die neue Pflegefinanzierung regelt die Aufteilung der Pflegekosten und deren Übernahme durch die Krankenversicherer, durch die Versicherten und die Kantone, wobei sie für die Krankenversicherer kostenneutral durchgeführt werden soll. Mehrkosten kommen damit insbesondere auf den Kanton zu. In den Erläuterungen zu den einzelnen Absätzen von § 8 werden die Systematik und die Auswirkungen der Neuordnung aufgenommen, soweit sie für das Verständnis des GesG erforderlich sind.

Aufgrund der demographischen Entwicklung ist im Kanton Basel-Stadt auch mittel- und langfristig eine grosse Nachfrage nach stationärer Pflege zu erwarten. Da die öffentliche Hand wesentlich an die Finanzierung der entsprechenden Kosten beiträgt, werden die Pflegeplätze ausschliesslich den pflegebedürftigen Personen vorbehalten.

Abs. 1

Dieser Absatz erteilt dem Kanton den Auftrag, gemeinsam mit privaten Institutionen für ein bedarfsgerechtes Angebot an Pflegeplätzen zu sorgen. Diese Bestimmung bedeutet Verpflichtung und Möglichkeit zugleich, auf die demographische Entwicklung zu reagieren. Sie stellt mit der Möglichkeit, private Organisationen einzubinden, ein flexibles Instrument zur Verfügung, welches erlaubt, den Herausforderungen des zunehmenden Bedarfs an Pflegeplätzen im Kanton gerecht zu werden.

Abs. 2

Die Finanzierungsgrundnorm in Bezug auf die Pflege steht im Zusammenhang mit dem Sozialversicherungsrecht des Bundes. Mit Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung ergeben sich für die Finanzierung, vorbehältlich der weiteren Finanzierungsoptionen in den Absätzen 3 und 4, folgende Grundzüge.

Art. 25a KVG verpflichtet die Krankenkassen, an ärztlich angeordnete Pflegeleistungen einen Beitrag zu leisten. Die Höhe dieser Beiträge wird durch bundesrätliche Verordnungen gesamtschweizerisch einheitlich festgelegt. Den pflegebedürftigen Personen dürfen von den nicht von den Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten maximal 20 % des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältigt werden. Dadurch sind alle Beitragsverpflichtungen, mit Ausnahme jener des Kantons, nach oben begrenzt worden. Mit Art. 25a Abs. 5 KVG wird dem Kanton die Restfinanzierung auferlegt. Die Kostenentwicklung im Bereich der Pflege geht also zulasten des Kantons. Zudem werden gemäss Art. 11 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG [SR 831.30]) verschiedene Vermögensfreigrenzen um 50 % erhöht und damit die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen resp. deren Angehörige beim Vermögensverzehr entlastet. Mit der neu eingeführten Pflegefinanzierung kommen auf den Kanton folglich erhebliche Mehrkosten zu. Dies betrifft auch die sog. „Akut- und Übergangspflege“ (diese muss von einem Spitalarzt verordnet werden), welche den Zeitraum von 14 Tagen nach einer Spitalpflege betrifft, innerhalb dessen die Abrechnungsmodalitäten der Spitalfinanzierung weiter gelten sollen (mind. 55 % Kanton / max. 45 % Krankenversicherer). Wo diese Pflege geleistet werden wird, ist im heutigen Zeitpunkt noch offen.

Von der Pflege unabhängige Kosten (sog. Hotellerie- und Betreuungskosten, aber auch Liegenschaftskosten) werden den Bewohnerinnen und Bewohnern mit einer Grundtaxe in Rechnung gestellt.

Abs. 3

Diese Norm gibt dem Kanton die Möglichkeit, an die Erstellungs- und Sanierungskosten sowie an die laufenden Liegenschaftskosten von Pflegeheimen Beiträge zu entrichten. Die Ausformulierung als Kann-Vorschrift stellt die nötige Flexibilität sicher. Ein Anspruch auf die Beiträge besteht nicht. Mit diesen Zahlungen kann der Kanton die Pflegebedürftigen entlasten, denn diesen werden die Liegenschaftskosten mit der Grundtaxe in Rechnung gestellt.

Abs. 4

Im Unterschied zur Spitalfinanzierung werden die gemeinwirtschaftlichen Leistungen mit Bezug auf die Pflegefinanzierung nicht im KVG erwähnt. Gleichwohl muss auch hier die Mög-

lichkeit bestehen, entsprechende Leistungen in Auftrag zu geben. Absatz 4 sieht daher wie die wortgleiche Norm in § 7 vor, dass der Regierungsrat bedarfsgerecht gemeinwirtschaftliche Leistungen bestellt. Im Übrigen kann auf die dortigen Ausführungen verwiesen werden.

Abs. 5

In Absatz 5 wird die Aufnahmepflicht von auf der Pflegeheimliste aufgeführten Pflegeheimen für pflegebedürftige Personen mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt geregelt. Der Begriff der „Pflegebedürftigkeit“ stellt sicher, dass nicht zu weit gehende Aufnahmeverpflichtungen entstehen und daraus zu hohe Folgekosten resp. Kapazitätsengpässe resultieren. Zudem entspricht es bereits gängiger Praxis, dass bloss pflegebedürftige Personen ins Pflegeheim einziehen können. Beim Begriff des Pflegeheimes handelt es sich um die im KVG (vgl. Art. 35 Abs. 2 Bst. k KVG) verwendete Definition. Pflegeheime erbringen Leistungen gemäss KVG.

3. Spitalexterne Gesundheits- und Krankenpflege

Grundsatz

§ 9

Die spitalexterne Gesundheits- und Krankenpflege wird in § 26 KV als Förderaufgabe des Kantons erwähnt. Gefördert werden sollen die Hilfe und Pflege zu Hause und die Unterstützung von Familien und Angehörigen bei dieser Aufgabe. Mit der Förderung spitalexterner Angebote soll die Notwendigkeit von kostenintensiven Aufenthalten in Pflegeheimen soweit sinnvoll und möglich vermieden werden.

Mit dem Erlass des GesG soll das Gesetz betreffend die spitalexterne Kranken- und Gesundheitspflege (Spitexgesetz) vom 5. Juni 1991 (SG 329.100) aufgehoben werden (vgl. § 70). Das GesG bezweckt die Überführung der geltenden Regelungen, ohne dass an der bestehenden Ordnung Wesentliches verändert werden soll.

An der Verpflichtung des Kantons zur Erbringung von Beiträgen an Spitex-Leistungen wird klar festgehalten. Im Bereich der spitalexternen Gesundheits- und Krankenpflege werden diese grundsätzlich nach Massgabe des Sozialversicherungsrechts des Bundes ausgerichtet. Bei hauswirtschaftlichen Leistungen sowie bei Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen erfolgen sie mittels Leistungsaufträgen des Regierungsrates auf der Grundlage des GesG.

Abs. 1

Dieser Absatz enthält eine Grundnorm für die spitalexterne Gesundheits- und Krankenpflege. Der Kanton wird beauftragt, in Zusammenarbeit mit privaten Institutionen für ein bedarfsgeRechtes Angebot an spitalexterner Gesundheits- und Krankenpflege zu sorgen.

In knapper Form wird das Wesentliche von § 3 Spitexgesetz zum Ausdruck gebracht. Mit der Betonung der Zusammenarbeit mit privaten Institutionen werden sowohl die partnerschaftliche Bereitstellung der Dienstleistungen in diesem Bereich als auch der Grundsatz betont, dass primär private Institutionen als Dienstleisterinnen und Dienstleister auftreten.

Abs. 2

Diese Bestimmung enthält eine weitgehende Fördernorm für spitalexterne Angebote. Beschränkt wird die Förderung insoweit, als die Angebote für Personen mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt bestimmt sein müssen und diese aus gesundheitlichen oder altersbedingten Gründen die angebotenen Tätigkeiten nicht selbst verrichten können. Die letzte Einschränkung stammt aus § 2 Abs. 1 Spitexgesetz. Damit ist es den Anbietenden dieser Dienstleistungen nicht verwehrt, z.B. hauswirtschaftliche Angebote auch anderen Personen zu erbringen. Diese Angebote werden aber nicht gefördert, resp. mit diesen Angeboten stehen die Anbietenden im Wettbewerb mit anderen Anbietenden, die nicht in den Anwendungsbereich von § 9 Abs. 2 fallen. Die Aufzählung förderungswürdiger Angebote ist nicht abschliessend; betroffen sein können auch andere als pflegerische und hauswirtschaftliche Angebote (z.B. Transporte).

Abs. 3

Wie schon die entsprechenden Normen im Spital- resp. Pflegeheimbereich sieht diese Bestimmung vor, dass die Beitragsentrichtung des Kantons nach Massgabe des Sozialversicherungsrechts des Bundes erfolgt. Damit wird klargestellt, dass die wesentlichen Bedingungen für die Beitragsentrichtung nicht durch kantonales Recht vorgegeben werden können. Mit einer weitgehenden Verweisung auf das Sozialversicherungsrecht wird gewährleistet, dass künftige Entwicklungen nicht durch einen zu engen Wortlaut verunmöglicht werden.

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung sieht denn auch Normen ausserhalb des KVG vor, die einen Bezug zur spitalexternen Gesundheits- und Krankenpflege aufweisen. So wird in Art. 43^{bis} des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG [SR 831.10]) die Möglichkeit einer Hilflosenentschädigung leichten Grades für Altersrentnerinnen und Altersrentner, die zu Hause leben, eingeführt.

Die übrigen Grundzüge für die Finanzierung der spitalexternen Gesundheits- und Krankenpflege sehen nach der Neuordnung der Pflegefinanzierung wie folgt aus: Die Finanzierung untersteht der gleichen Systematik wie die Finanzierung der Pflege. Art. 25a KVG verpflichtet die Krankenversicherer, an ärztlich angeordnete Pflegeleistungen einen Beitrag zu leisten. Auch hier werden die Leistungen durch bundesrätliche Verordnungen einheitlich festgelegt. Zusätzlich zu diesen Tarifen dürfen den Pflegebedürftigen neu von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten maximal 20 % des höchsten Pflegebeitrags in Rechnung gestellt werden. Durch diese Möglichkeit werden die bislang nicht subventionierten Anbietenden von Spitex-Leistungen ab dem 1. Januar 2011 über eine verbesserte Wettbewerbsposition verfügen.

Abs. 4

Die Beitragsverpflichtungen der Krankenversicherer und der Pflegebedürftigen sind nach oben begrenzt. Mit Art. 25a Abs. 5 KVG wird dem Kanton wiederum die Restfinanzierung auferlegt, welche nicht beschränkt ist. Die Kostenentwicklung im Bereich der spitalexternen Pflege geht also zulasten des Kantons. Welche Kosten als Basis für die auszurichtende Restfinanzierung berücksichtigt werden, ist gemäss Absatz 4 vom Regierungsrat zu regeln. Dasselbe gilt für die Höhe der Beiträge an hauswirtschaftliche Leistungen und an Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege.

Abs. 5

Dieser Absatz sieht wie die wortgleiche Norm in §§ 7 und 8 vor, dass der Regierungsrat bedarfsgerecht gemeinwirtschaftliche Leistungen bestellt. Hier kann deshalb auf die Erläuterungen zu §§ 7 Abs. 2 und 8 Abs. 4 verwiesen werden.

*Beiträge an die Pflege zu Hause durch Angehörige oder Dritte***§ 10****Abs. 1**

Diese Norm umschreibt die Voraussetzungen für die Gewährung von Beiträgen an dauernd pflegebedürftige Personen mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt, die durch Angehörige oder Dritte gepflegt werden. Dabei handelt es sich um eine baselstädtische Besonderheit. Der Pflege- und Betreuungsaufwand muss bedeutend sein und auch erbracht werden. Sowohl Pflegebedürftigkeit als auch Leistungserbringung werden vom zuständigen Departement überprüft.

Am Leistungsniveau soll gegenüber § 11 Spitexgesetz, welches durch den Erlass des GesG aufgehoben wird, nichts geändert werden. Nach wie vor werden die Beiträge taggenau entrichtet. Erfolgen, aus welchen Gründen auch immer, tageweise keine Pflege oder Betreuungslösungen, wird auch kein Beitrag ausgerichtet.

Abs. 2

Die Festlegung der weiteren Voraussetzungen für die Beitragsausrichtung (z.B. Erfordernis einer Mindestwohnfrist) sowie der Höhe der Beiträge erfolgt durch den Regierungsrat.

§§ 11, 12 und 13

Die §§ 11-13 betreffen die sozialen Institutionen der Zahnpflege. In diesem Bereich wird die Zusammenführung der gesetzlichen Grundlagen im GesG angestrebt. Das Gesetz betreffend die öffentliche Zahnpflege (Zahnpflegegesetz) vom 8. Dezember 1993 (SG 328.200) und das Gesetz betreffend die Jugendzahnpflege vom 8. November 1962 (SG 328.600) sollen aufgehoben werden. Der Zweck der Normen im GesG besteht darin, den Stand der Gesetzgebung auf möglichst kompakte Grundsatznormen nachzuführen. Dabei soll das Engagement des Kantons im Bereich der sozialen Zahnpflege unverändert weiterbestehen.

*Grundsatz***§ 11****Abs. 1**

Die vorliegende Bestimmung enthält eine umfassende Grundnorm hinsichtlich der sozialen Zahnpflege, die im Interesse der öffentlichen Gesundheit liegt. Die Gewährleistung stellt ein Bekenntnis des Kantons zu seinen bisherigen Bemühungen in diesem Bereich dar. Mit der Einschränkung auf die soziale Zahnpflege wird gleichzeitig klargestellt, dass der Kanton das Zahnpflegewesen nicht umfassend gestalten will, sondern bloss diesen Bereich regelt, unter Berücksichtigung partnerschaftlich beigezogener Dritter.

Abs. 2

Dem Kanton wird die Kompetenz zugewiesen, Zahnkliniken für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche zu betreiben (vgl. § 27 KV). Mit der Aufnahme einer Kann-Vorschrift wird dem Kanton die nötige Flexibilität zur Erfüllung der Ziele der sozialen Zahnpflege eingeräumt.

Die Schulzahnklinik (SZK) ist eine staatliche Institution, die zum Wohl der Zahngesundheit der Basler Kinder und Jugendlichen im Jahr 1921 ins Leben gerufen wurde. Sie dient dem Zweck, allen Kindern und Jugendlichen des Kantons Basel-Stadt Zahnbehandlungen zu gewährleisten, auch wenn diese Behandlungen aufgrund der familiären finanziellen Situation nicht möglich wären. Die Volkszahnklinik (VZK) wurde 1924 aus denselben Überlegungen heraus gegründet. Sie verfolgt seither ebenfalls den sozialen Zweck, Zahnbehandlungen auch wirtschaftlich schwächer gestellten Personen zugänglich zu machen.

Abs. 3

Die Möglichkeit, die Aufgabe mit Dritten gemeinsam zu erfüllen, wird mit Absatz 3 verstärkt. Der Kanton kann mit den Zahnärztesgesellschaften Tarife für wirtschaftlich schwächer gestellte Personen mit Wohnsitz im Kanton, wozu Kinder und Jugendliche ebenfalls zählen, vereinbaren. Damit gewährt Absatz 3 dem Kanton eine Flexibilisierungsmöglichkeit. Er kann dem Bedürfnis nach einer sozialen Zahnpflege nachkommen, ohne jederzeit selbst die maximal nötige Kapazität an Zahnpflegepersonal vorhalten zu müssen.

*Zahnkliniken***§ 12****Abs. 1**

Diese Bestimmung hält fest, dass die Zahnkliniken wirtschaftlich schwächer gestellte Personen mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt behandeln müssen. Damit wird eine zentrale Forderung der sozialen Zahnpflege erfüllt.

Diese umfasst in der SZK die regelmässige unentgeltliche Durchführung von gruppenprophylaktischen Massnahmen (Instruktionen und Informationen über die Zahnreinigung und Kariesprophylaxe) sowie eine sich daraus ergebende einmalige individuelle Beratung. Die jährliche kostenlose Kontrolle des Gebisses und die zu bezahlende Behandlung der erkrankten Zähne gehören zum Leistungsspektrum. Mit dem Schuluntersuch wird auch eine Erstbeurteilung von Stellungsanomalien der Zähne und des Kiefers vorgenommen und es werden Empfehlungen für eine detaillierte Abklärung abgegeben. Die Eltern wählen, ob sie die Behandlung in der SZK oder in einer Privatpraxis durchführen lassen möchten.

Die VZK steht allen nicht mehr schulpflichtigen Personen mit Wohnsitz im Kanton, welche Zuschüsse zu den Krankenkassenprämien erhalten, zur umfassenden zahnärztlichen Behandlung und Betreuung offen. Auf die Behandlungskosten werden abgestufte Reduktionen gewährt (unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Vereinigung der Kantonszahnärzte und Kantonszahnärztinnen der Schweiz [VKZS]).

Abs. 2

Diese Norm betrifft den Tarif, der in den Zahnkliniken zur Anwendung gelangen soll. Dieser richtet sich nach dem jeweiligen Tarif gemäss dem Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG [SR 832.20]). Dabei handelt es sich bloss um den eigentlichen Zahnarzttarif. In Bezug auf den Zahntechnikertarif ist festzuhalten, dass die Leistungen der Zahntechnikerinnen und Zahntechniker nicht dem Sozialversicherungsrecht unterstehen. Ein bis 2002 bestehender Tarif für zahntechnische Arbeiten, welchen die Versicherer nach UVG mit dem Verband zahntechnischer Laboratorien der Schweiz (VZLS) und der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft (SSO) auf freiwilliger Basis abgeschlossen hatten, ist nicht mehr erneuert worden. Obwohl die VKZS die im Laufe der Vertragsverhandlungen neu angepassten Tarife empfiehlt, soll hier und im Gesetzestext nicht konkreter auf diese Empfehlung Bezug genommen werden. Deshalb ist an dieser Stelle bloss die Rede von einem weit zu verstehenden Zahnarzttarif. Auf Verordnungsebene kann auf eine definitive Vereinbarung differenzierend Bezug genommen werden.

Der zweite Teil von Absatz 2 handelt wiederum von einem Kernanliegen der sozialen Zahnpflege. Wirtschaftlich schwächer gestellte Personen mit Wohnsitz im Kanton sollen unter Berücksichtigung ihrer finanziellen Verhältnisse eine Reduktion auf die oben erwähnten Tarife erhalten. Die Verweisung auf Personen mit Wohnsitz im Kanton stellt sicher, dass die sozialen Auswirkungen dieser Normen bloss für diese Personen zur Anwendung gelangen. Kantonsfremde Patientinnen und Patienten können sich in den Zahnkliniken nur zu den ordentlichen Tarifen behandeln lassen. Diese Patientinnen und Patienten haben zudem keinen Anspruch auf Behandlung, diese ist abhängig von der Auslastung des Klinikbetriebes.

*Leistungen für Kinder und Jugendliche***§ 13****Abs. 1**

Unter der Marginalie „Leistungen für Kinder und Jugendliche“ enthält § 13 Abs. 1 einen Leistungskatalog, welcher der Konkretisierung auf Verordnungsstufe bedarf. Die aufgeführten Leistungen werden für Kinder und Jugendliche im schulpflichtigen Alter, deren Eltern Wohnsitz in Basel haben, zur Verfügung gestellt. Zur Schulpflicht gehört auch die Pflicht, den Kindergarten zu besuchen. Dass hier keine Beschränkung auf wirtschaftlich schwächer gestellte Personen erfolgt, hat mit dem teilweisen prophylaktischen Charakter der Leistungen zu tun. Für die erwähnten Behandlungen wird auf dem Verordnungsweg festgelegt, unter welchen Voraussetzungen der Kanton für die Kosten aufkommt.

Bst. a

Diese Leistungen zielen auf die Förderung der Zahngesundheit, wobei hier die prophylaktische Natur der Massnahmen am stärksten zum Vorschein kommt. Es ist dem Kanton ein grosses Anliegen, seinen Einwohnerinnen und Einwohnern bereits im Kindes- und Jugendlichenalter Möglichkeiten anzubieten, die Zahngesundheit, die zu grossen Teilen vom Verhalten der Betroffenen abhängt, zu erhalten. Zur Förderung der Zahngesundheit gehören die jährlichen Gebisskontrollen und allgemein die Prävention von Erkrankungen der Mundhöhle.

Bst. b

Diese Bestimmung sieht die notwendige Behandlung kranker Zähne vor. Die Erwähnung der Begriffe der Notwendigkeit und der Krankheit, welche die Zähne befallen haben muss, ermöglicht eine Begrenzung auf ein im Interesse der sozialen Zahnpflege liegendes Mass an Behandlung. Reine Schönheitsbehandlungen, wie z.B. ein Zahnbleaching, sind dadurch von vornherein ausgeschlossen. Auch hier ist der Begriff der Zähne nicht eng zu verstehen. Die notwendige Behandlung bezieht sich auch auf Erkrankungen der Mundhöhle.

Bst. c

Die Untersuchung und Behandlung von Stellungsanomalien ist in Bst. c vorgesehen. Die Stellungsanomalien können dabei die Zähne selbst oder den Kiefer betreffen. Hier muss auf die in Absatz 2 beschriebene Einschränkung explizit hingewiesen werden, weil sich ohne diese relativ hohe Kostenfolgen für den Kanton ergeben können.

Abs. 2

In Bezug auf die Leistungen, welche für Kinder und Jugendliche im Bereich der Zahnpflege erbracht werden sollen, werden die Leistungsvoraussetzungen bereits nach geltendem Recht auf Verordnungsstufe konkretisiert. Absatz 2 ermöglicht es dem Regierungsrat, die Differenzierung nach unentgeltlich und entgeltlich zu erbringenden Leistungen auch weiterhin vorzunehmen und gewährleistet damit die erforderlichen Einschränkungen des Leistungskataloges von Absatz 1.

4. Aufgaben und Kostenverteilung zwischen dem Kanton und den Einwohnergemeinden**§ 14****Abs. 1**

Diese Bestimmung hält fest, dass der Regierungsrat die Aufgaben- und Kostenverteilung im Bereich der Pflegeheime, der spitalexternen Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Beiträge an die Pflege zu Hause zusammen mit den Einwohnergemeinden Bettingen und Riehen ordnet. Bereits jetzt wird diese Verteilung auf der Grundlage von Verträgen geregelt. Diese Art der Regelung weist die nötige Flexibilität auf und wahrt den Grundsatz der Gemeindeautonomie. In Bezug auf die Spitex besteht faktisch eine Zuständigkeit bei den beiden Einwohnergemeinden, worauf mit dieser Regelung gebührend Rücksicht genommen werden kann.

Abs. 2

Diese Norm behält für Kinder und Jugendliche, welche in den Einwohnergemeinden Bettingen und Riehen wohnen, die Zuständigkeit derselben für die Erbringung der Leistungen der Zahnpflege vor. Gleichzeitig ist darin ein Auftrag an die Einwohnergemeinden enthalten, in diesem Bereich tätig zu sein. Die Organisationskompetenz liegt bereits aufgrund der Gemeindeautonomie bei den Einwohnergemeinden und braucht im Gesetz nicht gesondert erwähnt zu werden. Mit dieser Regelung wird die bestehende Ordnung im Zahnpflegegesetz weitgehend unverändert übernommen.

Bislang wird die Schulzahnklinik Riehen als eine Abteilung der Öffentlichen Zahnkliniken Basel-Stadt geführt. Sie gewährleistet für Kinder, deren Eltern Wohnsitz in den Gemeinden Bettingen und Riehen haben, eine umfassende zahnmedizinische Betreuung.

IV. Rechte der Patientinnen und Patienten

1. Grundsatz

§ 15

Das Kapitel Patientinnen- und Patientenrechte gehört zu einem der Rechtsgebiete, das sich in den vergangenen Jahren stark weiterentwickelt hat. Patientinnen und Patienten werden als eigenverantwortliche Individuen mit umfassendem Selbstbestimmungsrecht wahrgenommen.

Patientinnen- und Patientenrechte schützen daher jedes Individuum in einer Phase, in der es besonders verletzlich ist. Diese Rechte finden ihre Entsprechung in den jeweiligen Pflichten der Beteiligten des Gesundheitswesens, seien es Ärztinnen resp. Ärzte, Mitarbeitende in Institutionen (resp. Betrieben) oder die Institutionen (resp. Betriebe) selbst. Pflichten aus dem öffentlichen Recht des Kantons stehen diesen Berechtigungen der Patientinnen und Patienten keine gegenüber. Diese wären nicht durchsetzbar, weil sie gegen abschliessendes Bundesrecht verstossen (z.B. die Pflicht, sich einer Behandlung zu unterziehen) oder sie entspringen dem jeweiligen Rechtsverhältnis und sind in einem GesG nicht zu erwähnen (z.B. die Pflicht, eine Leistung selbst zu bezahlen, soweit keine Versicherung dafür besteht).

Das Recht auf Selbstbestimmung, welches den Patientinnen- und Patientenrechten zentral zugrunde liegt, stellt ein verfassungsrechtlich geschütztes Recht dar. Die Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (BV [SR 101]) schützt in Art. 7 die Menschenwürde und in Art. 10 das Recht auf Leben und die persönliche Freiheit. Neben der BV gewährleistet die KV dieselben Rechte, wenn dieser Schutz auch nicht über den Umfang des bundesverfassungsrechtlich garantierten Schutzes hinausgehen dürfte. Erwähnenswert ist, dass die KV die Achtung der Wahrung der Patientinnen- und Patientenrechte nennt (§ 26 Abs. 5 KV) und damit die Wichtigkeit dieses Themas zum Ausdruck bringt. Die Patientinnen- und Patientenrechte geniessen Schutz unabhängig davon, ob das Behandlungsverhältnis als öffentlich-rechtliches Benutzungsverhältnis oder als privatrechtlicher Behandlungsvertrag definiert wird. Bei privatrechtlichen Behandlungsverträgen fliesst das Selbstbestimmungsrecht neben den erwähnten verfassungsrechtlichen Grundlagen auch aus dem Persönlichkeitsschutz, den Art. 28 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches vom 10. Dezember 1907 (ZGB [SR 210]) garantiert.

Die Patientinnen- und Patientenrechte sind bislang in den §§ 10, 11, 13 und 14 des Spitalgesetzes, welches aufgehoben werden soll, enthalten. Die zu ersetzenden und zu ergänzenden Normen zeigen noch wenig, dass der Mensch im Zentrum der ihn betreffenden Berechtigungen steht. Neuere Entwicklungen, wie etwa das Recht auf eine angemessene Palliativbehandlung oder Rechte im Zusammenhang mit der Sterbehilfe, haben sich im Spitalgesetz noch nicht niedergeschlagen. Diese Entwicklungen gilt es mit dem Erlass des GesG entsprechend nachzuvollziehen.

Mit den Berechtigungen einher geht jeweils die Möglichkeit, auf das Recht zu verzichten (was seinerseits eine Folgeaufklärung und die Dokumentation des Verzichts bedingt). So kann eine Patientin oder ein Patient auf die (umfassende) Information verzichten, die Ärztin oder den Arzt ermächtigen, Informationen preiszugeben und Besuche oder die seelsorgerische Betreuung ablehnen.

Zwangsmassnahmen, welche stark in die Rechtsposition der Patientin resp. des Patienten eingreifen (z.B. die fürsorgerische Freiheitsentziehung), sind nicht Gegenstand des GesG. Sie werden weiterhin im Gesetz über Behandlung und Einweisung psychisch kranker Personen (Psychatriegesetz) vom 18. September 1996 (SG 323.100) und im Alkohol- und Drogengesetz geregelt.

Auf eine Bestimmung betreffend die Obliegenheiten und Pflichten der Patientinnen und Patienten wurde verzichtet. Der Statuierung solcher Pflichten und Obliegenheiten stehen beträchtliche Einwände entgegen. Insbesondere die Möglichkeit, einer mangelhaften Kooperation von Patientinnen und Patienten zu begegnen, sollte nicht auf kantonaler Ebene vorgesehen werden, weil hier das Bundesgesetz vom 30. März 1911 betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht, OR [SR 220]), resp. das ZGB und das KVG einschlägige und teilweise abschliessende Regelungen enthalten. Demgegenüber ist es den Institutionen unbenommen, im Rahmen dieser Bundeserlasse im Sinne einer Hausordnung ein Reglement zu erlassen. Zu den Institutionen sind alle Betriebe zu zählen, welche Patientinnen- und Patientenkontakte haben. Diese Reglemente können die Patientinnen und Patienten verpflichtende Rahmenbedingungen für den Aufenthalt in den Institutionen resp. Betrieben enthalten.

Abs. 1

Vorliegend werden die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt gerückt. Der Persönlichkeitsschutz und die diesem entsprechende respektvolle Behandlung sind zentrale Pfeiler der Rechte der Patientinnen und Patienten.

Abs. 2

Absatz 2 enthält einen nicht abschliessenden Katalog von Rechten resp. Ausflüssen aus dem Persönlichkeitsschutz.

Bst. a

Diese Bestimmung hält den Grundsatz der freien Wahl unter den zugelassenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern fest. Diese freie Wahl steht unter dem Vorbehalt des KVG und dort vorgesehener Einschränkungen wie z.B. der ab 2012 geltenden Regelung, wonach Grundversicherte landesweit unter allen Spitälern auf den kantonalen Spitallisten wählen dürfen, jedoch die Mehrkosten übernehmen müssen, wenn ein ausserkantonales Spital höhere Tarife kennt als die Spitäler im Wohnkanton. Zu nennen sind zudem z.B. das Hausarztmodell oder HMO-Praxen, die zum Ziel haben, Kosteneinsparungen durch einen sog. „gatekeeper“ (Torwächter) zu erzielen („managed care“).

Bst. b

Zentrale Bedeutung genießt das Recht der Patientin und des Patienten auf Aufklärung. Dabei handelt es sich um die absolut notwendige Grundlage für einen „informed consent“ (informierte Zustimmung), auf dem beruhend die gesamte Behandlung überhaupt erst legal durchgeführt werden kann. Der Anspruch der Patientin und des Patienten auf Information ist umfassend und betrifft sowohl den Gesundheitszustand und dessen voraussichtliche Entwicklung als auch die Behandlungsmöglichkeiten und die damit verbundenen jeweiligen Vor- und Nachteile. Zu diesen Vor- und Nachteilen gehören auch Informationen über finanzielle Auswirkungen und z.B. auch der Hinweis auf eine allenfalls fehlende Kassenpflichtigkeit eines Heilmittels oder einer Behandlung.

Bst. c

Hier wird der Grundsatz des informed consent festgehalten. Die Aufklärung und anschließende Zustimmung der Patientin resp. des Patienten kann als Dreh- und Angelpunkt in der Zusammenarbeit zwischen Patientin resp. Patient und Ärztin resp. Arzt bezeichnet werden. Eine Behandlung ohne die informierte Zustimmung der Patientin oder des Patienten stellt, abgesehen von Fällen, in denen die betroffene Person nicht zustimmen kann, nach gängiger Vorstellung rechtlich eine Körperverletzung dar. Erst die informierte Zustimmung rechtfertigt als Einwilligung den Eingriff in die körperliche resp. psychische Integrität der Patientin oder des Patienten, selbst wenn scheinbar wohlverstandene Interessen gewahrt werden. Eine ungenügende Aufklärung kann strafrechtliche, zivilrechtliche und disziplinarrechtliche Folgen nach sich ziehen.

Bst. d

Das Recht der Patientin resp. des Patienten, Einsicht in die Patientendokumentation (Krankengeschichte) zu nehmen, gewährt ebenfalls ein Recht auf Information. Es ermöglicht der Patientin resp. dem Patienten die fortlaufende Kontrolle der Behandlungsmassnahmen und bietet damit auch Gewähr dafür, die während der gesamten Behandlung benötigte Einwilligung rechtskonform aufrechterhalten zu können. Sobald die Patientin resp. der Patient der behandelnden Fachperson das Vertrauen entzieht, entfällt die Grundlage für einen informed consent.

Das Führen einer Patientendokumentation stellt seinerseits eine Pflicht der Fachpersonen dar (vgl. § 29).

Bst. e

Patientinnen und Patienten können im Rahmen des Reglements der jeweiligen Institution (resp. Betriebs) Besuche empfangen und sich seelsorgerisch betreuen lassen.

Abs. 3

Diese aus § 14 Abs. 1 Spitalgesetz stammende Bestimmung soll klarstellen, dass den Patientinnen und Patienten unabhängig von der Rechtsnatur des zugrunde liegenden Behandlungsverhältnisses und allfälliger Klage- und Rekursmöglichkeiten ein Beschwerderecht zusteht. Damit wird den Patientinnen und Patienten institutionsintern ein Beschwerdeweg er-

öffnet. Dringt die Patientin oder der Patient mit dem Anliegen nicht durch, steht die aufsichtsrechtliche Anzeige an die Aufsichtsbehörde zur Verfügung.

2. Palliative Behandlung

§ 16

Diese Norm regelt einen Bereich, der unter dem Schlagwort „palliative care“ (Palliative Behandlung übersetzt den Begriff bloss unzureichend, weshalb im deutschen Sprachgebrauch praktisch immer auch von palliative care gesprochen wird. Nachfolgend wird palliative care der Einfachheit halber auch „Palliativmedizin“ oder „palliative Behandlung“ genannt) zunehmend an Bedeutung gewinnt. Bei palliative care handelt es sich um ein umfassendes Behandlungs- und Betreuungskonzept. Allgemein werden verschiedene Aspekte unter den Begriff subsumiert: die Hilfe zur Selbsthilfe soll gefördert werden, die Vorausplanung für Notfälle und spezielle Behandlungssituationen soll Sicherheit bieten. Ein Betreuungsnetzwerk, vor allem wenn die palliative care ausserhalb von spezialisierten Institutionen angeboten werden soll, vermittelt individuelle Pflege und nicht zuletzt sollen die Angehörigen bei der Begleitung unterstützt werden.

Die Formulierung von § 16 lehnt sich eng an die Definition in den Medizinisch-ethischen Richtlinien und Empfehlungen der SAMW zum Thema palliative care an.

Abs. 1

Vorliegend wird das Recht der Patientinnen und Patienten auf eine ihrem Zustand angemessene Betreuung, Pflege und Begleitung sowie auf grösstmögliche Linderung ihrer Leiden und Schmerzen umschrieben.

Mit dieser Auflistung wird ausdrücklich anerkannt, dass leidende Patientinnen und Patienten zu einer besonderen Gruppe gehören, die aufgrund ihrer Situation eines speziellen Schutzes bedarf. Die Liste ist weit formuliert. Der Umfang der Berechtigung der Leidenden ist umfassend. Andererseits wird auf der individuellen Leistungsebene auf den Begriff des „Anspruches“ verzichtet und von einer Berechtigung der Betroffenen gesprochen. Dieser Begriff erscheint angemessen, weil er in der Praxis einen Beurteilungsspielraum zulässt, den der Begriff „Anspruch“ nicht aufweist. Die mit dieser Formulierung verbundenen rechtlichen und finanziellen Auswirkungen werden vermieden, ohne dass die Situation der Betroffenen über Gebühr strapaziert wird.

Abs. 2

Diese Bestimmung behandelt ein mit der Palliativmedizin in engem Zusammenhang stehendes strafrechtliches Problem, wenn die schmerzlindernden Massnahmen zu einer im Grunde genommen strafrechtlich relevanten Verkürzung des menschlichen Lebens führen.

Ein solches Verhalten der Ärztin oder des Arztes könnte als strafrechtlich relevante tatbestandsmässige Tötung verstanden werden. Es ist aber allgemein anerkannt, dass diese Form der Sterbehilfe, die sog. indirekt aktive Sterbehilfe, nicht strafbar ist, weil die Intention der behandelnden Ärztin resp. des behandelnden Arztes nicht auf den Tod der Patientin oder des Patienten zielt, sondern vielmehr die Schmerzlinderung im Visier hat.

Mit der Formulierung von Absatz 2 wird die herrschende Rechtsauffassung in diesem Bereich wiederholt, um sonst allfällig drohenden, den Betroffenen unnötiges Leiden verursachenden, ungenügenden Behandlungen im Bereich der Palliativmedizin zuvorkommen.

3. Besonderheiten bei Urteilsunfähigen

§ 17

Urteilsunfähige Patientinnen und Patienten sind in der medizinischen Praxis recht häufig, ihre Behandlung oft schwierig (z.B. Menschen am Lebensende oder Demenzpatientinnen oder -patienten) und es werden Entscheidungen ohne die Möglichkeit des einer medizinischen Behandlung zugrunde liegenden informed consent gefällt. Die Zustimmung der Betroffenen muss ersetzt werden durch eine Art „Stellvertretung“.

Abs. 1

Dieser Absatz enthält den Grundsatz, dass bei Urteilsunfähigkeit die Vertretung (resp. die vertretungsberechtigte Person) nach dem mutmasslichen Willen oder dem wohlverstandenen Interesse der Patientin resp. des Patienten entscheidet. Zudem wird klargestellt, dass die Vertretung (resp. die vertretungsberechtigte Person) anstelle der urteilsunfähigen Person aufgeklärt werden muss. Die Aufklärung richtet sich folglich nach der Aufklärung, welche der betroffenen Person zugestanden werden müsste.

Die Vertretung kann eine gesetzliche Vertretung (z.B. bei Kindern oder bevormundeten resp. verbeiständeten Personen) sein, es kann aber auch eine im Zustand der Urteilsfähigkeit durch die betroffene Person eingesetzte Bezugsperson sein (z.B. wenn im Rahmen einer Patientenverfügung eine oder mehrere Personen bezeichnet werden, die im Falle der Urteilsunfähigkeit angefragt werden sollen).

Immer ist deutlich festzuhalten, dass es sich in Bezug auf den Inhalt der Entscheidung nicht um eine Stellvertretung im zivilrechtlichen Sinne handelt, sondern dass der mutmassliche Wille resp. das Interesse der Patientin oder des Patienten gelten soll. Der Entscheid soll im Sinne der betroffenen Person ausfallen. Persönliche Vorlieben der Entscheidberufenen haben hinter jenen der betroffenen Person zurückzustehen. Bei Kindern ist auf das Kindeswohl abzustellen.

Abs. 2

Für dringende Situationen hält diese Norm fest, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte nach dem wohlverstandenen Interesse oder dem mutmasslichen Willen der Patientin resp. des Patienten entscheiden.

Auch hier soll die Entscheidung der vertretenden Person dem mutmasslichen Willen resp. dem wohlverstandenen Interesse der betroffenen Person entsprechen. Bloss kann in dringenden Fällen die Rücksprache mit gesetzlichen Vertretern oder Angehörigen nicht bewerkstelligt werden. Je eher die mutmassliche Haltung der betroffenen Person bekannt ist, desto konkreter ist die Behandlung darauf abzustimmen. Einmal vorgenommene Behandlungen sind bei nächster Gelegenheit wieder gemäss Absatz 1 durch die dort erwähnte Vertretung zu autorisieren.

Ein Grundsatz wie „in dubio pro vita“ (im Zweifel für das Leben) kann nicht in einem absoluten Sinne verstanden werden, wird aber während einer akuten Phase und so lange keine gegenteilige Haltung der betroffenen Person bekannt ist, handlungsbestimmend sein.

Abs. 3

Hat die Patientin resp. der Patient in einer Patientenverfügung einen Willen geäussert, ist dieser massgebend, es sei denn, dieser entspreche offenkundig nicht dem aktuellen mutmasslichen Willen oder dessen Umsetzung verstosse gegen geltendes Recht. Für den Fall, dass die Patientenverfügung die Situation, in der sich die betroffene Person befindet, genügend klar erfasst, geht ihr Inhalt vor. Es wird nicht weiter nach dem mutmasslichen Willen gefragt. Die Patientenverfügung kann aber dann keine Geltung beanspruchen, wenn sie offenkundig nicht dem aktuellen Willen entspricht. Damit soll sichergestellt werden, dass nicht ältere Patientenverfügungen zur Geltung kommen, die mit kürzlich geäusserten, zur Verfügung im Gegensatz stehenden Ansichten, kollidieren. Mit der Offenkundigkeit soll verhindert werden, dass praktisch jede Patientenverfügung das Papier nicht wert wäre, auf dem sie geschrieben steht. Die Patientenverfügung ist somit verbindlich, es sei denn, es drängten sich gegenteilige Annahmen auf.

Mit Absatz 3 wird einerseits neu die Patientenverfügung gesetzlich verankert, andererseits ist aber auch schon absehbar, dass diese Thematik in Kürze durch das Bundesrecht mit dem Erlass des neuen Erwachsenenschutzrechts derogiert werden wird. Diese Regelungen werden allerdings voraussichtlich erst auf den 1. Januar 2013 in Kraft treten, womit der kantonalen Rechtslage im GesG aller Voraussicht nach immerhin eine kurze Wirksamkeit zuteil werden wird. Die vorgeschlagene Bestimmung steht als Vorgängerregelung der Bundesregelung nicht frei im Raum. Sie berücksichtigt das Anliegen der Kontinuität der Rechtslage, indem sie so weit wie möglich bereits die durch den Bund erfolgende Regelung vorwegnimmt.

Wenn das GesG im Gegensatz zum geplanten Erwachsenenschutzrecht von „wohlverstandenen“ Interessen spricht, statt von Interessen allein, so ist damit nicht eine eigentliche Einschränkung gemeint, sondern dass bloss jene Interessen in die Entscheidung einfließen sollen, die tatsächlich Interessen der Patientin oder des Patienten darstellen. Hier wie dort ist, trotz unterschiedlicher Fassungen der Gesetzestexte davon auszugehen, dass bloss die Interessen der Patientin oder des Patienten gemeint sind und (sach-)fremde Interessen unberücksichtigt bleiben sollen.

4. Behandlungsabbruch und -verzicht

§ 18

Anders als in § 16 Abs. 2 geht es hier nicht um indirekt aktive Sterbehilfe, sondern um den Komplex der passiven Sterbehilfe bei urteilsunfähigen Patientinnen und Patienten, welche unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt ist. Bei der Entscheidungsfindung spielen Kriterien wie die Prognose, ein voraussichtlicher Behandlungserfolg im Sinne der Lebensqualität sowie die Belastung durch die vorgeschlagene Therapie eine Rolle. Ist die Prognose aussichtslos, kann die ärztliche Behandlungspflicht entfallen, sei es, weil dies dem Wunsch der Patientin oder des Patienten entspricht, sei es, weil die Behandlung unzumutbar wird oder gar einen „sinnlosen“ medizinischen Aktivismus darstellen würde. Die Aussichtslosigkeit muss dabei sicher vorliegen (infauste Prognose), bei Zweifeln muss der Arzt zugunsten des Le-

bens (pro vita) entscheiden. Bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern kann nicht im gleichen Umfang auf den mutmasslichen Willen abgestellt werden. Hier tritt die Prognose stärker in den Vordergrund und allfällige Entscheide der Eltern haben sich am Kindeswohl zu orientieren.

Anders gestaltet sich die Lage bei urteilsfähigen Patientinnen oder Patienten. Erfolgt der Behandlungsverzicht resp. -abbruch auf ausdrücklichen Wunsch der (*urteilsfähigen*) Patientin resp. des (*urteilsfähigen*) Patienten, so ist eine Strafbarkeit der behandelnden Ärztin resp. des behandelnden Arztes für die unterlassene Behandlung ausgeschlossen, weil für eine weitere Behandlung die notwendige Einwilligung der Patientin oder des Patienten fehlen würde. Unter diesen Umständen wäre der ärztliche Eingriff eigenmächtig und rechtswidrig.

Der Abbruch von oder der Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen bei Urteilsunfähigen ist gemäss § 18 zulässig, wenn bei aussichtsloser Prognose alternativ die Voraussetzungen von Bst. a oder b erfüllt sind. Der Begriff der Aussichtslosigkeit (der Prognose) ist als offener Rechtsbegriff einem Wandel unterworfen. Neuere Entwicklungen, die sich auch aus der Weiterentwicklung von sog. soft law (dieses ist standesrechtlich relevant, z.B. Richtlinien der SAMW) ergeben, können zu einem veränderten Verständnis des Begriffes der Aussichtslosigkeit führen. Mit dieser Offenheit bleibt die Zukunftsfähigkeit des Gesetzestexts erhalten.

Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Abbruch von oder dem Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen bei Urteilsunfähigen sind regelmässig hochkomplex und fallabhängig unter Einbezug Dritter zu fällen. So sind z.B. Angehörige berufen, zur Eruiierung des mutmasslichen Willens Auskünfte zu erteilen oder die gesetzlichen Vertreter bei Kindern in die Entscheidung einzubeziehen. Auf die Richtlinien der SAMW zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende soll in diesem Zusammenhang explizit verwiesen werden.

Abs. 1

Bst. a

Der Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen resp. der Verzicht auf dieselben ist zulässig, wenn dies gemäss Bst. a vorbehältlich § 17 Abs. 3 dem mutmasslichen Willen der Patientin oder des Patienten entspricht. Mit dem Vorbehalt wird der Stellenwert der Patientenverfügung betont. Ohne klare Hinweise der Patientin oder des Patienten selbst muss versucht werden herauszufinden, wie sie oder er sich entschieden hätte, wenn sie oder er dazu in der Lage wäre. Dazu können neben der Patientenverfügung Äusserungen von nahestehenden Personen und Angehörigen beigezogen werden. Klarzustellen ist, dass es sich um den Willen der betroffenen Person handeln muss. Es findet keine Ersetzung von deren Willen durch einen anderen statt. Im Interesse des Lebensschutzes sind an die Ermittlung des mutmasslichen Willens strenge Anforderungen zu stellen. Wie bei der Prognostizierung des Krankheitsverlaufes (infauste Prognose) ist bei Zweifeln im Sinne des Lebens (pro vita) zu entscheiden. Patientenverfügungen müssen genügend spezifisch und klar gefasst sein, wenn der Behandlungsabbruch- oder Verzicht auf diese abgestützt werden soll.

Bst. b

Gemäss Bst. b muss angesichts des Leidens der Patientin oder des Patienten eine weitere Lebenserhaltung unzumutbar erscheinen. Damit wird eine Beurteilung der Lebensqualität

erforderlich. Diese Beurteilung enthält sowohl objektive als auch subjektive Komponenten. Der Begriff der Unzumutbarkeit stellt einen unbestimmten Rechtsbegriff dar, der über die Zeit und von Fall zu Fall innerhalb grundsätzlicher Schranken einem Wandel unterworfen ist. Auch hier wird die Diagnose der Unzumutbarkeit hohen Sicherheitsanforderungen genügen müssen.

5. Einwilligung bei Einbezug in die Ausbildung und Forschung

§ 19

Abs. 1

Patientinnen und Patienten dürfen nur nach vorangegangener Aufklärung und Einwilligung in die Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Forschung einbezogen werden. Dieses Erfordernis lässt sich u.a. auf internationale Vereinbarungen wie z.B. die Helsinki Deklaration (Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki – Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen, verabschiedet von der 18. Generalversammlung des Weltärztebundes, Helsinki, Finnland, Juni 1964 – dabei handelt es sich ebenfalls um soft law) abstützen. Ein jederzeitiges Widerrufsrecht der Patientin resp. des Patienten ist unbestritten.

Befürchtungen, wonach mit dieser Norm z.B. die Behandlung durch Assistenzärztinnen oder Assistenzärzte, welche sich in einer Weiterbildung befinden, nicht mehr ohne eine separate Einwilligung möglich wären oder gar verunmöglicht würden, sind unbegründet. Die lege artis durchgeführte Behandlung durch eine Assistenzärztin oder einen Assistenzarzt ist vom Konsens des Behandlungsvertrages getragen und stellt keinen Fall der erwähnten Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Forschung dar, auch wenn die Behandelnden sich in einer Weiterbildungssituation befinden. Die Norm betrifft im Bereich der Aus-, Weiter- und Fortbildung Fälle, welche mit der Situation der Forschung vergleichbar sind und bei denen der Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der Patientinnen und Patienten über die Intensität der Behandlung durch Assistenzärztinnen und Assistenzärzte hinausgeht.

Abs. 2

Diese Bestimmung regelt analog zum neuen Art. 118b Abs. 2 Bst. c BV, dass an urteilsunfähigen Personen bloss geforscht werden darf (oder Aus-, Weiter- und Fortbildungsvorhaben durchgeführt werden dürfen), wenn mit urteilsfähigen Personen keine gleichwertigen Erkenntnisse gewonnen werden können. Es wird also ein Vorrang für die Forschung mit Einwilligungsfähigen statuiert. Darüber hinaus soll die Forschung für die betroffenen Personen einen unmittelbaren Nutzen bringen. Ist das nicht der Fall, dürfen die Risiken und Belastungen nur „minimal“ sein. Der Begriff „minimal“ ist zwar auslegungsbedürftig, mit dessen Verwendung werden aber die Interessen des Schutzes Urteilsunfähiger und die Interessen der Forschung gleichermaßen berücksichtigt.

Durch Analogie zum Verfassungsartikel und die Anlehnung an die Bestrebungen auf Bundesebene zum Gesetz über die Forschung am Menschen, dessen konkrete Ausgestaltung wie der Zeitpunkt der Inkraftsetzung noch ungewiss sind, kann an die Diskussion zur bundesrechtlichen Entwicklung zur Humanforschung angeknüpft werden.

Abs. 3

Dieser Absatz enthält das Erfordernis der Prüfung der Forschungsvorhaben durch den Kanton. Mit einer Verweisung auf § 6 (insbesondere Absätze 2 und 3) wird sichergestellt, dass die Forschungsvorhaben der Ethikkommission zur Prüfung vorgelegt werden.

6. Obduktion

§ 20

Die Bestimmungen zur Obduktion werden bei den Patientinnen- und Patientenrechten behandelt, weil der Zusammenhang mit diesen relativ eng ist.

In Bezug auf die Obduktion wird neu die Zustimmungslösung eingeführt (in § 13 Spitalgesetz war noch die Widerspruchslösung enthalten). Hierzu werden eine Übersicht über die unterschiedlichen kantonalen Lösungen vorangestellt und einige Überlegungen zu dieser Thematik angestellt.

Folgende Kantone kennen neben dem Kanton Basel-Stadt hinsichtlich der zur Diskussion stehenden klinischen Obduktion (bei rechtsmedizinischen Obduktionen kann regelmässig kein Widerspruch eingelegt werden, eine Zustimmung ist dann allerdings auch nicht erforderlich) eine Widerspruchslösung:

Basel-Landschaft, Graubünden, Neuenburg, St. Gallen, Schaffhausen, Thurgau, Tessin und Waadt.

Folgende Kantone kennen eine Zustimmungslösung:

Aargau, Appenzell Innerrhoden, Appenzell Ausserrhoden, Bern, Freiburg, Genf, Glarus, Jura, Luzern, Nidwalden, Obwalden, Solothurn, Schwyz, Uri, Wallis, Zug und Zürich.

Dabei ist eine Tendenz weg von der Widerspruchslösung hin zur Zustimmungslösung auszumachen, haben doch neuere Gesundheitsgesetze wie jenes von Bern, Genf, Freiburg, Luzern, Uri, Zug und Zürich die Zustimmungslösung statuiert. Als letzter Kanton hat sich der Kanton Aargau dazu entschlossen, von der Widerspruchslösung zur Zustimmungslösung überzugehen (das totalrevidierte Gesundheitsgesetz [GesG] vom 20. Januar 2009 [SAR 301.100] ist am 1. Januar 2010 in Kraft getreten). Mit diesen Kantonen, welche eine Zustimmungslösung aufweisen, haben auch die Kantone mit den grössten Spitzenmedizinstandorten (wie z.B. Zürich, Genf und Bern) eine Zustimmungslösung als gangbaren Weg erkannt.

Für den Kanton Zürich liegen mittlerweile Fallzahlen vor (die neue Regelung wurde 2005 in Kraft gesetzt):

Jahr	Anzahl Obduktionen
2002	469
2003	421

2004	341
2005	336
2006	309
2007	281

Es bleibt festzustellen, dass die Zahlen nicht erst seit der Inkraftsetzung der neuen Regelung gesunken sind. Der grösste Rückgang ist 2004 und damit ein Jahr vor Inkrafttreten der neuen Regelung zu verzeichnen.

Die Zustimmungslösung wird auch von der SAMW in ihren Empfehlungen zur Verwendung von Leichen und Leichenteilen in der medizinischen Forschung sowie Aus-, Weiter- und Fortbildung postuliert.

Abs. 1

Nach § 20 Abs. 1 ist eine Obduktion neu zulässig, wenn ihr die verstorbene Person zugestimmt hat. Damit wird der Wechsel zur (erweiterten) Zustimmungslösung, welche dem Selbstbestimmungsprinzip eher entspricht, vollzogen. Von einer Widerspruchslösung wird auch deshalb abgesehen, weil in einer stark in die Verhältnisse des Einzelnen eingreifenden Situation (der Umgang mit der Leiche wirkt ins Leben des Einzelnen zurück) die normalerweise mit der Widerspruchslösung gekoppelte Information über die Widerspruchsmöglichkeit des Betroffenen kaum adäquat organisiert werden kann. Eine Erfüllung der Informationspflicht mit der Publikation des Gesetzes allein wird als nicht genügend erachtet. Das Wissen um die Widerspruchsmöglichkeit des geltenden Rechts darf kaum als weit verbreitet betrachtet werden.

Die eher der Autonomie des Einzelnen entsprechende Zustimmungslösung steht in Konflikt mit dem Bedürfnis, eine möglichst genügende Anzahl Obduktionen für die Sicherung und Kontrolle der Qualität medizinischer Behandlungen zu erhalten. Dieser Konflikt sollte vorliegend gleichwohl zugunsten der Autonomie des Einzelnen entschieden werden: Das Bedürfnis, möglichst viele Organe für eine Transplantation erhalten zu können, führte auch im Vorfeld des Erlasses des Transplantationsgesetzes zu einer breiten Diskussion der verschiedenen Lösungen. Am Ende wurde eine erweiterte Zustimmungslösung ins Transplantationsgesetz aufgenommen. Im Bereich der Transplantationen mehrten sich zwar die Stimmen, die eine Widerspruchslösung fordern. Die Beantwortung des Postulats Viola Amherd (Widerspruchsmodell bei Organentnahmen – Geschäftsnummer 20083158) betreffend Widerspruchsmodell bei Organentnahmen durch den Bundesrat verweist aber auf die mangelnde Übereinstimmung von Modell und erwartetem Nutzen.

Abs. 2

Mit dieser Norm wird die erweiterte Zustimmungslösung statuiert. Die Zustimmung kann bei fehlender Äusserung der verstorbenen Person durch eine bezeichnete Person oder die nächsten Angehörigen erteilt werden. Eine Zustimmung oder ein Widerspruch der verstorbenen Person bleiben verbindlich. Die Umschreibung der „nächsten Angehörigen“ wird vom Regierungsrat aufgrund seiner Vollzugskompetenz vorgenommen.

Abs. 3

Unabhängig von entscheidungsbefugten Personen kann durch die Kantonsärztin oder den Kantonsarzt eine Obduktion angeordnet werden. Diese Anordnungsmöglichkeit muss aufgrund allfälliger medizinischer Notwendigkeiten gegeben sein und untersteht ihrerseits einer Verhältnismässigkeitsprüfung, in der die widerstreitenden Interessen gegeneinander abgewogen werden müssen.

Abs. 4

Behörden (Staatsanwaltschaft resp. Institut für Rechtsmedizin) können zur Feststellung einer strafbaren Handlung oder zur Feststellung der Identität der verstorbenen Person eine Obduktion anordnen.

Abs. 5

Die anatomische Sektion oder die Herstellung anatomischer Präparate zu Aus-, Weiter- und Fortbildungs- sowie Forschungszwecken wird einer engen Zustimmungslösung unterstellt. Nicht untersagt werden soll damit die Präparateherstellung im Sinne einer Ausstellung wie „Körperwelten“ (diese ist teilweise aus ethischen Gründen umstritten). Die einzelne Person kann aber selbstverständlich das Zur-Verfügung-Stellen des Körpers auf z.B. universitäre Zwecke beschränken.

V. Fachpersonen im Gesundheitswesen**1. Grundsatz****§ 21**

Fachpersonen im Gesundheitswesen sind alle Personen, die berufsmässig diagnostisch, therapeutisch, pflegend oder betreuend tätig sind und über eine entsprechende Ausbildung verfügen. Berufsmässig bedeutet, dass die Fachpersonen der Tätigkeit mit einer gewissen Regelmässigkeit nachgehen und diese auf einen Erwerb ausgerichtet ist.

Die Tätigkeiten, welche die Fachpersonen ausüben, sind bewusst weit gefasst, betreffen aber Bereiche, die dem Kerngeschäft des Gesundheitswesens angehören. An die innerhalb der Gruppe der im Gesundheitswesen beschäftigten Personen sollen keine grundsätzlich unterschiedlichen Anforderungen gestellt werden. Bewilligungsinhaberinnen und Bewilligungsinhaber gemäss GesG sind ohnehin zu den Fachpersonen zu zählen.

2. Berufsausübung

§ 22

Vorliegend werden die Bedingungen der Berufsausübung umschrieben.

Abs. 1

Fachpersonen im Gesundheitswesen sollen bloss auf dem Gebiet tätig sein dürfen, welches ihre Ausbildung umfasst. Dies dient der Professionalisierung und Spezialisierung. Diese Prinzipien schützen die Patientinnen und Patienten und gewährleisten ein hohes Qualitätsniveau der Berufsausübung im Gesundheitswesen. Der verwendete Begriff der Ausbildung soll weit verstanden werden und umfasst neben der eigentlichen Ausbildung insbesondere auch die Begriffe der Weiter- und Fortbildung. Eine Pflicht zur Weiterbildung kann damit aber nicht verbunden sein.

Abs. 2

Hier werden Grundsätze konkretisiert, welche bei der Berufsausübung eingehalten werden müssen. Neben der Beachtung der Sorgfaltspflicht und einer gewissenhaften Ausübung des Berufes sind die anerkannten Regeln des Berufszweiges einzuhalten. Für Ärztinnen und Ärzte z.B. sind die aus dem anglo-amerikanischen Raum stammende „best practice“-Regel (beste Methode) und die (für die nicht freien Berufe analog heranzuziehende) altbekannte Formel, wonach jede Ausübung „lege artis“ (nach den Regeln der Kunst) zu erfolgen hat, zu beachten.

Abs. 3

Es besteht eine Pflicht zur regelmässigen Fortbildung. Diese Fortbildung ist Grundlage für die weiteren in diesem Paragraphen enthaltenen Berufsausübungsbedingungen und stellt sicher, dass die Fachpersonen auch über aktuelles Fachwissen verfügen.

3. Fachpersonen mit Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung

§ 23

Zum Schutz der Patientinnen und Patienten statuiert dieser Paragraph besondere Berufspflichten für Fachpersonen im Sinne von § 30. Zu diesen Berufspflichten zählt neben der Qualitätssicherung die Pflicht zur Sicherstellung von möglichen Geschädigtenansprüchen durch eine angemessene Haftpflichtversicherung oder vergleichbare Sicherheiten. Anders als bei den Betrieben werden diese Verpflichtungen für Personen mit Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung als Berufspflichten und nicht als Bewilligungsvoraussetzungen definiert. Begründet wird dies durch den Umstand, dass gemäss dem Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG [SR 811.11]) für die universitären Medizinalpersonen entsprechende Verpflichtungen nicht als Bewilligungsvoraussetzungen formuliert werden können (Art. 36 MedBG regelt die Bewilligungsvoraussetzungen abschliessend). Die einseitige Statuierung als Bewilligungsvoraussetzungen für die übrigen Berufe und Tätigkeiten hätte eine Schlechterstellung der betreffenden Berufs- und Tätigkeitsgruppen im Vergleich zu den universitären Medizinalpersonen zur Folge.

Bereits seit 1996 werden die Akteure des Gesundheitswesens durch das KVG angehalten, eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Gesundheitsversorgung zu möglichst günstigen Konditionen anzustreben. Gesetzlich vorgeschrieben ist auch die Einführung von Konzepten und Programmen zur Qualitätssicherung. Allerdings werden die Bestimmungen des KVG (Art. 58 KVG) in der Schweiz bislang nur zögerlich umgesetzt. Indes ist mit Blick auf die Gewährleistung qualitativ hochstehender Leistungserbringung das Erfordernis von Qualitätssicherungsinstrumenten klar gegeben.

4. Unselbstständig tätige universitäre Medizinalpersonen

§ 24

Dieser Paragraph statuiert mittels sinngemässer Verweisung auf Art. 40 MedBG für unselbstständig tätige universitäre Medizinalpersonen verschiedene Berufspflichten. Dazu gehören insbesondere die Sorgfaltspflicht (Bst. a), die Fortbildungspflicht (Bst. b), die Wahrung der Patientinnen- und Patientenrechte (Bst. c), die Zusammenarbeit unter Wahrung der Patientenbezogenheit (Bst. e), die Wahrung des Berufsgeheimnisses (Bst. f), die Beistands- und Nothilfepflicht (Bst. g).

Die dynamische Verweisung auf Art. 40 MedBG hat den Vorteil, dass einerseits kongruente Berufspflichten für die selbstständig wie die unselbstständig tätigen universitären Medizinalpersonen gelten und dass andererseits keine parallelen Standards entstehen können, da das GesG auch über die Praxis zu Art. 40 MedBG aktuell bleiben wird. Mit der dynamischen Verweisung gibt der Gesetzgeber die Regelung des Inhalts dieser Norm nicht bloss temporär auf, sondern er unterwirft sich bis zur Aufhebung derselben der Legiferierung durch den Bundesgesetzgeber. Dies ist so gewollt, soll nicht das in Bezug auf die Berufspflichten eher zufällige Faktum der Selbstständigkeit zu unterschiedlichen zu beachtenden Berufspflichten führen.

5. Notfalldienst

§ 25

Art. 40 Bst. g MedBG statuiert eine Notfalldienstpflicht für selbstständig tätige universitäre Medizinalpersonen, unselbstständig Tätige können durch kantonale Normen ebenfalls verpflichtet werden; für beide Gruppen wird die Organisation der Notfalldienste kantonalen Vorschriften unterworfen. § 25 enthält daher auch die im MedBG verwiesene Normierung der Notfalldienstpflicht.

Abs. 1

Absatz 1 zählt im Einklang mit dem MedBG die Notfalldienstverpflichteten auf. Die Erwähnung der unselbstständig in ambulanten Einrichtungen und Apotheken tätigen Verpflichteten drängt sich nicht zuletzt durch die Entwicklung auf, sich in Betrieben zusammenzuschliessen.

Abs. 2

Obwohl die Notfalldienste durch Berufsverbände organisiert werden, gilt die Verpflichtung, Notfalldienst zu leisten unabhängig von der Mitgliedschaft in einem solchen Berufsverband. Damit wird sichergestellt, dass nicht ungleiche Verpflichtungen entstehen und den Berufsverbänden genügend Ressourcen zur Verfügung stehen, um die Notfalldienste in einem personell ausreichenden Mass zu gewährleisten. Betriebe, welche Notfalldienstverpflichtete beschäftigen, sind verpflichtet, ihren Angestellten die Ausübung der gesetzlich statuierten Pflicht in geeigneter Weise zu ermöglichen.

Kommen die Berufsverbände dieser Verpflichtung nicht nach, obliegt es dem zuständigen Departement, hier das Gesundheitsdepartement, auf dem Verfügungsweg ersatzweise die Notfalldienstleistung zu gewährleisten.

Abs. 3

Die Grundlage für die auch gegenüber Nichtmitgliedern geltende Verfügungsmacht der Berufsverbände, welche diese im Rahmen ihrer Organisationshoheit benötigen, ist in Absatz 3 enthalten. Die Verfügungen dienen einerseits der Entbindung vom Notfalldienst, andererseits der Überwälzung einer zweckgebundenen Ersatzabgabe für den Fall der Entbindung von der Notfalldienstpflicht. Die Verfügungen sind gemäss § 41 Abs. 2 OG anfechtbar (vgl. auch § 5).

6. Schweigepflicht*Grundsatz***§ 26**

Die Schweigepflicht der Fachpersonen im Gesundheitswesen stellt als Berufspflicht ein komplementäres Recht der Patientin resp. des Patienten auf Wahrung von Geheimnissen und einen der entscheidenden Pfeiler des Gesundheitswesens überhaupt dar. Die Geheimhaltungspflicht ist Nebenpflicht zur (übernommenen) Behandlungspflicht und dient dem Schutz der Persönlichkeit der Patientin resp. des Patienten. Die Geheimhaltungspflicht gilt gegenüber jedermann. Dass eine andere Person unter einem gleich oder ähnlich gelagerten Berufsgeheimnis steht, berechtigt nicht zur Übergabe der Informationen, auch nicht bei vorhandenem wissenschaftlichem Interesse. Letztlich bleibt die Geheimhaltungspflicht auch nach Beendigung der Behandlung resp. dem Tod der behandelten, aber auch der geheimhaltungsverpflichteten Person bestehen.

Ausnahmen von der Schweigepflicht ergeben sich in Bezug auf Auskunftsrechte resp. -pflichten im Zusammenhang mit strafbarem Verhalten, Auskunftsrechte im Zusammenhang mit der Überweisung an andere Fachpersonen resp. gegenüber Angehörigen und im Zusammenhang mit der Durchsetzung von Forderungen auf dem Betreibungsweg resp. vor Gerichten.

Abs. 1

Dieser Absatz statuiert eine über die strafbewehrte Schweigepflicht von Art. 321 des Schweizerischen Strafgesetzbuches vom 21. September 1937 (StGB [SR 311.0]) hinaus alle Fachpersonen im Gesundheitswesen sowie deren Hilfspersonen betreffende Schweigepflicht.

Diese ist beschränkt auf Wahrnehmungen, die in einem Zusammenhang mit der Tätigkeit auftreten. Dabei sind nicht bloss Informationen geschützt, die Patientinnen und Patienten gegenüber diesen Personen zum Ausdruck bringen. Geschützt sind auch Wahrnehmungen, die den Patientinnen und Patienten verborgen bleiben können, wie z.B. Persönlichkeitsaspekte derselben.

Dritte sind alle übrigen Personen. Dazu gehören auch andere unter der gleichen oder einer ähnlichen Schweigepflicht stehende Personen wie z.B. Rechtsanwältinnen resp. Rechtsanwälte oder dem Amtsgeheimnis unterstellte Personen.

Abs. 2

Absatz 2 regelt den Standardfall der Entbindung vom Berufsgeheimnis resp. von der Schweigepflicht. Die Geheimnisherrin resp. der Geheimnisherr kann vorbehaltlich anderer Regelungen (z.B. Amtsgeheimnis) von der Schweigepflicht entbinden. Liegt keine entsprechende Zustimmung vor, kann das zuständige Departement an Stelle der Geheimnisherrin resp. des Geheimnisherrn von der Schweigepflicht befreien. Diese Befreiung erfolgt auf begründetes Gesuch hin, das eine Abwägung der widerstreitenden Interessen nach sich zieht, welche entweder zur Entbindung von der Schweigepflicht führt oder das (Berufs-)Geheimnis schützt. Das zuständige Departement ist das Gesundheitsdepartement. Die Anforderungen an eine Entbindung sind entsprechend dem zu schützenden Gut hoch. Die Entbindung erfolgt für die um Entbindung ersuchende Person persönlich und kann auf einen bestimmten Teil der Information oder auf einen Teil der potentiellen Empfängerinnen oder Empfänger der Information beschränkt werden. Die Entbindung kann mit der Auflage erteilt werden, dass die Information bloss mittelbar zugänglich gemacht wird, indem z.B. ein einer anderen Partei (z.B. einem Sozialversicherer) angehörender Träger des Berufsgeheimnisses sich ein Bild machen kann, dieses aber nicht detailliert, sondern bloss dem Sinn nach verwenden oder Auskünfte geben darf.

Darüber hinaus enthält der zweite Absatz eine Verweisung auf die strafbewehrte Pflicht, das Berufsgeheimnis zu wahren, die zusätzlich zur Schweigepflicht des Absatzes 1 bloss die aufgezählten Berufsgruppen der Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Geburtshelferinnen und Geburtshelfer sowie deren Hilfspersonen trifft. Mit der Verweisung auf Art. 321 StGB wird auch an die zu dieser Norm erfolgende Rechtsprechung sowie Lehre und Praxis angeknüpft.

Ausnahmen

§ 27

Abs. 1

Absatz 1 enthält den Grundsatz, dass die Schweigepflicht entfällt, wenn ein gesetzlicher Rechtfertigungsgrund für die Verletzung der Pflicht besteht. Dabei kann es sich sowohl um Auskunfts-, Mitteilungs- oder Meldepflichten als auch entsprechende Rechte der Schweigeverpflichteten handeln. Was das Gesetz verlangt oder erlaubt, kann nicht von einer behördlichen Ermächtigung abhängig gemacht werden, weshalb in diesen Fällen keine Entbindung nötig ist.

Abs. 2

Gegenüber Weiterbehandelnden sowie nächsten Angehörigen wird die Einwilligung zur Erteilung der erforderlichen medizinischen Angaben vermutet. Diese Vermutung besteht ebenso gegenüber den Einweisenden. Der Sinn dieser Vorschrift besteht darin, dass in diesen Fällen die Entbindung von der Schweigepflicht durch die Behörde nicht praktikabel wäre und eine adäquate Behandlung der Patientin oder des Patienten im Ernstfall gar verhindert würde. Entlang der Behandlungskette wird die Einwilligung im Interesse der Patientin resp. des Patienten daher vermutet. Diese Form der Vermutung (es handelt sich um eine sog. „praesumptio iuris“ oder widerlegbare Vermutung) kann umgestossen werden.

Die erforderlichen Angaben in Bezug auf nächste Angehörige können andere sein als jene an Weiterbehandelnde. Durch den Begriff der „Erforderlichkeit“ entscheidet sich, welche Informationsbreite und -qualität von der Vermutung gedeckt ist. Umfassende Auskünfte sind an Weiterbehandelnde zu erteilen. Hier sind die Informationen erforderlich, die eine Weiterbehandlung lege artis ermöglichen. Die unterlassene Information kann eine Haftung der betreffenden Fachperson nach sich ziehen.

Abs. 3

Mit dieser Norm wurde dem Erfordernis einer gesetzlichen Grundlage für die Aufzählung der Delikte entsprochen, bei welchen im Verdachtsfall Auskünfte an die Strafuntersuchungs- und Strafverfolgungsbehörden erteilt werden dürfen und auf Anfrage erteilt werden müssen. Damit besteht sowohl ein aktives Melderecht als auch eine passive Auskunftspflicht.

Die Liste der Straftatbestände umfasst schwerste Delikte gegen Leib und Leben, die Freiheit und die sexuelle Integrität. Ausserdem wird das Verbreiten menschlicher Krankheiten als singuläres Delikt aus dem vierten Titel des StGB erwähnt, der Verbrechen und Vergehen gegen die öffentliche Gesundheit enthält. Der Regierungsrat kann weitere Straftatbestände mit vergleichbarem Unrechtsgehalt bezeichnen.

Abs. 4

Absatz 4 sieht eine Befreiung von der Schweigepflicht gegenüber den zuständigen Behörden, einer Inkassostelle und einer allfälligen Rechtsvertretung vor, wozu in Bezug auf die Abwehr von Forderungen auch die Haftpflichtversicherung zu zählen ist. Die Bestimmung ermöglicht die Offenbarung der zur Durchsetzung resp. für die Abwehr von Forderungen aus einem Behandlungsverhältnis erforderlichen Angaben. Der Begriff der erforderlichen Angaben ist mit Blick auf die Geheimhaltungsinteressen der Patientinnen und Patienten zurückhaltend zu interpretieren. Insbesondere ist auf für die Durchsetzung des Anspruchs nicht unbedingt nötige oder zu sehr auf die Art und Weise der Behandlung hinweisende Informationen zu verzichten.

Abs. 5

Fachpersonen sollen an zuständige Behörden, z.B. an die Vormundschaftsbehörde gelangen können, wenn folgende Voraussetzungen kumulativ vorliegen: Es bestehen begründete Zweifel an der Urteilsfähigkeit einer Patientin oder eines Patienten, medizinische Massnahmen sind dringend erforderlich und die Zustimmung einer allfälligen gesetzlichen Vertreterin

resp. eines gesetzlichen Vertreters kann nicht oder nicht rechtzeitig erlangt werden. Dasselbe kann auch zutreffen, wenn die gesetzliche Vertretung, z.B. Eltern, weil sie unvereinbare Meinungen oder eine Haltung vertreten, die nicht dem Kindeswohl entspricht, die dringend benötigte medizinische Behandlung verunmöglichen.

7. Meldepflicht

§ 28

Die vorliegende strafbewehrte Meldepflicht (vgl. § 63 Abs. 1 Bst. d) für Fachpersonen im Gesundheitswesen sowie deren Hilfspersonen bei aussergewöhnlichen Todesfällen, von denen sie im Rahmen ihrer Tätigkeit Kenntnis erhalten, dient letztlich den Strafverfolgungsbehörden, weil mit der Meldung des Todesfalles an das Institut für Rechtsmedizin ein Prozess ausgelöst wird, innerhalb dessen bei Bedarf die Staatsanwaltschaft den Fall übernehmen wird.

Gegebenenfalls sind weitere Meldepflichten aufgrund von Art. 253 Abs. 4 der Schweizerischen Strafprozessordnung vom 5. Oktober 2007, welche am 1. 1. 2011 in Kraft treten wird, resp. des zugehörigen baselstädtischen EG StPO zu beachten.

8. Dokumentation

§ 29

Fachpersonen im Gesundheitswesen sind verpflichtet, über jede Patientin und jeden Patienten eine Dokumentation (bisher in § 16 der Verordnung zum Spitalgesetz vom 4. Mai 1982 [SG 330.110] und umgangssprachlich Krankengeschichte genannt) anzulegen. Die Patientendokumentation stellt ein Informationsgefäss dar, welches verschiedensten Zwecken dient. Einerseits stellt sie sicher, dass relevante Informationen zum Status von Patientinnen und Patienten (dazu gehören die im Gesetz erwähnten diagnostischen Abklärungen, Untersuchungen und Ergebnisse sowie die therapeutischen und pflegerischen Massnahmen) während der Behandlungszeit und auch für spätere Behandlungen zur Verfügung stehen. Andererseits dient sie der Dokumentation von Abläufen, abgegebenen Informationen oder eines Haftungsausschlusses, die auch zur Absicherung des medizinischen Personals zur Verfügung stehen, welches die Folgen der aus der pflichtwidrig unvollständigen (oder mangelhaften) Dokumentation resultierenden Beweislosigkeit zu tragen hat. Patientendokumentationen werden in Rechtsstreitigkeiten grosser Wert beigemessen. Ihre Beweiskraft ist allerdings von ihrer Vollständigkeit abhängig.

Patientendokumentationen stellen eine Vielzahl von Informationen bereit, die sehr sensitiv sind. Ihrer Geheimhaltung dient das strafrechtlich geschützte Patientengeheimnis. Zudem unterliegen die Dokumentationen über den straf- und gesundheitsrechtlichen Schutzbereich hinaus den Anforderungen des Datenschutzrechts. Die Unterstellung unter das Datenschutzrecht wird dabei als Selbstverständlichkeit nicht explizit erwähnt. Betreffend die Art und Weise der Registrierung der Informationen schweigt sich das GesG bewusst aus. Insbesondere sollen moderne Dokumentationstechnologien nicht ausgeschlossen werden (etwa die elektronische Datenbearbeitung), solange sie den Grundsätzen des Datenschutzrechts genügen. Der Anspruch auf Geheimhaltung der Daten stellt zusammen mit dem in § 15 Abs. 2 Bst. d

erwähnten Einsichtsrecht ein zentrales Element der Rechte der Patientinnen und Patienten dar.

Abs. 1

Allen Fachpersonen im Gesundheitswesen wird die Pflicht auferlegt, über jede Patientin und jeden Patienten eine Dokumentation anzulegen, welche Angaben über die diagnostischen Abklärungen, Untersuchungen und Ergebnisse sowie die therapeutischen und pflegerischen Massnahmen enthält. Mit der Verwendung des Begriffes „Fachpersonen im Gesundheitswesen“ wird klargestellt, dass auch die Apothekerinnen und Apotheker Patientendokumentationen führen müssen. Ausnahmen von der Dokumentationspflicht (z.B. für Drogistinnen und Drogisten) können in einer Verordnung statuiert werden.

Im letzten Satz von Absatz 1 wird klargestellt, dass ersichtlich sein muss, wer zu welchem Zeitpunkt einen Eintrag vorgenommen hat. Dieses letzte Kriterium ist insbesondere auch aus prozessualen Gründen, z.B. Beweisgründen erforderlich.

Abs. 2

Die Erstellerin resp. den Ersteller der Dokumentation oder ihre Rechtsnachfolgerin resp. ihren Rechtsnachfolger trifft eine Aufbewahrungspflicht während zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung. Die Aufbewahrungspflicht dient nicht zuletzt auch den Verpflichteten in Fällen, in denen sie sich Haftpflichtansprüchen ausgesetzt sehen. Die Patientendokumentation enthält wichtige Beweisstücke, über die im Prozessfall muss verfügt werden können.

Abs. 3

Diese Norm geht über das in § 15 Abs. 2 Bst. d erwähnte Einsichtsrecht der Patientinnen und Patienten hinaus und statuiert ein Recht auf eine Kopie der Dokumentation, soweit keine schutzwürdigen Interessen Dritter entgegenstehen. Die schutzwürdigen Interessen Dritter werden durch Lehre und Rechtsprechung konkretisiert. Sie können z.B. in der Tatsache begründet sein, dass Informationen in der Patientendokumentation nicht von der Institution oder von der behandelnden Fachperson stammen, sondern von Dritten. Diese Informationen dürfen u.U. der Patientin resp. dem Patienten vorenthalten werden.

VI. Bewilligungspflichten

Abschnitt VI. regelt die gesundheitspolizeilichen Bewilligungspflichten. Polizeibewilligungen sind immer dort erforderlich, wo zum Schutz von Polizeigütern im Voraus sichergestellt werden muss, dass eine beabsichtigte Tätigkeit mit den polizeilichen Vorschriften übereinstimmt. Bewilligungspflichten werden daher statuiert, wenn eine bestimmte Tätigkeit nach der allgemeinen Erfahrung regelmässig mit Gefahren z.B. für die öffentliche Gesundheit verbunden ist und deshalb ein behördliches Einschreiten im Einzelfall nicht genügt. Mit diesem Abschnitt werden der Regelungsgehalt des Gesetzes betreffend die Ausübung der Berufe der Medizinalpersonen und der Komplementärmedizin vom 26. Mai 1879 (SG 310.100), Teile des Spitalgesetzes und Teile des Spitexgesetzes ins GesG übernommen.

Der Abschnitt ist aufgeteilt in Bewilligungspflichten für die selbstständige Berufs- und Tätigkeitsausübung und Bewilligungspflichten für Betriebe.

1. Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung

Bewilligungspflicht

§ 30

Abs. 1

§ 30 enthält eine abschliessende Aufzählung der bewilligungspflichtigen selbstständigen Berufe und Tätigkeiten. Selbstständigkeit liegt vor, wenn die ein Gesuch stellende Person das unternehmerische Risiko sowie die fachliche Verantwortung des bewilligungspflichtigen Berufes resp. der bewilligungspflichtigen Tätigkeit trägt. Charakteristisch für die selbstständige Tätigkeit sind z.B. das Fehlen eines Subordinationsverhältnisses, die Tätigkeit von erheblichen Investitionen, die Benützung eigener Geschäftsräumlichkeiten sowie die Beschäftigung von eigenem Personal. Die Stellung der Gesuchstellerin oder des Gesuchstellers ist im Einzelfall unter Würdigung der gesamten Umstände zu beurteilen.

Bst. a

Der Bewilligungspflicht unterstehen nach Absatz 1 Bst. a die universitären Medizinalberufe gemäss Art. 2 MedBG, das heisst Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Chiropraktorinnen und Chiropraktoren, Apothekerinnen und Apotheker sowie Tierärztinnen und Tierärzte. Die Bewilligungspflicht ergibt sich aus Art. 34 MedBG, wonach Personen, die einen universitären Medizinalberuf selbstständig ausüben wollen, einer kantonalen Bewilligung bedürfen.

Bst. b

Der kantonalen Bewilligungspflicht unterstellt sind im Weiteren die Gesundheitsberufe gemäss Absatz 1 Bst. b. Der Bereich der Pflegeberufe befindet sich zurzeit in einer Umgestaltungsphase. Die Pflegeberufe werden in Zukunft eine veränderte und noch wichtigere Bedeutung erlangen. Mit der gewählten, umfassenden Formulierung (welche auch die Tätigkeiten der Spitex erfasst) soll daher sowohl den geltenden Normen Rechnung getragen als auch eine Grundlage für künftige Entwicklungen geschaffen werden.

Bst. c

Ebenfalls bewilligungspflichtig (selbstverständlich immer unter dem Vorbehalt bundesrechtlicher Bewilligungspflichten) ist das Führen von medizinischen Laboratorien. Die Zuständigkeiten und Bewilligungspflichten im Bereich der Laboratorien sind im Wandel begriffen. Um baldigen Revisionsbedarf zu vermeiden, wird daher im GesG der allgemeine Begriff des „medizinischen Laboratoriums“ verwendet (vgl. dazu auch Art. 35 Abs. 2 Bst. f KVG sowie § 38 des Gesundheitsgesetzes [GesG] des Kantons Basel-Landschaft vom 21. Februar 2008 [SGS 901]).

Bst. d

Das GesG statuiert eine Bewilligungspflicht für die nicht-ärztlichen alternativ- und komplementärmedizinischen Berufe und Tätigkeiten. Mit dieser Formulierung können alle Behandlungsmethoden und diagnostischen Konzepte erfasst werden, die als Alternative oder Ergänzung zur Schulmedizin angewendet werden (z.B. Traditionell Chinesische Medizin [TCM], Traditionell Europäische Naturheilkunde [TEN], Homöopathie, Ayurveda, Phytotherapie oder Neuraltherapie).

Bst. e

Medizinische Ferndienstleistungen oder Telemedizin umfassen im Wesentlichen Diagnostik und Therapie unter Überbrückung einer räumlichen Distanz zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient auf dem Weg der Telekommunikation. Als Telemedizin im Sinne des GesG gilt die Erbringung von diagnostischen und beratenden Leistungen. Nicht erfasst werden hingegen die Datenübertragung von Bildern über ein gesichertes Netz innerhalb eines Spitals resp. von einem Spital nach Aussen oder etwa die telefonische Beantwortung einer Frage einer Patientin resp. eines Patienten im Nachgang zu einer ambulanten oder stationären Behandlung. Mit medizinischen Ferndienstleistungen sind daher nur Fälle gemeint, in denen eine medizinische Leistung ausschliesslich mit Mitteln der Telekommunikation (Telefon, Internet) erbracht wird, ohne dass ein direkter Patientenkontakt stattfindet.

Abs. 2

Bewilligungspflichten stellen grundsätzlich schwere Eingriffe in die Wirtschaftsfreiheit dar und sind deshalb auf Gesetzesstufe zu statuieren. Eine Regelung auf Verordnungsstufe genügt demgegenüber lediglich für die Ausnahme von einer Bewilligungspflicht. Absatz 2 enthält dieses Prinzip; der Regierungsrat kann einzelne Berufe des Gesundheitswesens von der Bewilligungspflicht befreien.

*Bewilligungsgesuch***§ 31**

Diese Norm enthält die Grundsätze der formellen Voraussetzungen für die Bewilligungserteilung und legt fest, dass die Gesuchseinreichung spätestens zwei Monate vor der Tätigkeitsaufnahme zu erfolgen hat. Die weiteren formellen Voraussetzungen werden durch Ausführungsvorschriften sowie gegebenenfalls das Bundesrecht geregelt.

*Bewilligungsvoraussetzungen***§ 32****Abs. 1**

Diese Bestimmung regelt in Anlehnung an Art. 36 MedBG die fachlichen und persönlichen Bewilligungsvoraussetzungen.

Bst. a

Gemäss Bst. a müssen sich die Gesuchstellerinnen und Gesuchsteller über die erforderlichen beruflichen Fähigkeiten ausweisen. Eine Bewilligung wird folglich nur erteilt, wenn die das Gesuch stellende Person über die für den betreffenden Beruf oder die betreffende Tätigkeit erforderliche Ausbildung und Erfahrung verfügt. Die fachlichen Voraussetzungen bestimmen sich unter dem Vorbehalt des Bundesrechts (Art. 36 MedBG) nach Massgabe der vom Regierungsrat gemäss § 32 Abs. 2 erlassenen Vorschriften.

Bst. b

Hinsichtlich der persönlichen Voraussetzungen wird in Anlehnung an das MedBG für die Bewilligungserteilung Vertrauenswürdigkeit verlangt. Die Vertrauenswürdigkeit umfasst ganz generell das Erfordernis eines guten Leumunds. Namentlich dürfen keine berufsrelevanten Vorstrafen, wie etwa hinsichtlich Körperverletzungs-, Sexual- oder Tötungsdelikten, vorliegen. Praxisgemäss wird im Kanton Basel-Stadt die Vertrauenswürdigkeit in erster Linie durch einen Auszug aus dem Schweizerischen Zentralstrafregister überprüft. Ein weiteres Indiz für die Vertrauenswürdigkeit kann sich nebst dem Fehlen berufsrelevanter Vorstrafen auch aus der korrekten Zusammenarbeit mit den Behörden ergeben.

Bst. c

Das Erfordernis der physischen Gewähr erfüllt, wer keine Gebrechen hat, welche die berufliche Tätigkeit in schwerwiegender Weise einschränken können. Psychische Gewähr für eine einwandfreie Berufs- oder Tätigkeitsausübung bietet, wer keine psychischen Beschwerden hat, welche die betreffende Tätigkeit gravierend beeinträchtigen könnten. Liegen Gebrechen oder psychische Beschwerden vor, ist einzelfallspezifisch zu beurteilen, ob diese die Zulassung zur Tätigkeitsausübung ausschliessen. Einschränkungen im Rahmen von § 47, z.B. eine zeitliche Beschränkung, wenn ein Gebrechen allenfalls eine negative Entwicklung erwarten lässt, sind als mildere Massnahmen einer Verweigerung der Bewilligung vorzuziehen.

Bst. d

Fachpersonen im Sinne von § 30 Abs. 1, die bei einer Bewilligungsinhaberin oder einem Bewilligungsinhaber unselbstständig tätig sind (z.B. die oder der bei der Zahnärztin oder dem Zahnarzt beschäftigte Dentalhygienikerin resp. Dentalhygieniker oder die oder der bei der Ärztin oder dem Arzt angestellte Ärztin resp. Arzt), sind von der Bewilligungspflicht befreit. Im Sinne der Qualitätssicherung müssen diese Fachpersonen jedoch ihrerseits die fachlichen und persönlichen Bewilligungsvoraussetzungen erfüllen. Zudem gelten nach § 24 für angestellte Medizinalpersonen die Berufspflichten nach Art. 40 MedBG sinngemäss. Folglich können sich Fachpersonen im Sinne von § 30 Abs. 1, auch wenn sie unselbstständig tätig sind, weder den Bewilligungsanforderungen noch den Berufspflichten entziehen.

Abs. 2

Für die einzelnen Berufe und Tätigkeiten kann der Regierungsrat besondere Vorschriften erlassen.

Bewilligungsdauer

§ 33

Abs. 1

Berufsausübungsbewilligungen werden unbefristet erteilt. Zum einen besteht die Möglichkeit des Bewilligungsentzugs, wenn die Bewilligungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen. Zum anderen ist die Befristung von Bewilligungen im Bereich der selbstständigen Ausübung von universitären Medizinalberufen nach Massgabe des vorrangigen Bundesrechts nur ausnahmsweise und nur in Einzelfällen zulässig. Um eine Ungleichbehandlung der restlichen Gesundheitsberufe gegenüber den universitären Medizinalberufen zu vermeiden, ist daher von einer Befristung abzusehen.

Damit Gefährdungen des Publikums ausgeschlossen werden können, dürfen zur Berufsausübung nur Personen zugelassen sein, die physisch und psychisch Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung bieten. Zudem dürfen Bewilligungsinhaberinnen und Bewilligungsinhaber nur vertrauenswürdige Fachpersonen beschäftigen, die ihrerseits die fachlichen sowie die physischen und psychischen Voraussetzungen für eine einwandfreie Berufsausübung erfüllen (§ 32 Abs. 1 Bst. a-d). Die dauerhafte Sicherstellung dieser Anforderungen erfordert deren periodische Kontrolle. § 34 Abs. 2 sieht daher vor, dass das Vorliegen der Bewilligungsvoraussetzungen gemäss § 32 Abs. 1 Bst. c und d vom zuständigen Departement regelmässig überprüft wird. Der Regierungsrat regelt die Einzelheiten, wie z.B. Kontrollperioden oder einzureichende Unterlagen. § 47 sieht die Möglichkeit der Befristung im Einzelfall vor. Diese ist als Ausnahme von der Regel der unbefristeten Bewilligung begründungsbedürftig.

Abs. 2

Bst. a

Gemäss Bst. a erlischt die Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung mit dem Tod der Bewilligungsinhaberin oder des Bewilligungsinhabers.

Bst. b

Die Aufgabe der selbstständigen Berufstätigkeit führt zum Erlöschen der Bewilligung. Auf dem Verordnungsweg können aber Ausnahmen vorgesehen werden. Zu denken ist etwa an Ärztinnen und Ärzte, welche auch nach der Aufgabe der Berufstätigkeit z.B. im Kreis ihrer Familienangehörigen Betreuungsaufgaben übernehmen und dazu Rezepte schreiben und Überweisungen vornehmen (sog. Seniorenpraxisbewilligung).

Bst. c

Bewilligungspflichtige Tätigkeiten bedürfen der Bewilligung desjenigen Kantons, auf dessen Gebiet die betreffende Tätigkeit ausgeübt wird. Wird die bewilligungspflichtige Tätigkeit in einen anderen Kanton oder ins Ausland verlegt, ist eine kantonale Bewilligung nicht mehr erforderlich, weshalb sie gemäss § 33 Abs. 2 Bst. c erlischt.

Bst. d

Bst. d sieht das Erlöschen der Bewilligung für den Fall vor, dass innerhalb von zwölf Monaten nach Erteilung der Bewilligung die selbstständige Berufsausübung nicht aufgenommen wurde. Mit der Jahresfrist wird sichergestellt, dass nicht Bewilligungen in Kraft sind, mit welchen keine entsprechende Tätigkeit verbunden ist. Die Dauer der Frist lehnt sich dabei an die in § 9a der Verordnung betreffend Vollzug der eidgenössischen Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Zulassungs-Einschränkungs-Verordnung) vom 10. Dezember 2002 (SG 310.130) an.

Bst. e

Als grundsätzliche Altersgrenze für die Berufsausübung wird das vollendete 70. Altersjahr festgeschrieben. Dies soll im Interesse der öffentlichen Gesundheit sicherstellen, dass nur Personen Gesundheitsfachberufe ausüben, die im Vollbesitz ihrer geistigen und körperlichen Kräfte sind. Obwohl das Kriterium des Alters als Ausschlusskriterium von einer Tätigkeit nur mit Zurückhaltung angenommen werden sollte, erscheint die gewählte Lösung, die keine absolute Grenze vorsieht, als verhältnismässig. Insbesondere garantiert die Möglichkeit der Verlängerung um jeweils zwei Jahre, sofern die Fähigkeit zur Berufsausübung in physischer wie psychischer Hinsicht ärztlich attestiert werden kann, dass eine mit übergeordnetem Recht kollidierende Altersdiskriminierung verhindert wird.

Abs. 3

Diese Bestimmung statuiert neu Meldepflichten für den Fall des Eintritts von Erlöschensgründen. Mit diesen Meldepflichten wird sichergestellt, dass erloschene Bewilligungen zeitnah gelöscht werden können.

Bst. a

Mit der Meldepflicht nach Bst. a soll zudem gewährleistet werden, dass bei Betrieben, welche von einer Fachperson geleitet werden müssen (z.B. Apotheken), keine gesetzeswidrigen Vakanzzeiten entstehen.

Bst. b

Für Fälle gemäss Bst. d hat die Meldung unverzüglich nach Fristablauf zu erfolgen.

*Bewilligungsentzug***§ 34****Abs. 1**

Die Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung wird entzogen, wenn ihre Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind oder nachträglich Tatsachen festgestellt werden, aufgrund derer die Bewilligung hätte verweigert werden müssen. Die Wirkungen des Bewilligungsentzugs richten sich nach verwaltungsrechtlichen Grundsätzen und werden in der Regel auf die Zukunft beschränkt sein. Erfolgt der Entzug allerdings wegen Tatsachen, die zur Bewilli-

gungsverweigerung hätten führen müssen, kommt eine Rückwirkung in Betracht, soweit diese nicht aus Gründen der Rechtssicherheit oder des Vertrauensschutzes ausgeschlossen ist.

Abs. 2

Absatz 2 weist das zuständige Departement an, die Bewilligungsvoraussetzungen nach § 32 Abs. 1 Bst. c und d regelmässig zu überprüfen.

Meldepflicht

§ 35

Gemäss Art. 35 Abs. 1 MedBG dürfen Angehörige ausländischer Staaten auf Grund staatsvertraglicher Bestimmungen in der Schweiz einen universitären Medizinalberuf ohne Bewilligung während längstens 90 Tagen pro Kalenderjahr selbstständig ausüben (sog. Dienstleistungserbringerinnen und Dienstleistungserbringer). Das MedBG übernimmt damit die Regelung von Art. 5 des Abkommens vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (SR 0.142.112.681).

Die Meldepflicht für die 90-Tage-Dienstleistung bestimmt sich weitgehend nach Bundesrecht. Auf kantonaler Ebene sind demgegenüber lediglich noch die Zuständigkeiten sowie das Meldeverfahren zu regeln.

2. Betriebe

Allgemeine Voraussetzungen

§ 36

Abs. 1

Diese Norm zählt als eine Art allgemeiner Teil der Betriebsbewilligungen in Absatz 1 die bewilligungsfähigen Betriebe auf. Dazu zählen Spitäler (Bst. a), Pflegeheime (Bst. b), Organisationen der spitalexternen Gesundheits- und Krankenpflege (Bst. c), ambulante Einrichtungen (Bst. d), Geburtshäuser (Bst. e), Organisationen, die medizinische Ferndienstleistungen anbieten (Bst. f), Apotheken (Bst. g), Drogerien (Bst. h), Augentoptikerbetriebe (Bst. i) und medizinische Laboratorien (Bst. j). Die Aufzählung ist abschliessend.

Abs. 2

Die in Absatz 2 festgehaltenen allgemeinen Voraussetzungen sind für alle Betriebe gleich beschaffen. In Absatz 1 werden zusätzlich zu den allgemeinen Voraussetzungen die besonderen Voraussetzungen erwähnt, die sich nach Betriebsgruppen resp. -arten gliedert in den §§ 37 bis 42 befinden. Mit dieser Systematik können in kürzester Zeit die allgemeinen Voraussetzungen und die nach Gruppen resp. Arten unterschiedlichen Voraussetzungen eruiert werden. Gleichzeitig werden Wiederholungen vermieden.

Allen Betrieben werden die Erfordernisse des Absatzes 2 abverlangt. Dabei muss das erforderliche Fachpersonal (Bst. a) sowie eine zweckentsprechende Einrichtung verfügbar (Bst.

b) und für die Fortbildung des Personals gesorgt sein (Bst. c). Zudem sind ein angemessenes Qualitätssicherungssystem (Bst. d) und eine Haftpflichtversicherung oder eine dieser entsprechende Sicherheit (Bst. e) nachzuweisen.

Je nach Betrieb variieren die Voraussetzungen des Absatzes 2. So ist das Fachpersonal für den Betrieb eines Spitals ein grundlegend anderes als z.B. für einen Augenoptikerbetrieb. Bei Spitälern muss z.B. gewährleistet sein, dass eine ausreichende Anzahl qualifizierte Ärztinnen und Ärzte und genügend qualifiziertes Pflegepersonal für die ärztliche und pflegerische Betreuung zur Verfügung stehen. Bei Pflegeheimen sowie bei der spitalexternen Gesundheits- und Krankenpflege ist qualifiziertes Personal nötig, welches die fachgerechte Bedarfsabklärung vorzunehmen in der Lage ist.

Ebenso variieren die Voraussetzungen für die zweckentsprechende Einrichtung. Diese ist insbesondere bei den Spitälern stark vom Leistungsauftrag resp. von den angebotenen Leistungen abhängig. Die Art und Weise der Fortbildung des Personals wiederum ist weitgehend vom Erfordernis des Fachpersonals abhängig. Die Fortbildungsverpflichtung der Betriebe findet ihr Pendant auf der Berufspflichtenseite in § 22 Abs. 3, der eine persönliche, mit der Fortbildungsverpflichtung des Betriebs korrespondierende Pflicht enthält.

Während die Voraussetzungen von Bst. a-c ohne Weiteres nachvollziehbar sind, sollen Bst. d und e einen hohen Qualitätsstandard und die Sicherung allfälliger Geschädigtenansprüche gewährleisten. Insgesamt trägt § 36 dazu bei, das gewohnt hohe Niveau der Institutionen und Betriebe zu sichern. Damit wird das in Art. 58 KVG festgeschriebene Konzept verstärkt.

Die Haftpflichtversicherungspflicht ist angelehnt an diejenige von Art. 40 Abs. 1 Bst. h MedBG sowie an § 23 Abs. 1 Bst. b. Der Problematik, keine Versicherung abschliessen zu können, wird auch hier mit der Alternative begegnet, anderweitige, gleichwertige Sicherheiten anbieten zu müssen. Dabei kann neben Immobilienwerten auch an Bankgarantien, Garantieverprechen Dritter und ähnliche Vehikel oder gar an national organisierte Risikoausgleichspools gedacht werden. Selbstverständlich hat die Versicherungsdeckung die üblicherweise mit dem Betrieb verbundenen Haftpflichtrisiken des Unternehmens sowie der Mitarbeitenden abzudecken.

Besondere Voraussetzung Spitäler und Pflegeheime

§ 37

Diese Bestimmung setzt für Spitäler und Pflegeheime als einzige zusätzliche besondere Voraussetzung die zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung voraus.

Für die Spitalpharmazie bedeutet das z.B. die Beschaffung, Lagerung, Verteilung und Entsorgung von Arzneimitteln, Medizinprodukten oder die Anfertigung und Bereitstellung klinischer Versuchspräparate, aber auch das Erstellen klinikrelevanter Arzneimittelinformation und -dokumentation.

Besondere Voraussetzung spitalexterne Gesundheits- und Krankenpflege

§ 38

Für spitalexterne Gesundheits- und Krankenpflege wird als einzige besondere Voraussetzung das Bezeichnen einer für die Pflege verantwortlichen Fachperson im Sinne von § 32

Abs. 1 Bst. d vorausgesetzt. Damit erfüllt diese Fachperson die Anforderungen, dass sie sich über die erforderlichen beruflichen Fähigkeiten ausweist, vertrauenswürdig ist und physisch und psychisch Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung bietet.

Besondere Voraussetzung ambulante Einrichtungen

§ 39

Obwohl heute noch viele Dienstleistungserbringerinnen und Dienstleistungserbringer im Gesundheitswesen eine Einzelpraxis führen, ist eine klare Tendenz zu Zusammenschlüssen in Gemeinschaftspraxen festzustellen. Die Gründe für diese Entwicklung liegen vor allem bei den hohen Infrastrukturkosten, beim Wunsch nach Optimierung des Leistungspotentials sowie allgemein beim steigenden Kostendruck im Gesundheitswesen. Es ist zu erwarten, dass sich der festgestellte Trend zu Zusammenschlüssen in Zukunft noch verstärken wird.

Nach geltendem Bundesrecht ist die Wahl der Rechtsform einer Praxis frei und das KVG ermöglicht die Ausgestaltung einer Arztpraxis als juristische Person (Art. 35 Abs. 2 Bst. n und Art. 36a KVG). Art. 36a KVG wurde mit der Gesetzesänderung vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Januar 2001, eingeführt. Mit der Gesetzesrevision wurde klargestellt, dass zumindest aus der Sicht des Bundesgesetzgebers sich Ärztinnen und Ärzte in der Form einer juristischen Person organisieren dürfen. Für Gemeinschaftspraxen sind vor allem die Aktiengesellschaft (Art. 620 ff. OR) und die Gesellschaft mit beschränkter Haftung (Art. 772 ff. OR) attraktiv, da bei diesen Kapitalgesellschaften Haftungs-, Steueroptimierungs- und Praxisübergabefragen tendenziell einfacher zu lösen sind als bei anderen Organisationsformen. Letztlich liegt es aber in der Kompetenz der Kantone, ob sie Praxen in der Rechtsform von juristischen Personen zulassen wollen. Wird eine Praxis in der Form einer juristischen Person organisiert, sind die betreffenden Fachpersonen als Arbeitnehmende tätig und somit unselbstständig erwerbend.

Bedenken gegen eine unselbstständige Berufsausübung würden für den Fall bestehen, dass sich daraus eine Gefährdung oder Beeinträchtigung der öffentlichen Gesundheit ergeben könnte. Dies wird durch die entsprechenden Bestimmungen des GesG und des KVG ausgeschlossen.

Gemäss § 39 (sowie § 43) müssen die in ambulanten Einrichtungen angestellten Fachpersonen im Sinne von § 30 Abs. 1 die Voraussetzungen gemäss § 32 Abs. 1 Bst. d erfüllen. Damit haben sie den gleichen fachlichen und persönlichen Anforderungen wie selbstständig Tätige zu genügen. Zudem gelten nach § 24 für angestellte Medizinalpersonen die Berufspflichten nach Art. 40 MedBG sinngemäss. Folglich können sich Fachpersonen im Sinne von § 30 Abs. 1 mit der Gründung einer Praxis als AG oder GmbH den Bewilligungsanforderungen sowie den Berufspflichten nicht entziehen. Das Betreiben einer Praxis in Form einer juristischen Person ist daher zulässig. Deshalb wird unter den Voraussetzungen von § 39 als juristische Personen ausgestalteten ambulanten Einrichtungen eine Betriebsbewilligung erteilt. Dabei ist festzuhalten, dass es sich bei den ambulanten Einrichtungen um einen Oberbegriff handelt, der nicht bloss ambulante Arztpraxen umfasst, sondern auch Praxen mit anderer Ausrichtung, wie z.B. eine Physiotherapiepraxis.

Besondere Voraussetzungen Geburtshäuser

§ 40

Die in § 40 genannten Geburtshäuser sind selbstständige von klinischen Institutionen unabhängige Betriebe, in denen die Geburtshilfe ambulant und unter hausgeburtsähnlichen Voraussetzungen praktiziert wird. Die Leitung eines Geburtshauses obliegt der Verantwortung der Geburtshelferinnen und Geburtshelfer. Die angebotenen Leistungen werden durch professionelle Zusammenarbeit im medizinischen und psychosozialen Bereich vervollständigt.

Wie die übrigen institutionellen Leistungserbringer unterstehen gemäss § 36 auch die Geburtshäuser einer Bewilligungspflicht. Die Betriebsbewilligung wird erteilt, wenn die fachgerechte Durchführung von Geburten durch Geburtshelferinnen und Geburtshelfer, welche die Voraussetzungen dieses Gesetzes erfüllen, gewährleistet ist (Absatz 1 Bst. a). Zudem ist in Anlehnung an Art. 55a Abs. 2 Bst. d der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV [SR 832.102]) erforderlich, dass die Vorkehrungen zur Einleitung von Massnahmen im medizinischen Notfall getroffen worden sind (Absatz 1 Bst. b).

Besondere Voraussetzung medizinische Ferndienstleistungen

§ 41

Diese Norm statuiert die Bewilligungspflicht für die institutionellen Leistungserbringer im Bereich der medizinischen Ferndienstleistungen.

Sind die übrigen Voraussetzungen gemäss § 36 Abs. 2 Bst. a-e gegeben, wird die Betriebsbewilligung erteilt, sofern die medizinische Leitung die für das Fachgebiet erforderlichen Voraussetzungen gemäss § 32 Abs. 1 Bst. d erfüllt. Damit muss die medizinische Leitung den gleichen fachlichen und persönlichen Anforderungen wie eine selbstständig tätige Medizinalperson genügen. Zudem gelten nach § 24 die Berufspflichten von Art. 40 MedBG sinngemäss. Damit ist sichergestellt, dass die telemedizinische Einrichtung über qualifiziertes Personal verfügt und die erbrachten Leistungen einen adäquaten Standard erfüllen.

Mit der Formulierung "für das Fachgebiet erforderlichen Voraussetzungen im Sinne von § 32 Abs. 1 Bst. d" werden zudem auch allfällige neu einzuführende Fähigkeitsausweise für z.B. klinische Telemedizin angemessen erfasst.

Besondere Voraussetzung Apotheken, Drogerien, Augenoptik und medizinische Laboratorien

§ 42

Die Betriebsbewilligung für Apotheken, Drogerien, Augenoptikbetriebe und medizinische Laboratorien regelt § 42. In Analogie zum geltenden Recht müssen solche Betriebe durch eine Fachperson geführt werden. Entsprechende Regelungen enthalten bereits § 7 Abs. 2 der Verordnung über die Apotheken (Apothekenverordnung) vom 18. Mai 1982 (SG 349.100), § 3 Abs. 2 der Verordnung über die Drogerien (Drogerieverordnung) vom 7. September 2004 (SG 349.300) sowie § 4 der Verordnung über die Ausübung nicht-ärztlicher Medizinalberufe (Nicht-ärztliche Medizinalberufe-Verordnung) vom 5. Januar 1999 (SG 310.150).

Unselbstständig tätige Fachpersonen

§ 43

Mittels Verweisung auf § 32 Abs. 1 Bst. d wird die Qualifikation der in einem Betrieb im Sinne von § 36 Abs. 1 (allenfalls neben der Leitung) unselbstständig tätigen Fachpersonen geregelt. Diese Fachpersonen sind von der Bewilligungspflicht befreit. Im Sinne der Qualitätssicherung müssen sie jedoch (freilich immer unter Vorbehalt anderslautenden Bundesrechts) ihrerseits die fachlichen und persönlichen Bewilligungsvoraussetzungen erfüllen. Für angestellte Medizinalpersonen gelten nach § 24 zudem die Berufspflichten gemäss Art. 40 MedBG analog. Folglich können sich Fachpersonen im Sinne von § 30 Abs. 1, auch wenn sie in einem Betrieb tätig sind, weder den Bewilligungsanforderungen noch den Berufspflichten entziehen.

Bewilligungsgesuch

§ 44

Dieser Paragraph enthält die Grundsätze der formellen Voraussetzungen für die Bewilligungserteilung und legt fest, dass die Gesuchseinreichung innert der gleichen Frist wie bei den Bewilligungen zur selbstständigen Berufsausübung, d.h. spätestens zwei Monate vor der Betriebsaufnahme, zu erfolgen hat. Die weiteren formellen Voraussetzungen werden durch Ausführungsvorschriften sowie gegebenenfalls das Bundesrecht geregelt.

Bewilligungsdauer

§ 45

Abs. 1

Die Befristung von Betriebsbewilligungen verbietet sich schon aufgrund des betrieblichen Fortführungsgedankens. Zudem besteht die Möglichkeit des Bewilligungsentzugs, wenn die Bewilligungsvoraussetzungen nicht (mehr) vorliegen (§ 46 Abs. 1). Gemäss § 45 Abs. 1 werden Betriebsbewilligungen daher unbefristet erteilt.

Abs. 2

Bst. a

Bewilligungspflichtige Betriebe bedürfen der Bewilligung desjenigen Kantons, auf dessen Gebiet der bewilligungspflichtige Betrieb inkorporiert ist. Wird der bewilligungspflichtige Betrieb im Kanton aufgegeben oder in einen anderen Kanton oder ins Ausland verlegt, ist eine kantonale Bewilligung nicht mehr erforderlich, weshalb sie gemäss § 45 Abs. 2 Bst. a erlischt.

Bst. b

Diese Bestimmung sieht das Erlöschen der Bewilligung für den Fall vor, dass innerhalb von zwölf Monaten nach Erteilung der Bewilligung kein Betrieb eröffnet wurde. Mit der Jahresfrist wird sichergestellt, dass nicht Bewilligungen in Kraft sind, mit welchen keine entsprechende

Tätigkeit verbunden ist. Die Dauer der Frist lehnt sich dabei an § 9a der Zulassungseinschränkungs-Verordnung an.

Abs. 3

Die Meldepflicht stellt sicher, dass nicht Bewilligungen in Kraft sind, mit welchen keine Tätigkeit (mehr) verbunden ist.

Bewilligungsentzug

§ 46

Abs. 1

Die Betriebsbewilligung wird entzogen, wenn ihre Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind oder nachträglich Tatsachen festgestellt werden, aufgrund derer die Bewilligung hätte verweigert werden müssen. Die Wirkungen des Bewilligungsentzugs richten sich nach verwaltungsrechtlichen Grundsätzen und werden in der Regel auf die Zukunft beschränkt sein. Erfolgt der Entzug allerdings wegen Tatsachen, die zur Bewilligungsverweigerung hätten führen müssen, kommt eine Rückwirkung in Betracht, soweit diese nicht aus Gründen der Rechtssicherheit oder des Vertrauensschutzes ausgeschlossen ist.

Abs. 2

Damit Gefährdungen des Publikums ausgeschlossen werden können, muss die dauerhafte Erfüllung der Bewilligungsvoraussetzungen sichergestellt sein. Absatz 2 sieht daher vor, dass das Vorliegen der Bewilligungsvoraussetzungen vom zuständigen Departement regelmässig überprüft wird.

3. Einschränkungen

§ 47

Eine Bewilligung kann mit Nebenbestimmungen, wie Einschränkungen fachlicher, zeitlicher und räumlicher Art oder Auflagen und Bedingungen verbunden werden, soweit sich dies aus Erlassen des Bundes oder des Kantons ergibt oder für die Sicherung einer qualitativ hochstehenden und zuverlässigen medizinischen, pharmazeutischen, pflegerischen oder anderen Art der Gesundheitsversorgung erforderlich ist.

Nebenbestimmungen sind stets dort gerechtfertigt, wo die Erteilung einer Bewilligung verweigert werden könnte, wenn sie ohne Einschränkungen erlassen werden müsste. Auf diese Weise dient die Verknüpfung einer Bewilligung mit einer Nebenbestimmung dem Verhältnismässigkeitsgrundsatz, indem im Sinne einer mildereren Massnahme die Bewilligung nicht verweigert, sondern mit einer sachgerechten Einschränkung verbunden wird.

4. Nicht bewilligungspflichtige Tätigkeiten

§ 48

Abs. 1

Hier wird klargestellt, dass als Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne des GesG auch die Ausübenden nicht bewilligungspflichtiger Berufe gelten und es wird insoweit die Aufsichtskompetenz von § 3 konkretisiert. Im Interesse der öffentlichen Gesundheit kann deshalb im Einzelfall die Ausübung nicht bewilligungspflichtiger Tätigkeiten, welche die Gesundheit beeinträchtigen können, mit Auflagen und Bedingungen verbunden oder untersagt und es können Kontrollen durchgeführt werden. Ein Ausübungsverbot kommt im Sinne der Verhältnismässigkeit allerdings nur als "ultima ratio", als letztes Mittel, in Betracht.

Zu den hier erwähnten Tätigkeiten zählen namentlich die Körper- und Schönheitspflege, das Tätowieren (auch „permanent make-up“), das Piercen sowie das Betreiben von Solarien. Zu denken ist auch an das Zahnbleaching, welches ab gewissen Wirkstoffkonzentrationen schädigendes Potential haben kann.

Abs. 2

Der Regierungsrat kann die zum Schutz der Gesundheit erforderlichen Vorschriften für die Berufs- und Tätigkeitsausübung erlassen. Zu denken ist dabei vor allem an Vorschriften betreffend Hygiene sowie den Schutz von Kindern und Jugendlichen.

5. Publikation

§ 49

Für die Publikation rechtskräftiger Entscheide über erteilte Bewilligungen und erst recht deren Entzug oder anderweitiges Erlöschen sowie Berufsausübungsverbote und weiterer rechtskräftiger Bewilligungseinschränkungen ist eine gesetzliche Grundlage erforderlich. Üblicherweise werden diese Publikationen im Kantonsblatt vorgenommen. Unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips kann in dringenden Fällen aber auch eine andere Form der Publikation (z.B. Tagespresse) gewählt werden.

VII. Weitere Vorschriften

1. Generalklausel

§ 50

Diese spezialgesetzliche Generalklausel räumt dem zuständigen Departement resp. den gesundheitspolizeilichen Funktionsträgerinnen und Funktionsträgern gemäss § 4 die Kompetenz ein, Anordnungen zu treffen. Der Gesetzgeber kann nicht alle Gefahren, die der öffentlichen Gesundheit drohen könnten, vorhersehen und deren Abwehr regeln. Deshalb erlaubt es die polizeiliche Generalklausel, auch ohne konkrete gesetzliche Grundlage jene Massnahmen zu treffen, welche zur Abwehr einer unmittelbar drohenden oder zur Beseitigung

einer eingetretenen schwerwiegenden Störung der öffentlichen Gesundheit erforderlich sind. Die Generalklausel kann ausschliesslich in Fällen zeitlicher Dringlichkeit angerufen werden.

2. Bekämpfung übertragbarer Krankheiten

§ 51

Art. 118 Abs. 2 Bst. b BV erteilt dem Bund die Kompetenz, im Bereich der Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten von Menschen und Tieren umfassende Vorschriften zu erlassen. Von dieser Kompetenz hat der Bund mit Erlass des Bundesgesetzes vom 18. Dezember 1970 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz [SR 818.101]) und des Tierseuchengesetzes vom 1. Juli 1966 (TSG [SR 916.40]) Gebrauch gemacht. Grundsätzlich haben die Kantone in diesem Bereich lediglich Vollzugskompetenzen (Art. 46 BV). In § 51 werden das zuständige Departement resp. die gesundheitspolizeilichen Funktionsträgerinnen und Funktionsträger gemäss § 4 als kantonale Vollzugsbehörden im Bereich der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten eingesetzt. Zurzeit befindet sich das Epidemiengesetz in Revision. Damit § 51 nicht kurz nach seiner Inkraftsetzung an das revidierte Bundesrecht angepasst werden muss, empfiehlt sich eine Verweisung auf die anwendbaren Bundesgesetze, zumal in diesem Gebiet lediglich eidgenössisches Recht zu vollziehen ist.

Gesundheitspolizeiliche Massnahmen (z.B. ärztliche Überwachung, Absonderung und Quarantäne) berühren in mehr oder weniger starkem Ausmass verfassungsrechtlich geschützte Grundrechtspositionen (z.B. Persönlichkeitsrechte, Wirtschaftsfreiheit). Das Bundesrecht begegnet dem beschriebenen Zielkonflikt – öffentliches Interesse *versus* Grundrechte – durch die Vorgabe von Leitlinien und Kriterien.

3. Inkonvenienzentschädigungen für Geburtshilfe und Wochenbettbetreuung

§ 52

Diese Bestimmung hält den Grundsatz fest, dass selbstständigen Geburtshelferinnen und Geburtshelfern ein Anspruch auf eine Inkonvenienzentschädigung für von ihnen geleitete Geburten und Wochenbettbetreuungen zusteht. Eine entsprechende Verordnung besteht bereits (Verordnung betreffend Ausrichtung von Inkonvenienzentschädigungen für Hebammen und Wochenbettschwestern vom 19. Februar 2008 [SG 310.800]). Ohne die Norm in § 52 fehlt es an einer gesetzlichen Grundlage für diese Verordnung, die sich bislang bloss auf die Nicht-ärztliche Medizinalberufe-Verordnung abstützt.

Abs. 1

Das GesG stellt klar, dass die Entschädigungen auf Geburtshilfe und Wochenbettbetreuungen beschränkt sind, die Gebärende mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt betreffen.

Abs. 2

Die Einwohnergemeinden Bettingen und Riehen übernehmen wie bisher die Entschädigungen, die Gebärende mit Wohnsitz in den Einwohnergemeinden betreffen.

4. Werbung

§ 53

Werbung hat objektiv und weder irreführend noch aufdringlich zu sein.

Die Hauptanwendungsfälle verpönter Werbung im Gesundheitsbereich sind bereits in anderen Erlassen auf Kantons- und auf Bundesebene enthalten:

Baselstädtisches Übertretungsstrafgesetz vom 15. Juni 1978 (SG 253.100), baselstädtische Plakatverordnung vom 7. Februar 1933 (SG 569.500), Bundesgesetz vom 24. März 2006 über Radio und Fernsehen (RTVG [SR 784.40]), Verordnung des EDI vom 23. November 2005 über alkoholische Getränke (SR 817.022.110), Verordnung vom 27. Oktober 2004 über Tabakerzeugnisse und Raucherwaren mit Tabakersatzstoffen (Tabakverordnung, TabV [SR 817.06]), Bundesgesetz vom 9. Oktober 1992 über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände (Lebensmittelgesetz, LMG [SR 817.0]), Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte, (Heilmittelgesetz HMG [SR 812.21]) sowie Verordnung vom 17. Oktober 2001 über die Arzneimittelwerbung (Arzneimittel-Werbeverordnung, AWV [SR 812.212.5]).

Aus diesem Grund kann auf eine weitergehende Normierung in diesem Bereich verzichtet werden.

5. Verbot der Selbstdispensation

§ 54

Vorliegend wird das Verbot der Selbstdispensation statuiert. Dieses dient der Patientensicherheit (4-Augen-Prinzip) und der Kostendämpfung (wer verschreibt, verdient nicht gleichzeitig am Arzneimittelkonsum). Dabei werden unter Selbstdispensation die Abgabe und/oder der Verkauf von Arzneimitteln im Gegensatz zu deren blossen Verschreibung verstanden. Als Einschränkung der Wirtschaftsfreiheit bedarf dieses Verbot einer gesetzlichen Grundlage.

Abs. 1

Zu den unter das Verbot der Selbstdispensation fallenden Tätigkeiten zählt neben der Abgabe auch die Lagerung. Ausserdem wird klargestellt, dass im ambulanten Bereich nur die Apotheken und Drogerien im Rahmen ihrer Abgabekompetenz berechtigt sind, Arzneimittel abzugeben. Die Erwähnung der Abgabekompetenz stellt die Kongruenz mit dem Bundesrecht (HMG) her.

Abs. 2

Dieser Absatz enthält eine Kompetenz zum Erlass von Vorschriften, wie sie heute in § 5 der baselstädtischen Verordnung über Arzneimittel (Arzneimittelverordnung) vom 7. September 2004 (SG 340.100) enthalten ist.

Auch inskünftig soll es nicht unter das Verbot der Selbstdispensation fallen, wenn Arzneimittel in einer ersten Dosis im medizinischen Notfall durch die behandelnde Ärztin, Zahnärztin oder Chiropraktin oder den behandelnden Arzt, Zahnarzt oder Chiropraktor oder im Rah-

men einer ambulanten Notfallbehandlung im Spital verabreicht werden. Ebenso werden die Applikation von Arzneimitteln (z.B. von Spritzen) im Verlauf einer ärztlichen Konsultation sowie die Verabreichung von Arzneimitteln in einem Spital im Rahmen der stationären Behandlung nicht vom Verbot der Selbstdispensation erfasst.

Gleichermassen soll das Recht der Tierärztinnen und Tierärzte auf Selbstdispensation auch in Zukunft erhalten bleiben.

6. Verursacherprinzip

§ 55

Dieser Paragraph normiert das Verursacherprinzip. Dieses aus dem Umweltschutzrecht und dem Transplantationsgesetz bekannte Grundprinzip begrenzt das Sozialstaatsprinzip in sinnvoller Weise. Kosten, welche von bekannten Verursacherinnen oder Verursachern herühren, müssen nicht der Allgemeinheit überbunden werden. Das Verursacherprinzip leistet einen Beitrag an die Begrenzung der Kostenentwicklung im Gesundheitsbereich und stellt insbesondere zusammen mit der Generalklausel eine Norm dar, welche die Möglichkeit bietet, Kosten, die allfällige von einer Verursacherin oder einem Verursacher ausgelöste Massnahmen betreffen, diesen zuzurechnen und von diesen zurückzuverlangen. Erforderlich ist eine spezifische Beziehungsnähe zur konkreten Gefahr oder Einwirkung. Die Wiederherstellung des ordnungsgemässen Zustandes kann Abwehr-, Verminderungs-, Feststellungs- und Beseitigungskosten nach sich ziehen.

So können z.B. die anfallenden Kosten, welche eine gesundheitspolizeilich notwendige Massnahme (z.B. die Schliessung eines Betriebes aus hygienischen Gründen) verursacht, der Bewilligungsinhaberin resp. dem Bewilligungsinhaber überbunden werden.

7. Gesundheitsförderung und Prävention

§ 56

Gemäss § 26 KV schützt und fördert der Kanton die Gesundheit der Bevölkerung und trifft Massnahmen zur Prävention. § 56 konkretisiert diese Ziele und ermöglicht es dem Regierungsrat, Massnahmen und Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention zu veranlassen und zu unterstützen. Zusätzlich werden insbesondere Gegenstand und Zweck von Gesundheitsförderung und Prävention umschrieben.

Die „Gesundheitskompetenz“, welche mittlerweile zum Schlüsselbegriff von Gesundheitsförderung und Prävention geworden ist, wird im GesG explizit genannt. Die „Gesundheitskompetenz“ ist als umfassendes Konzept zu verstehen, welches dem Einzelnen erlaubt, sich gesundheitsbewusst zu verhalten und im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die einen positiven Einfluss auf die Gesundheit haben.

Aufgrund der verbesserten hygienischen Verhältnisse und dank der Entwicklung von Impfstoffen sind heute nebst Unfällen nicht mehr Infektions-, sondern vor allem Herz-Kreislauf- sowie Krebserkrankungen die Hauptgründe für einen vorzeitigen Tod. Es ist zu erwarten, dass wegen des demographischen Wandels der Einfluss dieser Krankheiten auf den Gesundheitszustand der Allgemeinheit weiter zunehmen und sich demzufolge auch auf die Kostentwicklung im Gesundheitswesen auswirken wird. Da viele Krankheiten und Unfälle

durch einen gesunden Lebensstil und verbesserte Lebensbedingungen verhindert oder zumindest hinausgezögert werden können, erhalten Gesundheitsförderung und Prävention einen neuen, wichtigen Stellenwert.

Mit einem nicht abschliessenden Katalog von Handlungsmöglichkeiten wird Raum für die Unterstützung von unterschiedlichen Projekten und Massnahmen belassen. Neben Informations- und Früherkennungsmassnahmen werden namentlich Massnahmen und Projekte zur Förderung der Gesundheitskompetenz, zur Schaffung von Anreizen zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens, zum Abbau von gesundheitlichen Ungleichheiten (z.B. betreffend das Geschlecht oder die soziale Herkunft etc.) sowie zur Förderung der Selbsthilfe genannt (vgl. auch den Entwurf zu einem Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung).

8. Missbrauch und Abhängigkeit

§ 57

Diese Norm enthält Bestimmungen zur Vorbeugung von Missbrauch und Abhängigkeit, die eng mit den Bemühungen im Bereich der Gesundheitsförderung und der Prävention zusammenhängen. Die Gesundheit der Bevölkerung wird durch den Missbrauch von Suchtmitteln, wie z.B. Alkohol, aber auch die Abhängigkeit von nicht substanzbezogenen Süchten, wie z.B. das Spielen, massiv in Mitleidenschaft gezogen. Schweizweit sind rund 300'000 Personen alkoholabhängig. Problematischer Alkoholkonsum, zu dem auch das vermehrt auftretende Rauschtrinken Jugendlicher gehört, verursacht schweizweit jährliche Kosten in der Höhe von über CHF 6.5 Mia.

Abs. 1

Gemäss § 57 kann der Regierungsrat Massnahmen und Projekte zur Vorbeugung von Missbrauch und Abhängigkeit von Tabak, Alkohol und anderen Suchtmitteln und von weiteren Abhängigkeiten veranlassen und unterstützen.

Abs. 2

Im Weiteren sorgt er für die Information der Bevölkerung und für die Betreuung, Behandlung und die gesellschaftliche Integration betroffener Personen.

9. Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen

§ 58

Die Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen regelt § 58. Der Regierungsrat bestimmt die Organisation der Gesundheitsförderung und Prävention in den verschiedenen Institutionen. Das zuständige Departement, vorliegend ist die Zuständigkeit auf das Erziehungs- und das Gesundheitsdepartement aufgeteilt, ist mit dem Vollzug betraut.

10. eHealth und Krebsregister

eHealth

§ 59

Unter „eHealth“ als Sammelbegriff für Projekte, bei denen Informations- und Kommunikationstechnologien im medizinischen Bereich zum Einsatz kommen („elektronische Gesundheitsdienste“), werden unterschiedliche Konzepte verstanden. Mögliche Instrumente sind Gesundheitsportale, elektronische Gesundheitsdatensätze (Patientendokumentationen, Versichertenkarte), telemedizinische Leistungen (die teilweise schon zur Anwendung gelangen und grundsätzlich bewilligungsfähig sind) oder tragbare Überwachungssysteme.

Telemedizinische Leistungen lassen sich in Gruppen einteilen. Neben Konsultationen per Telefon oder Internet, die unnötige Arztbesuche verhindern oder wichtige Behandlungen ohne Verzögerung einleiten helfen können und die gemäss § 41 grundsätzlich bewilligungsfähig sind, kann an Telekonsile und Telemonitoring gedacht werden. Telekonsile ermöglichen gerade in der Spitzenmedizin hochstehende Ferndiagnosen, indem dank elektronischer Übermittlung Entscheidungsgrundlagen gemeinsam beurteilt werden können. Telemonitoring ermöglicht eine Überwachung von Parametern der Patientin oder des Patienten, ohne dass diese Personen sich in eine ärztliche Konsultation begeben müssen. Die Daten werden telemetrisch an ein Zentrum überliefert und sind dort sofort überprüfbar. Damit ist unter Umständen ein schnelleres Eingreifen im Notfall möglich.

Als Elemente des Gesundheitssystems der Zukunft sind diese Instrumente nicht bloss auf eine Steigerung der Produktivität ausgerichtet, sie dienen auch Zwecken wie der Förderung der Gesundheitskompetenz, der Vorbeugung, der Verbesserung der Diagnose, der Behandlung und Überwachung von Krankheiten.

Abs. 1

Mit einer gesetzlichen Grundlage für die Erprobung von neuen Technologien und Anwendungen im Bereich eHealth wird die Durchführung von Modellversuchen ermöglicht. Bewähren sich die Technologien, wären für den sog. Regelbetrieb u.U. gesetzliche Grundlagen nötig. Es widerspräche aber dem Sinn des Modellversuches, wenn bereits im Vorfeld für einzelne Technologien vorsorglich gesetzliche Grundlagen für den allenfalls erstrebenswerten Regelbetrieb eingerichtet würden.

Abs. 2

Auf den 1. Januar 2010 ist die auf Art. 42a KVG zurückzuführende Versichertenkarte eingeführt worden. Die erweiterte Nutzung derselben wird in Art. 16 der Verordnung vom 14. Februar 2007 über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (VVK [SR 832.105]) unter verschiedenen Voraussetzungen, die das kantonale Recht regeln muss, in Aussicht gestellt. Das kantonale Recht muss den Rahmen, den Zweck und eine zeitliche Befristung des Versuchs festlegen, das zuständige kantonale Organ bezeichnen, die Freiwilligkeit der Teilnahme der Versicherten und der Leistungserbringer gewährleisten, die im Rahmen des Versuchs bearbeiteten Personendaten festlegen und die Zugriffsrechte auf Personendaten regeln. Ausserdem ist der Modellversuch durch eine Evaluation zu begleiten

(Art. 16 Abs. 3 VVK). Eine Pflicht zur Berichterstattung ans Bundesamt für Gesundheit wird ebenfalls statuiert.

Mit der Grundlage in Art. 16 VVK reicht die Festlegung dieser Voraussetzungen in einer Verordnung aus. Trotzdem sollen im GesG die heiklen Punkte wie die Regelung der zu bearbeitenden Personendaten und Zugriffsrechte sowie die Freiwilligkeit der Teilnahme als Grundsätze für die Durchführung von Modellversuchen aufgenommen werden und nicht auf die erweiterte Nutzung der Versichertenkarte beschränkt werden. Absatz 2 nennt deswegen die Versichertenkarte nicht explizit.

Krebsregister

§ 60

Jährlich werden in der Schweiz 31'000 neue Krebsfälle diagnostiziert. Krebs ist nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache. 15'000 Menschen sterben in der Schweiz jährlich an Krebs.

§ 60 stellt eine gesetzliche Grundlage für die Führung eines Krebsregisters dar. Basel-Stadt führt gemeinsam mit dem Kanton Basel-Landschaft das Krebsregister beider Basel (KRBB), das der Erfassung aller bösartigen Tumoren bei Einwohnerinnen und Einwohnern der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft dient. Das KRBB wurde 1969 von der Krebsliga beider Basel gegründet und wurde 1992 von den Trägerkantonen übernommen. Das KRBB arbeitet mit dem Nationalen Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung (NICER) zusammen und nimmt über dieses Portal an nationalen und internationalen Studien teil. Insgesamt existieren 13 kantonale Krebsregister, die 58 % der Bevölkerung abdecken. Die Aufnahme ins Register kann von den Patientinnen und Patienten verweigert werden. Im Register werden die Daten anonymisiert und nur in anonymisierter Form bearbeitet. Eine Identifikation der Patientinnen und Patienten ist nicht möglich.

Mit der Aufnahme einer gesetzlichen Grundlage können die Bemühungen des Kantons Basel-Stadt im Bereich der Prävention unterstrichen werden, ausserdem wird ein Bekenntnis zum KRBB statuiert.

11. Auflagen und Bedingungen

§ 61

§ 61 enthält die gesetzliche Grundlage, um Leistungsaufträge mit Auflagen und Bedingungen zu verbinden.

In Absatz 2 werden dem Regierungsrat die erforderlichen Instrumente des Auskunfts- resp. Einsichtsrechts zur Verfügung gestellt.

Absatz 3 enthält eine Verpflichtung zur Wahrung der Geschäftsgeheimnisse, von denen der Regierungsrat allenfalls Kenntnis erlangen könnte.

VIII. Disziplarmassnahmen und Strafbestimmungen

1. Disziplarmassnahmen

§ 62

Die Bestimmungen zu den Disziplarmassnahmen lehnen sich stark an das MedBG an. Damit wird auf Bundesebene Erprobtes weitgehend übernommen.

Abs. 1

Absatz 1 sieht die Anordnung von Disziplarmassnahmen bei Verletzung der Berufspflichten, den Vorschriften des GesG oder von Ausführungsbestimmungen zu demselben vor. Dazu gehören die Verwarnung, der Verweis, die Busse bis CHF 20'000.-, ein Verbot der Berufsausübung für längstens sechs Jahre sowie ein definitives Verbot der Berufsausübung für das ganze oder einen Teil des Tätigkeitspektrums als einschneidendste Massnahme.

Die Verhängung eines dauernden Berufsverbotes ist nur zulässig, wenn keine mildere Massnahme zur Verfügung steht. In Betracht kommt es bei wiederholten schweren Gesetzesverletzungen oder wenn ein einzelner Verstoss die öffentlichen Interessen derart krass verletzt, dass eine weitere Berufsausübung ausgeschlossen erscheint.

Abs. 2

Bei Verletzung der Berufspflichten zur Fortbildung werden lediglich die Verwarnung, der Verweis oder die Busse vorgesehen. Darin ist eine gesetzliche Ausprägung des Verhältnismässigkeitsprinzips zu erkennen. Diese Einschränkung gilt dann nicht, wenn die Verletzung der Fortbildungspflicht in Kombination mit anderen Verletzungen der Berufspflichten vorliegt.

Für die Verletzung der Schweigepflicht gemäss § 26 Abs. 1 können nur Verwarnungen und Verweise ausgesprochen werden. Von der Verhängung anderer Disziplarmassnahmen muss, weil in diesem Bereich das StGB Vorrang hat (vgl. Art. 321 StGB), abgesehen werden.

Abs. 3

Dieser Absatz regelt die Möglichkeiten der Kumulation der Massnahmen und hält fest, dass bei Berufsausübungsverboten (sowohl definitiven als auch befristeten) zusätzlich eine Busse ausgesprochen werden kann.

Abs. 4

Während eines Disziplinarverfahrens kann die Bewilligung zur Berufsausübung eingeschränkt, mit Auflagen oder Bedingungen versehen oder entzogen werden. Die Verhängung von Disziplarmassnahmen steht, wie erwähnt, unter dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit. Es versteht sich daher von selbst, dass eine so weitgehende Massnahme wie der Bewilligungsentzug nur in Fällen verfügt werden darf, in denen klare Verdachtsmomente bestehen, die auf eine schwerwiegende Verfehlung hinweisen. Gegen geringe disziplinarische Verstösse stehen schwere vorsorgliche Massnahmen nicht zur Diskussion.

Die vorsorgliche Massnahme selbst hat keinen disziplinarischen Charakter und soll gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung so rasch wie möglich durch eine definitive Sanktion abgelöst werden.

Abs. 5

Absatz 5 findet keine Entsprechung im MedBG. Die Bestimmung stellt eine Grundlage dafür dar, dass beschränkt auf Fälle, in denen ein Verdacht auf schwerwiegende Berufspflichtverletzungen besteht, die Kommunikation zwischen den zuständigen Berufsorganisationen und dem Departement gewährleistet ist. Die auszutauschenden Informationen beschränken sich auf sachdienliche Hinweise und dienen auch der Vermeidung von übermässigen Belastungen der Disziplinierten, die sich aus der mangelnden Koordination von Disziplinarverfahren ergeben können.

2. Strafbestimmungen

Grundsatz

§ 63

Die Strafbestimmungen des GesG (das MedBG verzichtet auf diese) bewegen sich in einem Rahmen, der in anderen Kantonen auch üblich ist.

Es ist allgemein anerkannt, dass Strafen neben Disziplinar-massnahmen ausgesprochen werden können. Das Prinzip des „ne bis in idem“ (dieses verbietet im Strafrecht eine zweite Strafe für dasselbe Delikt) gilt in diesem Zusammenhang nicht. Gleichwohl ist eine Gesamtschau der zu verhängenden Sanktionen geboten, dies umso mehr, als auch Disziplinar-massnahmen relativ weitgehende Folgen nach sich ziehen können.

Abs. 1

Absatz 1 enthält einen abschliessenden Katalog von Taten, deren vorsätzliche Begehung mit Busse bis zu CHF 50'000.- bestraft wird. Dazu gehören die Ausübung einer bewilligungspflichtigen Tätigkeit ohne Bewilligung (Bst. a), das Führen eines bewilligungspflichtigen Betriebes ohne Bewilligung (Bst. b), die Übertragung von Aufgaben an unselbstständig Tätige, die deren berufliche Qualifikation übersteigen (Bst. c), die Verletzung der Meldepflichten nach § 28 (Bst. d), die Verletzung der Vorschriften betreffend die Obduktion (Bst. e), die Verletzung des Verbotes der Selbstdispensation (Bst. f), die Veränderung, die ganze oder teilweise Vernichtung einer Patientendokumentation ohne Berechtigung (Bst. g), der Verstoss gegen eine Ausführungsvorschrift zum GesG, deren Übertretung vom Regierungsrat für strafbar erklärt wird (Bst. h) und der Verstoss gegen eine unter Hinweis auf die Strafdrohung dieser Vorschrift des GesG erlassene rechtskräftige Verfügung (Bst. i).

Abs. 2

Die Anstiftung, der Versuch und die Gehilfenschaft sind strafbar.

Abs. 3

Die fahrlässige Begehung der oben genannten Delikte wird mit Busse bis zu CHF 10'000.- bestraft. Weil nicht alle Delikte in ihrer fahrlässigen Begehung den gleichen Unrechtsgehalt aufweisen, soll eine explizite Norm der Richterin oder dem Richter die Möglichkeit einräumen, in leichten Fällen von einer Bestrafung abzusehen.

Abs. 4

Die gleiche Busse als Mindestmass für den Wiederholungsfall innert fünf Jahren seit der rechtskräftigen Verurteilung ist in Absatz 4 vorgesehen.

*Widerhandlungen in Betrieben***§ 64**

Diese Bestimmungen sind mit geringfügigen Adaptierungen dem Bundesgesetz vom 22. März 1974 über das Verwaltungsstrafrecht (VStrR [SR 313.0]) entliehen (vgl. dort Art. 6). Damit wird eine Art „Durchgriff“ auf die resp. den hinter einer juristischen Person oder einer ähnlichen Konstruktion stehenden Täterin oder Täter, resp. auf das „Organ“ eines solchen Konstrukts, ermöglicht. Mit diesen Normen wurde bewusst Abstand genommen von den leicht mit diesen Vorschriften zu verwechselnden Bestimmung von Art. 102 StGB, in welcher eine umstrittene Strafbarkeit der juristischen Person statuiert ist, und gerade das Verhalten Einzelner, die aufgrund mangelhafter Organisation des Unternehmens nicht belangbar sind, der juristischen Person zugerechnet wird.

Die ratio legis besteht in einer Zurechnung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit zu der natürlichen Person, die – dies im Unterschied zur Strafbarkeit der juristischen Person – schuldhaft gehandelt hat. Es findet keine Übertragung der Verantwortlichkeit statt, abgesehen von der Verantwortlichkeit in Absatz 2, in welchem der Unterlassenden oder dem Unterlassenden die Unterlassung zum Vorwurf gemacht wird. Aber auch in diesem Fall gründet die Strafbarkeit im persönlichen Verschulden der unterlassenden Garantin resp. des unterlassenden Garanten.

Abs. 1

Nach Absatz 1 wird die natürliche Person bestraft, welche eine Tat in Ausübung geschäftlicher oder dienstlicher Verrichtungen für eine juristische Person, Kollektiv- oder Kommanditgesellschaft, Einzelfirma oder Personengesamtheit ohne Rechtspersönlichkeit oder sonst in Ausübung geschäftlicher oder dienstlicher Verrichtungen für eine andere Person begeht. Dabei wird die Strafbarkeit gemäss § 63 auf diese Person übertragen.

Abs. 2

Im Unterlassungsfall wird die unterlassende Person bestraft, die es vorsätzlich oder fahrlässig in Verletzung einer Rechtspflicht unterlässt, eine Widerhandlung von Untergebenen, Beauftragten oder der Vertreterin, des Vertreters abzuwenden oder in ihren Wirkungen aufzuheben. Dabei gilt das Strafmass für die handelnde Person auch für die Unterlassende.

Abs. 3

Diese Norm überträgt die Strafbarkeit für den Unterlassungsfall auf die Organe juristischer Personen und die faktischen Organe resp. die geschäftsführenden Gesellschafterinnen oder Gesellschafter, die es schuldhaft unterlassen haben, die ausgeführte Tat zu verhindern.

IX. Vollzugsbestimmungen**§ 65**

§ 65 regelt den Erlass der zum Vollzug des GesG sowie des Bundesrechts erforderlichen Vorschriften. Der Regierungsrat als leitende und oberste vollziehende Instanz ist dafür die sachgerechte Behörde.

X. Statistik und Bericht über die Gesundheit der Bevölkerung**1. Statistik****§ 66**

Diese Bestimmung stellt sowohl ein Planungs- als auch Qualitätsprüfungsinstrument dar. Weil insbesondere für die Gesundheitsplanung möglichst aktuelle Werte zur Verfügung stehen müssen, genügt eine blosser Abstützung auf die Daten des Bundesamtes für Statistik nicht. Der Regierungsrat regelt daher nach anerkannten Normen die Erhebung, Analyse und Veröffentlichung der statistischen Daten und der weiteren Indikatoren, die benötigt werden, um einerseits eine kantonale Gesundheitsplanung und andererseits auch eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung zu gewährleisten.

In Zeiten der steigenden Gesundheitskosten, generell knappen öffentlichen Finanzen und hohen Anforderungen an die Qualität der Dienstleistungen im Gesundheitswesen, stellen die Überprüfung der Mittelverwendung und der Qualität der Dienstleistungen eine Selbstverständlichkeit dar.

2. Bericht über die Gesundheit der Bevölkerung**§ 67**

Die mit dem Instrument von § 66 zur Verfügung gestellten statistischen Daten und weitere Indikatoren sollen regelmässig in einen durch das zuständige Departement zu veröffentlichen Bericht über die Gesundheit der Bevölkerung fliessen.

Der Bericht über die Gesundheit der Bevölkerung umfasst insbesondere auch Daten und Fakten zu Qualität und Preis in Spitälern, Pflegeheimen sowie in der spitalexternen Gesundheits- und Krankenpflege (Spitex) und gibt Rechenschaft über Dienstleistung und Mittelverwendung in der gesamten kantonalen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege.

Die Erstellung des Berichtes kann auch an Dritte delegiert werden.

XI. Übergangs- und Schlussbestimmungen

1. Bestehende Erlasse

§ 68

Diese Bestimmung folgt dem Konzept, wonach sich das GesG in die vorhandene Rechtslandschaft einfügt. Vorbehältlich § 70, in welchem die aufzuhebenden Gesetze einzeln aufgeführt werden, bleibt die Rechtslage in Bezug auf die bestehenden Erlasse unverändert. Sie bleiben wirksam, werden aber bei einem Widerspruch zum GesG von diesem derogiert, weichen also den Normen des GesG. Die gesetzliche Grundlage für Erlasse, die sich auf Gesetze stützen, die in § 70 aufgehoben werden, stellt das GesG dar. Damit wird ein möglichst nahtloser Übergang zum GesG ermöglicht und die Praktikabilität desselben und seiner bestehenden Erlasse maximal unterstützt.

2. Bestehende Bewilligungen

§ 69

Erteilte Bewilligungen bleiben während einer 5-jährigen Übergangsphase gültig. Mit dem GesG werden bewilligungstechnisch keine völlig neuen Tatsachen geschaffen, die eine sofortige Neubeurteilung bestehender Bewilligungen mit sich bringen könnte. Der resultierende Verwaltungsaufwand wäre auch zu gross. Trotzdem sollen, wo Änderungen erforderlich sind, innert fünf Jahren nach Wirksamkeit des Gesetzes die Bewilligungen angepasst werden. Damit steht sowohl für die Inhaberinnen und Inhaber der Bewilligungen als auch für die Verwaltung genügend Zeit zur Verfügung, sich auf die neuen Begebenheiten einzustellen.

3. Aufhebung bisherigen Rechts

§ 70

Mit Erlass des GesG wird eine Reihe von Gesetzen aufgehoben. Mehrheitlich werden die Normen resp. die Normgehalte der vorliegend genannten Gesetze übernommen, teilweise sind diese aber auch bereits durch Bundesrecht derogiert worden und können daher keine Geltung mehr beanspruchen.

Das Gesetz über das Sanitätswesen und die Gesundheitspolizei vom 18. Januar 1864 (SG 300.100), das Gesetz betreffend die Reproduktionsmedizin beim Menschen vom 18. Oktober 1990 (SG 300.200), das Gesetz betreffend Ausübung der Berufe der Medizinalpersonen und der Komplementärmedizin vom 26. Mai 1879 (SG 310.100), das Gesetz betreffend die öffentliche Zahnpflege (Zahnpflegegesetz) vom 8. Dezember 1993 (SG 328.200), das Gesetz betreffend die Jugendzahnpflege vom 8. November 1962 (SG 328.600), das Gesetz betreffend die spitalexterne Kranken- und Gesundheitspflege (Spitexgesetz) vom 5. Juni 1991 (SG 329.100) und das Spitalgesetz vom 26. März 1981 (SG 330.100) werden aufgehoben.

F. Anzug Dr. Hermann Amstad und Konsorten betreffend Ausarbeitung eines Gesundheitsgesetzes (P037493)

Der Grosse Rat hat an seiner Sitzung vom 7. Januar 2004 die Motion Dr. Hermann Amstad und Konsorten in einen Anzug umgewandelt und diesen dem Regierungsrat zur Berichtserstattung überwiesen:

„Im Politikplan 2002-2006 ist "Gesundheit" einer von sieben namentlich genannten Politikbereichen. Dazu wird Folgendes ausgeführt: "Physische und psychische Gesundheit ist ein grundlegendes Bedürfnis des einzelnen Individuums wie auch ein gesellschaftliches Anliegen. Deswegen liegt es sowohl im persönlichen Interesse als auch im Interesse des Gemeinwesens, das körperliche oder geistige Wohlbefinden zu erhalten resp. wiederherzustellen. Der Gesundheitszustand wirkt sich direkt auf das Zusammenleben, aber auch auf die Leistungsfähigkeit der Bevölkerung aus. Basel-Stadt setzt sich konsequent für die Erhaltung, Förderung sowie die Wiederherstellung der Gesundheit - daneben aber auch für die Pflege und Betreuung der Chronischkranken und Betagten - ein und sieht dafür die erforderlichen finanziellen Mittel vor."

Die aktuellen gesetzlichen Regelungen werden der Bedeutung dieses Politikbereiches in keiner Weise gerecht. Das "Gesetz über das Sanitätswesen und die Gesundheitspolizei" (welches in der Datenbank des Föderalismus-Institutes der Uni Fribourg als "Basler Gesundheitsgesetz" geführt wird) stammt aus dem Jahre 1864. Die dazugehörige Verordnung von 1937 sieht unter anderem vor, dass "offene Misthaufen und solche, die sich über den Boden erheben, in eng bebauten Wohnquartieren nicht zuzulassen sind".

Trotz riesiger finanzieller Mittel, welche der Kanton für den Gesundheitsbereich aufwendet, fehlt ein "Gesamtkonzept", wie dies ein zeitgemässes Gesundheitsgesetz darstellen könnte. In Basel sind wichtige Teilbereiche in separaten Gesetzen (so z.B. Spitäler, Spitex, Medizinalberufe) oder aber gar nicht geregelt (so z.B. Gesundheitsplanung, Patientenrechte, Gesundheitsförderung und Prävention). Daneben gibt es eine Vielzahl von Verordnungen, Vereinbarungen, Verträgen und Übereinkünften (so z.B. mit dem Grossherzogtum Baden "betreffend die sanitäre Überwachung des von der Schweiz nach Baden gerichteten Reiseverkehrs auf dem Badischen Bahnhof zu Basel bei drohenden oder ausgebrochenen Seuchen").

In den letzten Jahren haben die meisten Kantone der Schweiz Gesundheitsgesetze geschaffen, welche die vielfältigen Anforderungen an eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in einer Gesamtschau bündeln und regeln. Die Unterzeichneten bitten den Regierungsrat, für den Kanton Basel-Stadt ebenfalls ein solches Gesundheitsgesetz auszuarbeiten.

H. Amstad, J. Merz, A. Frost-Hirschi, H. Hügli, Dr. P. Eichenberger, E. Rommerskirchen, M. Flückiger, Hp. Kiefer, Prof. T. Studer, Dr. E. Herzog"

Wir gestatten uns, wie folgt zu berichten:

Die Anliegen im oben erwähnten Anzug werden im GesG weitestgehend berücksichtigt.

Mit der konsequenten Ausrichtung auf das sich in den vergangenen Jahren stark weiterentwickelnde Bundesrecht und der Verfolgung des Zieles, ein schlankes Rahmengesetz zu erarbeiten, konnte insbesondere dem im Anzug im Vordergrund stehenden Ansinnen, ein „Gesamtkonzept“ für das Gesundheitsrecht zu entwerfen, Rechnung getragen werden. Mit der

Aufhebung einer Reihe teilweise recht unübersichtlicher und auch schon älterer Erlasse wird das Gesundheitsrecht des Kantons Basel-Stadt mit dem Erlass des GesG in moderner und praxisgerechter Form neu ausgestaltet.

Die sehr gute Aufnahme des GesG in der Vernehmlassung zeigte ebenfalls, dass das GesG, wie es durch den Anzug angeregt worden ist, „die vielfältigen Anforderungen an eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in einer Gesamtschau“ zu „bündeln und regeln“ versteht.

Gestützt auf diese Ausführungen beantragen wir dem Grossen Rat, den Anzug Dr. Hermann Amstad als erledigt abzuschreiben.

G. Anzug Kathrin Zahn und Konsorten betreffend Rechtsanspruch auf Palliative Care (P037722)

Der Grosse Rat hat an seiner Sitzung vom 17. November 2004 die Motion Kathrin Zahn und Konsorten in einen Anzug umgewandelt und diesen dem Regierungsrat zur Berichterstattung überwiesen :

"Die ganzheitliche Palliativbetreuung, international und offiziell "Palliative Care" genannt, wird von der Weltgesundheitsorganisation WHO definiert als "Lindern eines weit fortgeschrittenen, unheilbaren Leidens mit begrenzter Lebenserwartung durch ein multiprofessionelles Team mit dem Ziel einer hohen Lebensqualität für den Patienten und seine Angehörigen und möglichst am Ort der Wahl des Patienten". Nach der Definition der Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (SGPMP) umfasst Palliative Care alle medizinischen Behandlungen, die pflegerischen Interventionen sowie die psychische, soziale und geistige Unterstützung kranker Menschen, die an einer progredienten, unheilbaren Erkrankung leiden. Ihr Ziel besteht darin, Leiden zu lindern und die bestmögliche Lebensqualität des Kranken und seiner Angehörigen zu sichern (Statuten 2000 Art. 3).

Palliative Care bietet viele wirksame Hilfen an: die moderne Palliativmedizin ist in der Lage, belastende Symptome wie Schmerzen, Übelkeit, Atemnot und Müdigkeit bis zur Erträglichkeit zu mildern, zudem vermag eine bedürfnisgerechte Pflege und eine intensive menschliche Begleitung, Unterstützung und Beratung der Kranken und ihrer Angehörigen das Wohlbefinden entscheidend zu steigern. Palliative Betreuung wird zu Hause, im Spital, in eigens für palliative Betreuung eingerichteten Häusern (Hospiz) und in Pflegeheimen angeboten.

Palliative Betreuung ist auch im Zusammenhang mit der Diskussion zu Sterbehilfe zur Beihilfe zum Suizid von grosser Bedeutung.

Die SGPMP hat aufgrund einer Umfrage bei den Mitgliedern im November 2000 und einer Diskussion im Vorstand folgenden Standpunkt veröffentlicht (Zitat): Neben ethischen, juristischen und weltanschaulichen Argumenten ist aber von Bedeutung, dass Sterbenswünsche bei Schwerkranken sehr oft Ausdruck einer physischen oder psychischen Belastung sind, ausgelöst durch Schmerzen, Atemnot, depressive Verstimmungen oder familiäre Konflikte. Klinische Erfahrungen und wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass bei einer fachgerechten Behandlung die Wünsche nach direkter aktiver Sterbehilfe oder ärztlicher Beihilfe zur Selbsttötung in der Regel nur vorübergehend bestehen. Die SGPMP weist darauf hin, dass Palliative Care in den letzten Jahrzehnten bedeutende Fortschritte in der klinischen Versorgung von schwerkranken Menschen erreicht hat. Dies hat in verschiedenen Ländern, wie bei-

spielsweise England oder Australien, zu einem Ausbau von palliative Care geführt mit Bettenstationen in Akutspitälern, Hospizen, ambulanten Diensten, intra- und extrahospitalären Konsiliardiensten und palliativer Spitex-Versorgung. Auch in der Schweiz hat sich Palliative Care in den letzten Jahren etabliert. Eine nationale Bestandesaufnahme 1999/2000 zeigt aber, dass in der Schweiz ein ungenügendes Angebot besteht, und dass es bedeutende interkantonale Unterschiede gibt. Zudem ist der Zugang auf Palliativ Care noch hauptsächlich auf Krebskranke beschränkt. Politische Instanzen wie der Bundesrat und der Nationalrat (2000), Berufsverbände wie der Schweizerische Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK) und die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) und die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) haben auf die Notwendigkeit eines Ausbaus der Palliative Care in der Schweiz hingewiesen. Die SGPMP erachtet es daher als inkonsequent, die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung und die direkte aktive Sterbehilfe in der Schweiz gesetzlich zu verankern, bevor jeder schwerkranke, bedürftige Mensch Zugang zu qualitätskontrollierter Palliativmedizin hat (Zitatende).

In Basel und Umgebung bestehen mehrere spezialisierte Institutionen für Palliative Care. Auch werden wohl in sämtlichen Spitälern und Pflegeinstitutionen gemäss neueren Erkenntnissen Regeln von Palliative Care angewendet. Es gilt jedoch, Palliative Care ambulant und stationär bedarfsgerecht anzubieten, Leistungsaufträge und Strukturen entsprechend anzupassen und Palliative Care in die Lehrpläne der medizinischen und pflegerischen Ausbildungen zu integrieren. Aufgrund der Bedeutung von Palliative Care für Schwerstkranke und Sterbende, scheint es angepasst, den Rechtsanspruch auf Palliative Care in einer Gesetzesbestimmung zu formulieren, auch im Hinblick auf gesetzliche Regelungen der Sterbehilfe. Auf Bundesgesetzebene besteht derzeit keine entsprechende Bestimmung. Der Kanton Basel-Stadt hat weder im Spitalgesetz noch im Spitexgesetz den Begriff und die Thematik von Palliative Care aufgenommen. Was vorliegt, sind zwei von der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften erlassene Papiere: Einesteils die "Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen zur ärztlichen Betreuung sterbender Patienten" (1995, in Revision) und derzeit in Vernehmlassung: "Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen" (medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen).

Die Regierung wird deshalb gebeten, dem Grossen Rat eine Vorlage für eine Bestimmung im Gesetz (Spitalgesetz, Spitexgesetz) zu unterbreiten, die das grundlegende Recht von schwerstkranken und sterbenden Menschen auf eine ihrer persönlichen Situation angepasste Behandlung und Betreuung mittels Palliative Care verankert. Den Bezugspersonen ist die Teilnahme an einer würdevollen Sterbebegleitung zu ermöglichen.

K. Zahn, U. Müller, J. Merz, R. Widmer, M.-Th. Jeker-Indermühle, A. von Bidder, P. Lachenmeier, U. Borner, D. Stolz, E. U. Katzenstein, Dr. P. P. Macherel, B. Sutter, L. Nägelin"

Wir gestatten uns, wie folgt zu berichten:

Das GesG berücksichtigt auch die in diesem Anzug erwähnten Anliegen weitestgehend.

Insbesondere ist mit dem Erlass des GesG dem Wunsch entsprochen worden, eine gesetzliche Bestimmung aufzunehmen, welche der Patientin und dem Patienten das Recht auf eine deren Zustand angemessene Betreuung, Pflege und Begleitung sowie auf grösstmögliche Linderung von deren Leiden und Schmerzen umfasst.

Mit dieser Formulierung wird auch die geforderte Teilnahme der Bezugspersonen an einer würdevollen Sterbebegleitung implizit gewährleistet.

Gestützt auf diese Ausführungen beantragen wir dem Grossen Rat, den Anzug Kathrin Zahn als erledigt abzuschreiben.

H. Antrag

Das Finanzdepartement hat die Vorlage gemäss § 55 des Gesetzes über den kantonalen Finanzhaushalt (Finanzhaushaltgesetz) vom 16. April 1997 (SG 610.100) überprüft. Das Justiz- und Sicherheitsdepartement hat den Gesetzesentwurf im Hinblick auf die Aufnahme in die Gesetzessammlung geprüft.

Gestützt auf unsere Ausführungen beantragen wir dem Grossen Rat:

1. Dem beiliegenden Entwurf für das Gesundheitsgesetz des Kantons Basel-Stadt zuzustimmen.
2. Den Anzug Dr. Hermann Amstad und Konsorten betreffend Ausarbeitung eines Gesundheitsgesetzes (P037493) als erledigt abzuschreiben.
3. Den Anzug Kathrin Zahn und Konsorten betreffend Rechtsanspruch auf Palliative Care (P037722) als erledigt abzuschreiben.

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Dr. Guy Morin
Präsident



Barbara Schüpbach-Guggenbühl
Staatsschreiberin

Beilage: Gesetzesentwurf

Gesundheitsgesetz (GesG)

Vom [Datum]

Der Grosse Rat des Kantons Basel-Stadt, gestützt auf die §§ 26 – 28 der Verfassung des Kantons Basel-Stadt vom 23. März 2005¹, nach Einsichtnahme in den Ratschlag des Regierungsrates Nr. [...] vom [...] sowie in den Bericht [...] beschliesst:

I. Gegenstand, Geltungsbereich und Zweck

§ 1. Dieses Gesetz regelt unter Vorbehalt des höherrangigen Rechts das Gesundheitswesen im Kanton Basel-Stadt.

² Es bezweckt die Erhaltung, die Förderung, den Schutz und die Wiederherstellung der Gesundheit der Bevölkerung und der einzelnen Person durch Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, der Gesundheitsversorgung und des Gesundheitsschutzes.

³ Der Kanton berücksichtigt dabei die Eigenverantwortung der einzelnen Person, die Zusammenarbeit mit Privaten sowie die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit.

II. Organisation

1. Regierungsrat

§ 2. Der Regierungsrat hat die Aufsicht über das Gesundheitswesen.

² Er ist zuständig für den Vollzug des kantonalen, eidgenössischen und internationalen Gesundheitsrechts.

2. Departement

§ 3. Das zuständige Departement übt die Aufsicht über das Gesundheitswesen sowie insbesondere über die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne dieses Gesetzes aus.

3. Gesundheitspolizeiliche Funktionsträgerinnen und Funktionsträger

§ 4. Die gesundheitspolizeilichen Funktionsträgerinnen und Funktionsträger sind:

- a) Kantonsärztin oder Kantonsarzt;
- b) Kantonszahnärztin oder Kantonszahnarzt;
- c) Kantonsapothekerin oder Kantonsapotheker;
- d) Kantonstierärztin oder Kantonstierarzt;
- e) Kantonschemikerin oder Kantonschemiker.

² Der Regierungsrat kann weitere Funktionsträgerinnen und Funktionsträger bezeichnen.

4. Übertragung von Vollzungsaufgaben

§ 5. Vollzungsaufgaben können im Gesundheitswesen tätigen Personen und Organisationen des öffentlichen oder des privaten Rechts übertragen werden, die nicht der kantonalen

¹ SG 111.100.

Verwaltung angehören. Verfügungen können beim zuständigen Departement vorbehaltenlich anderer Verfahrensbestimmungen mit Rekurs im Sinne des Gesetzes betreffend die Organisation des Regierungsrates und der Verwaltung des Kantons Basel-Stadt (Organisationsgesetz, OG) vom 22. April 1976 angefochten werden.

5. Ethikkommission

§ 6. Der Regierungsrat setzt eine unabhängige kantonale Ethikkommission ein. Er strebt kantonsübergreifende Trägerschaften an.

² Die Ethikkommission unterzieht Forschungsvorhaben mit Menschen, menschlichen Organen, Geweben und Zellen sowie damit zusammenhängenden Daten einer ethischen Beurteilung und überprüft ihre wissenschaftliche Qualität.

³ Sie befolgt kantonales, eidgenössisches und internationales Recht sowie die nationalen und internationalen Richtlinien und anerkannten Grundsätze von Wissenschaft und Ethik.

⁴ Sie ist die unabhängige Instanz nach Art. 13 Abs. 4 des Bundesgesetzes über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz) vom 8. Oktober 2004.

III. Institutionen

1. Spitäler

§ 7. Der Kanton gewährleistet und finanziert die stationäre und die ambulante Behandlung der Bevölkerung nach Massgabe des Sozialversicherungsrechts des Bundes.

² Der Regierungsrat bestellt bedarfsgerecht gemeinwirtschaftliche Leistungen.

2. Pflegeheime

§ 8. Der Kanton sorgt in Zusammenarbeit mit privaten Institutionen für ein bedarfsgerechtes Angebot an Pflegeplätzen.

² Der Kanton entrichtet Beiträge an die Kosten der Pflege nach Massgabe des Sozialversicherungsrechts des Bundes.

³ Der Kanton kann Beiträge an die Erstellungs- und Sanierungskosten sowie an die laufenden Liegenschaftskosten von Pflegeheimen entrichten.

⁴ Der Regierungsrat bestellt bedarfsgerecht gemeinwirtschaftliche Leistungen.

⁵ Auf der Pflegeheimliste aufgeführte Pflegeheime sind zur Aufnahme von pflegebedürftigen Personen mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt verpflichtet.

3. Spitalexterne Gesundheits- und Krankenpflege

Grundsatz

§ 9. Der Kanton sorgt in Zusammenarbeit mit privaten Institutionen für ein bedarfsgerechtes Angebot an spitalexterner Gesundheits- und Krankenpflege.

² Er fördert insbesondere spitalexterne Angebote pflegerischer und hauswirtschaftlicher Natur sowie Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen zugunsten von Personen mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt, die aus gesundheitlichen oder altersbedingten Gründen die angebotenen Tätigkeiten nicht selbst verrichten können.

³ Er entrichtet Beiträge an die Kosten der spitalexternen Gesundheits- und Krankenpflege sowie Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen nach Massgabe des Sozialversicherungsrechts des Bundes.

⁴ Der Regierungsrat legt die Voraussetzungen für die Beitragsausrichtung und die Höhe der Beiträge an hauswirtschaftliche Leistungen sowie an Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen fest.

⁵ Er bestellt bedarfsgerecht gemeinwirtschaftliche Leistungen.

Beiträge an die Pflege zu Hause durch Angehörige oder Dritte

§ 10. Dauernd pflegebedürftige Personen mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt, die durch Angehörige oder Dritte gepflegt werden, haben Anspruch auf finanzielle Beiträge, sofern ein bedeutender Pflege- und Betreuungsaufwand notwendig ist und erbracht wird. Die Pflegebedürftigkeit und die Leistungserbringung werden vom zuständigen Departement überprüft.

² Der Regierungsrat legt die weiteren Voraussetzungen für die Beitragsentrichtung sowie die Höhe der Beiträge fest.

4. Zahnpflege

Grundsatz

§ 11. Der Kanton gewährleistet in Zusammenarbeit mit Privaten die im Interesse der öffentlichen Gesundheit liegende soziale Zahnpflege.

² Er kann zu diesem Zweck Zahnkliniken für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche betreiben.

³ Er kann mit den Zahnärztesellschaften Tarife für wirtschaftlich schwächer gestellte Personen mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt vereinbaren.

Zahnkliniken

§ 12. Die Zahnkliniken sind zur Behandlung von wirtschaftlich schwächer gestellten Personen mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt verpflichtet.

² Basistarif bildet der Zahnarzttarif nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981. Wirtschaftlich schwächer gestellte Personen mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt erhalten unter Berücksichtigung ihrer finanziellen Verhältnisse eine Reduktion.

Leistungen für Kinder und Jugendliche

§ 13. Für Kinder und Jugendliche im schulpflichtigen Alter, deren Eltern Wohnsitz in Basel haben, sorgt der Kanton für folgende Leistungen:

- a) Förderung der Zahngesundheit;
- b) notwendige Behandlung kranker Zähne;
- c) Untersuchung und Behandlung von Stellungsanomalien.

² Der Regierungsrat bestimmt, welche Leistungen unentgeltlich erbracht werden.

5. Aufgaben und Kostenverteilung zwischen dem Kanton und den Einwohnergemeinden

§ 14. Der Regierungsrat regelt mit den Einwohnergemeinden Bettingen und Riehen die Aufgaben- und Kostenverteilung zwischen dem Kanton und den Einwohnergemeinden im Bereich der Pflegeheime, der spitalexternen Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Beiträge an die Pflege zu Hause.

² Für Kinder und Jugendliche, deren Eltern Wohnsitz in den Einwohnergemeinden Bettingen und Riehen haben, sorgen diese für die entsprechende Zahnpflege.

IV. Rechte der Patientinnen und Patienten

1. Grundsatz

§ 15. Patientinnen und Patienten haben das Recht auf eine die Persönlichkeit schützende und respektierende Behandlung.

² Patientinnen und Patienten haben insbesondere die folgenden Rechte:

- a) grundsätzlich unter den zugelassenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern frei zu wählen;
- b) über den Gesundheitszustand, die Behandlungsmöglichkeiten und die damit verbundenen jeweiligen Vor- und Nachteile aufgeklärt zu werden;
- c) nur mit ihrer Einwilligung und nach vorangegangener Aufklärung behandelt zu werden;
- d) in ihre Dokumentation Einsicht zu nehmen;
- e) im Rahmen des Reglements der Institution Besuch zu empfangen und sich seelsorgerisch betreuen zu lassen.

³ Das Beschwerderecht ist gewährleistet.

2. Palliative Behandlung

§ 16. Patientinnen und Patienten haben ein Recht auf eine ihrem Zustand angemessene Betreuung, Pflege und Begleitung sowie auf grösstmögliche Linderung ihrer Leiden und Schmerzen.

² Die Ärztin oder der Arzt lindert Leiden und Schmerzen bei Patientinnen und Patienten am Lebensende, auch wenn dies zu einer Beeinflussung der Lebensdauer führen kann.

3. Besonderheiten bei Urteilsunfähigen

§ 17. Bei Urteilsunfähigkeit entscheidet nach vorangegangener Aufklärung die Vertretung nach dem mutmasslichen Willen oder dem wohlverstandenen Interesse der Patientin oder des Patienten.

² In dringenden Situationen entscheiden die behandelnden Ärztinnen und Ärzte nach dem wohlverstandenen Interesse oder dem mutmasslichen Willen der Patientin oder des Patienten.

³ Hat die Patientin oder der Patient in einer Patientenverfügung einen Willen geäussert, ist dieser massgebend, es sei denn, dieser ist offenkundig nicht mehr aktuell oder dessen Umsetzung verstösst gegen geltendes Recht.

4. Behandlungsabbruch und -verzicht

§ 18. Bei Urteilsunfähigkeit ist bei aussichtsloser Prognose der Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen oder der Verzicht auf solche zulässig, wenn:

- a) dies vorbehältlich § 17 Abs. 3 dem mutmasslichen Willen der Patientin oder des Patienten entspricht; oder
- b) angesichts des Leidens der Patientin oder des Patienten eine weitere Lebenserhaltung nicht zumutbar ist.

5. Einwilligung bei Einbezug in die Ausbildung und Forschung

§ 19. Patientinnen und Patienten dürfen nur nach vorangegangener Aufklärung und Einwilligung in die Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Forschung einbezogen werden.

² Urteilsunfähige Personen dürfen in die Forschung oder in die Aus-, Weiter- und Fortbildung nur einbezogen werden, wenn gleichwertige Erkenntnisse nicht mit urteilsfähigen Personen gewonnen werden können. Lässt das Aus-, Weiter-, Fortbildungs- oder Forschungsvorhaben keinen unmittelbaren Nutzen für die urteilsunfähigen Personen erwarten, so dürfen die Risiken und Belastungen nur minimal sein.

³ Im Übrigen gilt für die Forschung § 6.

6. Obduktion

§ 20. Eine Obduktion ist zulässig, wenn ihr die verstorbene Person zugestimmt hat.

² Hat sich die verstorbene Person betreffend eine Obduktion nicht geäußert, ist die von ihr bezeichnete Person oder sind die nächsten Angehörigen entscheidungsbefugt.

³ Im Interesse der öffentlichen Gesundheit kann die Kantonsärztin oder der Kantonsarzt auch gegen den Willen der entscheidungsbefugten Personen eine Obduktion anordnen.

⁴ Vorbehalten bleibt die behördlich angeordnete Obduktion zur Feststellung einer strafbaren Handlung oder zur Feststellung der Identität der verstorbenen Person.

⁵ Die anatomische Sektion oder die Herstellung anatomischer Präparate zu Aus-, Weiter-, und Fortbildungs- sowie Forschungszwecken ist zulässig, wenn die verstorbene Person ihren Körper ausdrücklich hierzu vermacht hat.

V. Fachpersonen im Gesundheitswesen

1. Grundsatz

§ 21. Fachpersonen im Gesundheitswesen sind alle Personen, die berufsmässig diagnostisch, therapeutisch, pflegend oder betreuend tätig sind und über eine entsprechende Ausbildung verfügen.

2. Berufsausübung

§ 22. Fachpersonen im Gesundheitswesen dürfen nur auf dem Gebiet tätig sein, welches ihre Ausbildung umfasst.

² Sie haben ihren Beruf sorgfältig und gewissenhaft und nach den anerkannten Regeln ihres Berufszweiges auszuüben.

³ Sie haben sich regelmässig fortzubilden.

3. Fachpersonen mit Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung

§ 23. Personen mit einer Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung gemäss § 30 verfügen:

- a) über ein angemessenes Qualitätssicherungssystem;
- b) über eine Haftpflichtversicherung oder eine andere, gleichwertige Sicherheit zur Deckung der Ersatzansprüche der Geschädigten und der Rückgriffsansprüche Dritter aus den mit der Tätigkeit verbundenen Risiken.

² Der Regierungsrat kann für die einzelnen Berufe und Tätigkeiten besondere Vorschriften erlassen.

4. Unselbstständig tätige universitäre Medizinalpersonen

§ 24. Für unselbstständig tätige universitäre Medizinalpersonen gilt im Übrigen Art. 40 des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG) vom 23. Juni 2006 sinngemäss.

5. Notfalldienst

§ 25. Selbstständig sowie in ambulanten Einrichtungen oder Apotheken unselbstständig tätige Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Tierärztinnen und Tierärzte sind verpflichtet, Notfalldienst zu leisten.

² Die Notfalldienste sind durch die Berufsverbände zu organisieren. Ist der Notfalldienst ungenügend, verfügt das zuständige Departement die erforderlichen Massnahmen.

³ Die Berufsverbände können mit Verfügung vom Notfalldienst entbinden und sowohl Mitglieder als auch Nichtmitglieder bei einer Entbindung zu zweckgebundenen Ersatzabgaben verpflichten.

6. Schweigepflicht

Grundsatz

§ 26. Fachpersonen im Gesundheitswesen sowie deren Hilfspersonen sind verpflichtet, über alles, was sie im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit von und über Patientinnen oder Patienten wahrnehmen, gegenüber Dritten Stillschweigen zu bewahren.

² Von den Pflichten gemäss Abs. 1 und Art. 321 des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB) vom 21. Dezember 1937 kann in begründeten Fällen das zuständige Departement befreien.

Ausnahmen

§ 27. Von der Schweigepflicht ist befreit, wer aufgrund einer gesetzlichen Bestimmung ein Recht oder eine Pflicht zur Auskunft, Mitteilung oder Meldung hat.

² Die Einwilligung zur Erteilung von erforderlichen medizinischen Angaben an Weiterbehandelnde und an nächste Angehörige wird vermutet.

³ Auskünfte an die Strafuntersuchungs- und Strafverfolgungsbehörden dürfen erteilt werden und werden auf Anfrage erteilt, sofern der Verdacht auf Erfüllung eines der folgenden Straftatbestände besteht:

- a) Tötungsdelikte;
- b) schwere Körperverletzung;
- c) Aussetzung und Gefährdung des Lebens;
- d) Unterlassung der Nothilfe;
- e) Raub;
- f) Erpressung;
- g) Menschenhandel;
- h) Freiheitsberaubung und Entführung;
- i) Geiselnahme;
- j) strafbare Handlungen gegen die sexuelle Integrität;
- k) Verbreiten menschlicher Krankheiten.

Der Regierungsrat kann weitere Straftatbestände mit vergleichbarem Unrechtsgehalt bezeichnen.

⁴ Von der Schweigepflicht gegenüber den zuständigen Behörden, einer Inkassostelle und einer allfälligen Rechtsvertretung ist im Rahmen der erforderlichen Angaben befreit, wer zur Durchsetzung oder Abwehr von Forderungen den Rechtsweg beschreiten muss.

⁵ Schweigeverpflichtete sind gegenüber den zuständigen Behörden von der Schweigepflicht befreit, wenn begründete Zweifel an der Urteilsfähigkeit einer Patientin oder eines Patienten bestehen, medizinische Massnahmen dringend erforderlich sind und die Zustimmung einer allfälligen gesetzlichen Vertretung nicht oder nicht rechtzeitig erlangt werden kann.

7. Meldepflicht

§ 28. Fachpersonen im Gesundheitswesen sowie deren Hilfspersonen haben aussergewöhnliche Todesfälle, von denen sie im Rahmen ihrer Tätigkeit Kenntnis erhalten, umgehend dem Institut für Rechtsmedizin zu melden.

8. Dokumentation

§ 29. Fachpersonen im Gesundheitswesen legen über jede Patientin und jeden Patienten eine Dokumentation an. Diese enthält Angaben über die diagnostischen Abklärungen, Untersuchungen und Ergebnisse sowie die therapeutischen und pflegerischen Massnahmen.

Aus der Dokumentation muss ersichtlich sein, wer zu welchem Zeitpunkt einen Eintrag vorgenommen hat.

² Die Dokumentation ist während zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

³ Die Patientinnen und Patienten haben das Recht auf eine Kopie der Dokumentation, soweit keine schutzwürdigen Interessen Dritter entgegenstehen.

VI. Bewilligungspflichten

1. Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung

Bewilligungspflicht

§ 30. Die selbstständige Ausübung der folgenden Berufe und Tätigkeiten bedarf einer Bewilligung des zuständigen Departements:

- a) universitäre Medizinalberufe gemäss Art. 2 MedBG;
- b) Berufe und Tätigkeiten in den Gebieten Augenoptik, Dentalhygiene, Drogerie, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Logopädie, medizinische Massage, Physiotherapie, Podologie, Psychotherapie, Gesundheits- und Krankenpflege, Zahntechnik, Zahnprothetik sowie Geburtshilfe;
- c) Führen eines medizinischen Laboratoriums;
- d) nicht ärztliche alternativ- und komplementärmedizinische Berufe und Tätigkeiten;
- e) Erbringen von medizinischen Ferndienstleistungen vom Kanton Basel-Stadt aus.

² Der Regierungsrat kann einzelne Berufe und Tätigkeiten von der Bewilligungspflicht befreien.

Bewilligungsgesuch

§ 31. Für die Erteilung einer Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung ist ein Gesuch spätestens zwei Monate vor der Aufnahme der Tätigkeit schriftlich beim zuständigen Departement einzureichen.

Bewilligungsvoraussetzungen

§ 32. Die Bewilligung wird erteilt, sofern die Gesuchstellerin oder der Gesuchsteller:

- a) sich über die erforderlichen beruflichen Fähigkeiten ausweist;
- b) vertrauenswürdig ist;
- c) physisch und psychisch Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung bietet;
- d) nachweist, dass die unselbstständig tätigen Fachpersonen im Sinne von § 30 Abs. 1 die Voraussetzungen gemäss Bst. a bis c erfüllen.

² Der Regierungsrat kann für die einzelnen Berufe und Tätigkeiten besondere Vorschriften erlassen.

Bewilligungsdauer

§ 33. Bewilligungen werden unbefristet erteilt.

² Die Bewilligung erlischt:

- a) mit dem Tod der Inhaberin oder des Inhabers;
- b) mit Aufgabe der selbstständigen Berufsausübung; der Regierungsrat kann Ausnahmen vorsehen;
- c) mit Verlegung der Berufsausübung in einen anderen Kanton oder ins Ausland;
- d) wenn innerhalb von zwölf Monaten nach Erteilung der Bewilligung die Berufsausübung nicht aufgenommen wurde;

- e) mit dem Vollenden des 70. Altersjahres; weist die Bewilligungsinhaberin oder der Bewilligungsinhaber durch ein ärztliches Zeugnis nach, dass sie oder er physisch und psychisch weiterhin zur selbstständigen Berufsausübung fähig ist, kann die Bewilligung jeweils um zwei Jahre verlängert werden.

³ Die Bewilligungsinhaberin oder der Bewilligungsinhaber erstattet dem zuständigen Departement Meldung:

- a) in den Fällen von Abs. 2 Bst. b, c und e zwei Monate im Voraus;
b) im Fall von Abs. 2 Bst. d unverzüglich nach Fristablauf.

Bewilligungsentzug

§ 34. Die Bewilligung wird entzogen, wenn ihre Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind oder nachträglich Tatsachen festgestellt werden, aufgrund derer die Bewilligung hätte verweigert werden müssen.

² Das Vorliegen der Bewilligungsvoraussetzungen gemäss § 32 Abs. 1 Bst. c und d wird vom zuständigen Departement regelmässig überprüft.

Meldepflicht

§ 35. Personen mit universitären Medizinalberufen haben sich vor Aufnahme der Tätigkeit im Sinne von Art. 35 Abs. 1 MedBG im Kanton Basel-Stadt beim zuständigen Departement zu melden.

2. Betriebe

Allgemeine Voraussetzungen

§ 36. Das zuständige Departement erteilt, unter Vorbehalt von Abs. 2 sowie der in den §§ 37 – 42 erwähnten besonderen Voraussetzungen,

- a) Spitälern;
b) Pflegeheimen;
c) Organisationen der spitalexternen Gesundheits- und Krankenpflege;
d) ambulanten Einrichtungen;
e) Geburtshäusern;
f) Organisationen, die medizinische Ferndienstleistungen anbieten;
g) Apotheken;
h) Drogerien;
i) Augenoptikerbetrieben;
j) medizinischen Laboratorien

eine Betriebsbewilligung.

² Folgende allgemeine Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- a) das erforderliche Fachpersonal ist verfügbar;
b) eine zweckentsprechende Einrichtung ist verfügbar;
c) für die Fortbildung des Personals ist gesorgt;
d) das Vorliegen eines angemessenen Qualitätssicherungssystems ist nachgewiesen;
e) das Vorliegen einer Haftpflichtversicherung oder einer anderen, gleichwertigen Sicherheit zur Deckung der Ersatzansprüche der Geschädigten und der Rückgriffsansprüche Dritter aus den mit der Tätigkeit verbundenen Risiken ist nachgewiesen.

Besondere Voraussetzung Spitäler und Pflegeheime

§ 37. Das zuständige Departement erteilt einem Spital oder einem Pflegeheim die Betriebsbewilligung, sofern zusätzlich eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleistet ist.

Besondere Voraussetzung spitalexterne Gesundheits- und Krankenpflege

§ 38. Das zuständige Departement erteilt einer Einrichtung, die Gesundheits- und Krankenpflegeleistungen anbietet, die Betriebsbewilligung, sofern zusätzlich mindestens eine für Pflege verantwortliche Fachperson im Sinne von § 32 Abs. 1 Bst. d bezeichnet ist.

Besondere Voraussetzung ambulante Einrichtungen

§ 39. Das zuständige Departement erteilt einer ambulanten Einrichtung die Betriebsbewilligung, sofern zusätzlich die Behandlung durch Fachpersonen im Sinne von § 32 Abs. 1 Bst. d gewährleistet ist.

Besondere Voraussetzungen Geburtshäuser

§ 40. Das zuständige Departement erteilt einem Geburtshaus die Betriebsbewilligung, sofern zusätzlich:

- a) die fachgerechte Durchführung von Geburten durch Geburtshelferinnen und Geburtshelfer im Sinne von § 32 Abs. 1 Bst. d gewährleistet ist, und
- b) Vorkehrungen zur Einleitung von Massnahmen im medizinischen Notfall getroffen worden sind.

Besondere Voraussetzung medizinische Ferndienstleistungen

§ 41. Das zuständige Departement erteilt einer Einrichtung, welche medizinische Ferndienstleistungen anbietet, die Betriebsbewilligung, sofern zusätzlich die medizinische Leitung die für das Fachgebiet erforderlichen Voraussetzungen im Sinne von § 32 Abs. 1 Bst. d erfüllt.

Besondere Voraussetzung Apotheken, Drogerien, Augenoptik und medizinische Laboratorien

§ 42. Das zuständige Departement erteilt einer Apotheke, einer Drogerie, einem Augenoptikbetrieb oder einem medizinischen Laboratorium die Betriebsbewilligung, sofern zusätzlich die fachliche Leitung die für das Fachgebiet erforderlichen Voraussetzungen im Sinne von § 32 Abs. 1 Bst. d erfüllt.

Unselbstständig tätige Fachpersonen

§ 43. Das zuständige Departement erteilt einem Betrieb die Bewilligung, wenn die im Betrieb unselbstständig tätigen Fachpersonen im Sinne von § 30 Abs. 1 die Voraussetzungen gemäss § 32 Abs. 1 Bst. a bis c erfüllen.

Bewilligungsgesuch

§ 44. Für die Erteilung einer Bewilligung ist ein Gesuch spätestens zwei Monate vor der Betriebsaufnahme schriftlich beim zuständigen Departement einzureichen.

Bewilligungsdauer

§ 45. Bewilligungen werden unbefristet erteilt.

² Die Bewilligung erlischt, wenn:

- a) der Betrieb im Kanton aufgegeben wird;
- b) innerhalb von zwölf Monaten nach Erteilung der Bewilligung der Betrieb nicht aufgenommen wurde.

³ Die Bewilligungsinhaberin oder der Bewilligungsinhaber erstattet dem zuständigen Departement Meldung:

- a) im Fall von Abs. 2 Bst. a zwei Monate im Voraus;
- b) im Fall von Abs. 2 Bst. b unverzüglich nach Fristablauf.

Bewilligungsentzug

§ 46. Die Bewilligung wird entzogen, wenn ihre Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind oder nachträglich Tatsachen festgestellt werden, aufgrund derer die Bewilligung hätte verweigert werden müssen.

² Das Vorliegen der Bewilligungsvoraussetzungen wird vom zuständigen Departement regelmässig überprüft.

3. Einschränkungen

§ 47. Eine Bewilligung kann mit Einschränkungen fachlicher, zeitlicher und räumlicher Art oder mit Auflagen oder Bedingungen verbunden werden, soweit sich dies aus Erlassen des Bundes oder des Kantons ergibt oder für die Sicherung einer qualitativ hochstehenden und zuverlässigen Gesundheitsversorgung erforderlich ist.

4. Nicht bewilligungspflichtige Tätigkeiten

§ 48. Zum Schutz der öffentlichen Gesundheit kann das zuständige Departement im Einzelfall die Ausübung nicht bewilligungspflichtiger Tätigkeiten, welche die Gesundheit beeinträchtigen können, mit Auflagen und Bedingungen verbinden oder untersagen sowie Kontrollen durchführen.

² Der Regierungsrat kann die zum Schutz der Gesundheit erforderlichen Vorschriften für die Berufs- und Tätigkeitsausübung erlassen.

5. Publikation

§ 49. Das zuständige Departement veröffentlicht rechtskräftige Entscheide über erteilte Bewilligungen, deren Entzug oder anderweitiges Erlöschen sowie Berufsausübungsverbote.

² Es kann zudem rechtskräftige Entscheide über Bewilligungseinschränkungen veröffentlichen.

VII. Weitere Vorschriften

1. Generalklausel

§ 50. Zum Schutz der Bevölkerung vor gesundheitlichen Schäden können das zuständige Departement oder die gesundheitspolizeilichen Funktionsträgerinnen und Funktionsträger bei zeitlicher Dringlichkeit Massnahmen ergreifen, um eingetretene oder unmittelbar drohende schwere Störungen abzuwenden.

2. Bekämpfung übertragbarer Krankheiten

§ 51. Das zuständige Departement oder die gesundheitspolizeilichen Funktionsträgerinnen und Funktionsträger ergreifen die erforderlichen Massnahmen im Sinne des Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz) vom 18. Dezember 1970 sowie des Tierseuchengesetzes (TSG) vom 1. Juli 1966.

3. Inkonvenienzentschädigungen für Geburtshilfe und Wochenbettbetreuung

§ 52. Selbstständig tätige Geburtshelferinnen und Geburtshelfer haben Anspruch auf Ausrichtung von Inkonvenienzentschädigungen für von ihnen geleitete Geburten und Wochenbettbetreuungen, welche Gebärende mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt betreffen.

² Entschädigungen für Geburten und Wochenbettbetreuungen, welche Gebärende mit Wohnsitz in den Einwohnergemeinden Bettingen und Riehen betreffen, werden von diesen ausgerichtet.

4. Werbung

§ 53. Es darf nur Werbung gemacht werden, die objektiv und weder irreführend noch aufdringlich ist.

5. Verbot der Selbstdispensation

§ 54. Zur Lagerung und Abgabe von Arzneimitteln sind im ambulanten Bereich nur die Apotheken und Drogerien im Rahmen ihrer Abgabekompetenzen berechtigt.

² Ausnahmen vom Verbot der Selbstdispensation regelt der Regierungsrat.

6. Verursacherprinzip

§ 55. Kosten für Massnahmen zur Herstellung des ordnungsgemässen Zustandes können der Verursacherin oder dem Verursacher belastet werden.

7. Gesundheitsförderung und Prävention

§ 56. Der Regierungsrat kann Massnahmen und Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention veranlassen und unterstützen. Solche Massnahmen und Projekte bezwecken insbesondere:

- a) die Bevölkerung hinsichtlich der Gesundheit und der sie beeinflussenden Faktoren zu informieren;
- b) die Gesundheitskompetenz der einzelnen Person und der Allgemeinheit zu fördern und Anreize zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens zu schaffen;
- c) Gesundheitsprobleme frühzeitig zu erkennen und zu verhüten oder zu behandeln;
- d) zum Abbau von gesundheitlichen Ungleichheiten beizutragen;
- e) die Selbsthilfe zu fördern;
- f) die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Fachpersonen und weiteren in der Gesundheitsförderung und Prävention tätigen Personen zu fördern.

8. Missbrauch und Abhängigkeit

§ 57. Der Regierungsrat kann Massnahmen und Projekte zur Vorbeugung von Missbrauch und Abhängigkeit von Tabak, Alkohol und anderen Suchtmitteln sowie von weiteren Abhängigkeiten veranlassen und unterstützen.

² Er sorgt für:

- a) Information der Bevölkerung;
- b) für Betreuung, Behandlung und gesellschaftliche Integration der Betroffenen.

9. Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen

§ 58. Der Regierungsrat bestimmt die Organisation der Gesundheitsförderung und Prävention in den Einrichtungen zur Betreuung von Kindern und Jugendlichen, in den Volksschulen und weiterführenden Schulen sowie in den Berufsfachschulen.

² Das zuständige Departement kann Massnahmen zum Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in den Institutionen gemäss Abs. 1 ergreifen.

10. eHealth und Krebsregister

eHealth

§ 59. Der Kanton kann zur Erprobung von neuen Technologien und Anwendungen im Bereich eHealth Modellversuche durchführen.

² Der Regierungsrat regelt die zu bearbeitenden Personendaten und Zugriffsrechte. Die Freiwilligkeit der Teilnahme ist gewährleistet.

Krebsregister

§ 60. Zur Erhöhung der Kenntnisse über Krebserkrankungen in der Bevölkerung führt der Kanton vorbehaltlich bundesrechtlicher Bewilligungen ein Krebsregister. Er strebt kantonsübergreifende Trägerschaften an.

11. Auflagen und Bedingungen

§ 61. Der Regierungsrat kann Leistungsaufträge mit Auflagen und Bedingungen verbinden.

² Er kann Auskünfte verlangen und in Unterlagen Einsicht nehmen.

³ Gegenüber Dritten und anderen Behörden ist der Regierungsrat zur Wahrung der Geschäftsgeheimnisse verpflichtet.

VIII. Disziplarmassnahmen und Strafbestimmungen

1. Disziplarmassnahmen

§ 62. Bei Verletzung der Berufspflichten, der Vorschriften dieses Gesetzes oder von Ausführungsbestimmungen zu diesem Gesetz kann das zuständige Departement folgende Disziplarmassnahmen anordnen:

- a) Verwarnung;
- b) Verweis;
- c) Busse bis zu CHF 20'000.-;
- d) Verbot der Berufsausübung für längstens sechs Jahre;
- e) definitives Verbot der Berufsausübung für das ganze oder einen Teil des Tätigkeitsspektrums.

² Für die Verletzung von Berufspflichten zur Fortbildung können nur Disziplarmassnahmen gemäss Abs. 1 Bst. a–c verhängt werden. Für die Verletzung der Schweigepflicht gemäss § 26 Abs. 1 können nur Disziplarmassnahmen gemäss Abs. 1 Bst. a und b verhängt werden.

³ Eine Busse kann zusätzlich zu einem Verbot der Berufsausübung verhängt werden.

⁴ Das zuständige Departement kann die Berufsausübung während eines Disziplinarverfahrens einschränken, mit Auflagen oder Bedingungen verbinden oder untersagen.

⁵ Bei Verdacht auf schwerwiegende Verletzungen der Berufspflichten ist das zuständige Departement berechtigt, von den zuständigen Berufsorganisationen sachdienliche Informationen einzuholen und diesen zu erteilen.

2. Strafbestimmungen

Grundsatz

§ 63. Mit Busse bis zu CHF 50'000.- wird bestraft, wer vorsätzlich:

- a) ohne Bewilligung eine bewilligungspflichtige Tätigkeit ausübt;
- b) ohne Bewilligung einen bewilligungspflichtigen Betrieb führt;
- c) unselbstständig Tätigen Aufgaben überträgt, die deren berufliche Qualifikationen übersteigen;
- d) Meldepflichten nach § 28 verletzt;
- e) die Vorschriften betreffend Obduktion verletzt;
- f) das Verbot der Selbstdispensation verletzt;
- g) ohne Berechtigung eine Dokumentation im Sinne von § 29 verändert oder ganz oder teilweise vernichtet;
- h) gegen eine Ausführungsvorschrift zu diesem Gesetz verstösst, deren Übertretung vom Regierungsrat für strafbar erklärt wird;

i) gegen eine unter Hinweis auf die Strafdrohung dieser Vorschrift erlassene rechtskräftige Verfügung verstösst.

² Anstiftung, Versuch und Gehilfenschaft sind strafbar.

³ Wer fahrlässig handelt, wird mit Busse bis zu CHF 10'000.- bestraft. In leichten Fällen kann von einer Bestrafung Umgang genommen werden.

⁴ Im Fall einer Wiederholung innert fünf Jahren nach der rechtskräftigen Verurteilung beträgt die Busse mindestens CHF 10'000.-.

Widerhandlungen in Betrieben

§ 64. Wird eine Widerhandlung in Ausübung geschäftlicher oder dienstlicher Verrichtungen einer juristischen Person, Kollektiv- oder Kommanditgesellschaft, Einzelfirma oder Personengesamtheit ohne Rechtspersönlichkeit oder sonst in Ausübung geschäftlicher oder dienstlicher Verrichtungen für eine andere Person begangen, so sind die Strafbestimmungen nach § 63 auf diejenige natürliche Person anwendbar, welche die Tat verübt hat.

² Die Geschäftsherrin oder der Geschäftsherr, die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber, die Auftraggeberin oder der Auftraggeber oder die oder der Vertretene, die oder der es vorsätzlich oder fahrlässig in Verletzung einer Rechtspflicht unterlässt, eine Widerhandlung der oder des Untergebenen, der oder des Beauftragten oder der Vertreterin oder des Vertreters abzuwenden oder in ihren Wirkungen aufzuheben, untersteht den Strafbestimmungen, die für die Person gelten, welche die Tat verübt hat.

³ Ist die Geschäftsherrin oder der Geschäftsherr, die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber, die Auftraggeberin oder der Auftraggeber oder die oder der Vertretene eine juristische Person, Kollektiv- oder Kommanditgesellschaft, Einzelfirma oder Personengesamtheit ohne Rechtspersönlichkeit, so wird Abs. 2 auf die schuldigen Organe, Organmitglieder, geschäftsführenden Gesellschafterinnen oder Gesellschafter, tatsächlich leitenden Personen oder Liquidatorinnen oder Liquidatoren angewendet.

IX. Vollzugsbestimmungen

§ 65. Der Regierungsrat regelt die Einzelheiten. Er erlässt die zum Vollzug dieses Gesetzes sowie des Bundesrechts erforderlichen Verordnungen.

X. Statistik und Bericht über die Gesundheit der Bevölkerung

1. Statistik

§ 66. Der Regierungsrat regelt nach anerkannten Normen die Erhebung, die Analyse und die Veröffentlichung der statistischen Daten und der weiteren Indikatoren, die zur Erstellung und Evaluation der kantonalen Gesundheitsplanung und zur Beurteilung der Qualität der medizinischen Versorgung und der Pflege benötigt werden.

2. Bericht über die Gesundheit der Bevölkerung

§ 67. Aufgrund der Statistik und der weiteren Indikatoren im Sinne von § 66 erstellt das zuständige Departement regelmässig einen zu veröffentlichenden Bericht über die Gesundheit der Bevölkerung.

XI. Übergangs- und Schlussbestimmungen

1. Bestehende Erlasse

§ 68. Bestehende Erlasse bleiben in Wirksamkeit, soweit sie den Bestimmungen dieses Gesetzes nicht widersprechen. Dieser Erlass stellt ihre gesetzliche Grundlage dar.

2. Bestehende Bewilligungen

§ 69. Vor Wirksamkeit dieses Gesetzes erteilte Bewilligungen bleiben gültig.

² Sie sind innert fünf Jahren nach Wirksamkeit dieses Gesetzes dessen Erfordernissen anzupassen.

3. Aufhebung bisherigen Rechts

§ 70. Folgende Gesetze werden aufgehoben:

- a) Gesetz über das Sanitätswesen und die Gesundheitspolizei vom 18. Januar 1864;
- b) Gesetz betreffend die Reproduktionsmedizin beim Menschen vom 18. Oktober 1990;
- c) Gesetz betreffend Ausübung der Berufe der Medizinalpersonen und der Komplementärmedizin vom 26. Mai 1879;
- d) Gesetz betreffend die öffentliche Zahnpflege (Zahnpflegegesetz) vom 8. Dezember 1993;
- e) Gesetz betreffend die Jugendzahnpflege vom 8. November 1962;
- f) Gesetz betreffend die spitalexterne Kranken- und Gesundheitspflege (Spitexgesetz) vom 5. Juni 1991;
- g) Spitalgesetz vom 26. März 1981.

Dieses Gesetz ist zu publizieren; es unterliegt dem Referendum. Der Regierungsrat bestimmt nach Eintritt der Rechtskraft den Zeitpunkt der Wirksamkeit.