



KANTON
NIDWALDEN

STAATSKANZLEI

Dorfplatz 2, Postfach 1246, 6371 Stans
Telefon 041 618 79 02, www.nw.ch

GESETZ ZUR ERHALTUNG UND FÖRDERUNG DER GESUNDHEIT (GESUNDHEITSGESETZ, GESG)

Teilrevision

Bericht zuhanden des Landrates

Inhalt

1	Ausgangslage	3
1.1	Im Allgemeinen	3
1.2	Zur Epidemiengesetzgebung im Besonderen	4
2	Bemerkungen zu geänderten Artikeln des Gesundheitsgesetzes (inkl. weiterem Gesetz)	5
3	Bemerkungen zu geänderten Paragraphen der Gesundheitsverordnung (inkl. weiterer Verordnung)	20
4	Auswirkungen der Vorlage	23
4.1	Auf den Kanton	23
4.2	Auf die Gemeinden	24
5	Terminplan	24

1 Ausgangslage

1.1 Im Allgemeinen

Das Nidwaldner Gesetz zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit (Gesundheitsgesetz, GesG; NG 711.1) datiert vom 30. Mai 2007. Es wurde in den Jahren 2010 und 2011 im Zusammenhang mit der Krankenpflege und Hilfe zu Hause beziehungsweise dem neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrecht teilweise revidiert. Das Gesundheitswesen ist durch dessen rasante Entwicklung immer wieder und immer zahlreicher Änderungen unterworfen. In den letzten Jahren wurden sodann auf Bundesebene noch weitere Themen neu geregelt. Dies schlägt sich auch auf den Anpassungsbedarf des kantonalen Rechts an das geänderte Bundesrecht nieder. Letztlich haben sich auch die im Gesundheitswesen involvierten Organisationen und deren Aufgaben stetig verändert.

Die kantonale Gesundheitsgesetzgebung weist aufgrund der geänderten bundesrechtlichen Gesetzgebung punktuell Revisionsbedarf auf, wie insbesondere:

- Bundesgesetz über die Forschung am Menschen (Humanforschungsgesetz, HFG; SR 810.30);
- Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG; SR 811.11);
- Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG; SR 812.21);
- Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen (SR 818.31).

Mit dieser Teilrevision werden die notwendigen Änderungen im Gesundheitsgesetz vorgenommen, wie unter anderem:

- neu Schaffung der Funktion einer Kantonszahnärztin beziehungsweise eines Kantonszahnarztes;
- Neuregelung der Vorschriften über die Ethikkommission;
- Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen im Bereich der psychiatrischen Versorgung;
- Anpassung der Anforderungen an die Berufsausübungsbewilligungen und die Betriebsbewilligungen;
- Modifizierung des Notfalldienstes;
- Aufnahme von Vorschriften zu bis anhin gesetzlich nicht geregelten Bereichen wie Palliative Behandlung und Betreuung sowie E-Health;
- Anpassung an die schweizweite Vereinheitlichung von Vorschriften im Bereich Rauchverbot;
- Regelung über die Kostenpflicht der Gemeinden bei mittellos verstorbenen Kantonsbürgerinnen und -bürgern;.

Darüber hinaus sollen mit der Vorlage aber auch Vereinfachungen bei bestehenden Regelungen erzielt werden.

Berücksichtigt wurde nicht nur nationales Recht, sondern auch das (internationale) Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft sowie der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten über die Freizügigkeit (mit Anhängen, Protokoll und Schlussakte) (FZA; SR 0.142.112.681): Übernahme von Anerkennungsrichtlinien aus der EU (EU-Richtlinie über die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen 2005/36/EG für Abschlüsse aus den EU-Mitgliedstaaten).

Mit der Änderung des Gesundheitsgesetzes einher geht gleichzeitig eine Revision der Vollzugsverordnung zum Gesundheitsgesetz (Gesundheitsverordnung, GesV; SR 711.11). Auf Verordnungsebene werden im Bereich der Berufsanerkennung ausländischer Ausbildungen die neuen geltenden Regelungen implementiert.

Sodann wurden die gegenwärtigen Vorschriften von Gesetz und Verordnung generell einer Prüfung unterzogen und dabei die folgenden Themen beurteilt:

- Anpassung der Regelungen an die heutigen Verhältnisse;
- Erleichterung zukünftiger Prozessveränderungen durch Anpassungen;
- Prüfung der Harmonisierung mit anderen Kantonen;
- Prüfung der Zuständigkeiten (Pflegeheime, Spitex usw.).

1.2 Zur Epidemiengesetzgebung im Besonderen

Am 22. September 2013 hat die Schweizer Bevölkerung das totalrevidierte Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz, EpG; SR 818.101) mit einem Ja-Stimmenanteil von rund 60 % angenommen. Am 29. April 2015 hat der Bundesrat die Verordnung über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemienverordnung, EpV; SR 818.101.1) und die Verordnung über mikrobiologische Laboratorien (SR 818.101.32) verabschiedet. Die neurechtlichen Bundesvorschriften der Epidemiengesetzgebung werden gesamthaft am 1. Januar 2016 in Kraft treten.

Übertragbare Krankheiten und insbesondere Epidemien stellen Bedrohungen für die öffentliche Gesundheit dar. Das revidierte Epidemiengesetz schafft die Möglichkeiten, sich optimal auf die Gefahren vorzubereiten, sie rechtzeitig zu erkennen und im Krisenfall effizient zu handeln. Eine wirksame Vorbereitung auf Krisensituationen und deren gezielte Bewältigung bedingt etwa die koordinierte Erarbeitung von Notfallplänen.

Der Vollzug des Epidemiengesetzes obliegt den Kantonen, soweit nicht der Bund zuständig ist. Diese bereits für das geltende EpG bestehende Kompetenzverteilung leitet sich aus der entsprechenden verfassungsrechtlichen Kompetenzverteilung (Art. 118 Abs. 2 lit. b BV) ab und bleibt auch für das vorliegende Gesetz bestehen. Allerdings werden die Zuständigkeiten von Bund und Kantonen im neuen Gesetz genauer geregelt. Die Führungsrolle des Bundes wird gestärkt und seine Aufsichts- und Koordinationsfunktion intensiviert. Der Bund legt die nationalen Ziele im Bereich übertragbare Krankheiten unter Einbezug der Kantone fest und ist verantwortlich für die Vorbereitung auf Notlagen. Die Kantone sind weiterhin für die Durchführung der Massnahmen (Vollzug) zuständig. Ein ständiges Koordinationsorgan verbessert die Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen und fördert den einheitlichen Vollzug. Die strategische Führungsrolle des Bundes wurde von den Kantonen ausdrücklich gewünscht. Die Stärkung der Führungsrolle erfolgt im Einvernehmen mit den Kantonen.

Der Vollzugspielraum der Kantone richtet sich nach den vom Gesetz vorgegebenen Rahmenbedingungen. Um im Interesse der öffentlichen Gesundheit grosse Unterschiede bei der kantonalen Anwendung zu vermeiden, hat der Gesetzgeber im vorliegenden Gesetz entschieden, den Handlungsspielraum im Vollzug eher eng zu halten.

Die Kantone müssen in der Lage sein, die ihnen zugeteilte staatliche Aufgabe zeit- und bedarfsgerecht zu erfüllen und dabei die (Vollzugs-)Vorgaben des Bundes und allfällige internationale Verpflichtungen einzuhalten (beispielsweise die Internationalen Gesundheitsvorschriften [IGV]). Jeder Kanton schafft, stärkt und unterhält deshalb die notwendigen Kapazitäten, um seine Vollzugsaufgaben bei der Erkennung und Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten zu erfüllen.

Materiell-rechtliche Bestimmungen über übertragbare Krankheiten werden ausschliesslich durch den Bund erlassen. Die Kantone haben die für den Vollzug notwendigen organisations- sowie verfahrensrechtlichen Bestimmungen zu erlassen. Dazu gehört insbesondere die Bezeichnung der zuständigen Behörden für die einzelnen Vollzugsaufgaben. Die neurechtlichen Vorschriften werden dabei teils in das GesG, teils in die GesV integriert. Soweit die Vorschriften, wie beispielsweise die Übertragung der Durchführung von Massnahmen, Rechte und Pflichten beinhalten (vgl. Art. 60 Abs. 1 Ziff. 1 der Nidwaldner Kantonsverfassung [KV; NG 111]), finden sie Aufnahme ins GesG. Dies gilt auch für Bestimmungen mit erheblicher Aussenwirkung, wie dies bei Art. 74 der Fall ist. Soweit diese aber allein Voll-

zugaufgaben von untergeordneter Bedeutung betreffen, sind sie – auch aufgrund ihres Detaillierungsgrades und den Hinweisen auf die Bundesgesetzgebung – neu auch in der GesV (vgl. Kapitel IIa. über die „Bekämpfung übertragbarer Krankheiten“).

Die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen – die Kantone sind in erster Linie für den Gesetzesvollzug zuständig, der Bund übernimmt eine Aufsichts- und Koordinationspflicht – erfordert einen formalisierten Informationsaustausch in Form einer Berichterstattung. Diese umfasst eine Rückmeldung der Kantone an das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) über den Vollzug des Gesetzes und die dabei gemachten relevanten Beobachtungen.

Die Revision des Gesetzes belässt den Vollzug weitgehend bei den Kantonen. Diese nehmen zahlreiche Aufgaben und Verpflichtungen wahr (Durchführung epidemiologischer Abklärungen, Erhebung von Beobachtungen). Zudem sind sie zuständig für die Durchführung von unentgeltlichen Impfungen, die Überwachung der Durchimpfung, die Entschädigung von Schäden aus Impfungen, die Umsetzung des nationalen Impfprogramms und das Ergreifen von Massnahmen wie der Quarantäne, Absonderung oder der medizinische Überwachung.

Im Zentrum der kantonalen Vollzugsaufgaben steht die Kantonsärztin oder der Kantonsarzt. Bei ihr beziehungsweise ihm wurde sodann auch der Zuständigkeits-Auffangtatbestand angesiedelt (vgl. Art. 77 Abs. 1 GesG).

2 Bemerkungen zu geänderten Artikeln des Gesundheitsgesetzes (inkl. weiterem Gesetz)

I. Änderung des Gesundheitsgesetzes

Ingress

Neuformulierung aufgrund der Anpassung an die massgebenden eidgenössischen Vorschriften.

Art. 3 Ziff. 4a Instanzen auf kantonaler Ebene

Wie in den meisten Kantonen bereits institutionalisiert, soll inskünftig auch im Kanton Nidwalden die Funktion der Kantonszahnärztin oder des Kantonszahnarzts geschaffen werden. Gegenwärtig übt die Kantonsärztin beziehungsweise der Kantonsarzt die Funktion der Kantonszahnärztin oder des Kantonszahnarzts aus. Diese Situation vermag jedoch nicht zu befriedigen. Sie oder er verfügt nicht über die erwünschten (und notwendigen) Kenntnisse im zahnmedizinischen Bereich, um die Aufgaben einer Kantonszahnärztin oder eines Kantonszahnarzts effektiv wahrnehmen zu können. Waren solcherlei Kenntnisse erforderlich, hat bisher oftmals Zahnarzt Dr. med. dent. Hugo Ammann faktisch die Aufgaben des Kantonszahnarzts übernommen, ohne allerdings über die entsprechende Legitimation zu verfügen und dafür entschädigt zu werden.

Dr. Ammann hat nach Möglichkeit bis anhin die Funktion als Kantonszahnarzt wahrgenommen und dabei auch den Kanton Nidwalden an den Zusammenkünften der gesamtschweizerischen Vereinigung der Kantonszahnärzte vertreten. Zudem hat er wiederholt das Gesundheitsamt und das Sozialamt in zahnmedizinischen Fragen beraten und unterstützt.

Die fachliche Aufsicht über den schulzahnärztlichen Dienst erweist sich aus fachlicher Sicht als nicht optimal. Hier nimmt gegenwärtig die Kantonsärztin oder der Kantonsarzt die fachliche Aufsicht wahr. Diese Funktion bedingt eigentlich eine Person, die über zahnmedizinisches Wissen verfügt.

Die grössten Defizite bestehen in der Durchsetzung der Planungs- und Behandlungsempfehlungen in den Bereichen Ergänzungsleistung, Sozialhilfe und Asylwesen. Diese sind von der Vereinigung der Kantonszahnärztinnen und Kantons-

zahnärzte der Schweiz (VKZS) erstellt worden. Dr. Ammann nahm und nimmt bislang auf freiwilliger Basis die Rolle des Kantonszahnarztes wahr und agiert im Namen der Ämter. Es ist oft schwierig, eine Lösung zu finden, denn die Zahnärztinnen und Zahnärzte wollen für ihre Patientinnen und Patienten bessere Behandlungsvorschläge erzielen, als dies die VKZS-Richtlinien vorsehen.

Folgendes Beispiel aus der Berufsbeistandschaft illustriert die Problematik: Klientinnen oder Klienten der Berufsbeistandschaft benötigen eine Zahnsanierung. Es erfolgt dann in der Regel eine Kostengutspracheanfrage an den Zahnarzt. Dieser erstellt einen Kostenvoranschlag, der sehr oft über den VKZS-Richtlinien liegt. Dr. Ammann beurteilt dann auf Wunsch des Sozialamts den Kostenvoranschlag und nimmt mit dem Zahnarzt (ohne Legitimation) Kontakt auf. Das Verfahren zieht sich über Monate hin. In der Zwischenzeit suchen die Klienten notfallmässig mehrmals Zahnärzte auf (Kosten gehen zu Lasten des Sozialamtes).

Art. 5 Abs. 1 Direktion

Die Ergänzung („..., koordiniert ...“) wurde von den Gemeinden im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens eingebracht. Die (Gesundheits- und Sozial)Direktion ist neu nebst allen Massnahmen, Verfügungen und Entscheiden, die nicht ausdrücklich einer anderen Instanz übertragen sind, auch ausdrücklich für die Koordination auf dem Gebiet des Gesundheitswesens verantwortlich.

Damit wird der Direktion auch gesetzlich die Rolle zugeschrieben, die ihr bereits heute in vielen Fällen faktisch zukommt. Die koordinative Rolle der Direktion wird explizit gestärkt. Doppelspurigkeiten/Fehlplanungen sollen so verhindert werden.

Art. 7a Kantonszahnärztin oder Kantonszahnarzt

Diese Bestimmung führt die Aufgaben auf, die der neu geschaffenen Funktion der Kantonszahnärztin beziehungsweise des Kantonszahnarztes (vgl. dazu die Ausführungen zu Art. 3) übertragen sind. Zentral ist dabei die Unterstützung und Beratung der Direktion in zahnmedizinischen Fragen. Diese Aufgabe ist ähnlich positioniert wie die Aufgabe der Kantonsärztin beziehungsweise des Kantonsarztes. Der Aufwand wird aber wesentlich geringer ausfallen. Darüber hinaus nimmt die Kantonszahnärztin beziehungsweise der Kantonszahnarzt die Aufsicht über die Schulzahnpflege wahr (vgl. die Ausführungen zu Art. 48 VSG unter Ziffer II.).

Der Kantonszahnärztin beziehungsweise dem Kantonszahnarzt kommt darüber hinaus eine Begutachtungsfunktion zu. Eine solche gilt jedoch nicht generell, sondern allein im Zusammenhang mit zahnärztlichen Behandlungsvorschlägen bei Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen und wirtschaftlicher Sozialhilfe sowie bei Gefängnisinsassen. Sie beziehungsweise er kann von diversen Instanzen unterstützend beigezogen werden.

Der Adressatenkreis im Zusammenhang mit den Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen und Gefängnisinsassen ist insofern unmissverständlich, dass der keine weiteren Abgrenzungsprobleme ergibt. Etwas weniger einfach ist die Angelegenheit im Zusammenhang mit den Bezügerinnen und Bezüger wirtschaftlicher Sozialhilfe, bei welchen die öffentliche Hand die Kosten für zahnärztliche Handlungen übernimmt. Der Begriff der wirtschaftlichen Sozialhilfe ist ein umfassender und nicht beschränkt auf diejenige wirtschaftliche Sozialhilfe, die im Kanton Nidwalden ordentlicherweise durch die Gemeinden ausgerichtet wird. Unter diesen Titel fallen gemäss Art. 28 des kantonalen Sozialhilfegesetzes (SHG; NG 761.1) auch Asylsuchende und Schutzbedürftige, Personen mit einem Nicht-Eintretens-Entscheid, vorläufig aufgenommene Personen und anerkannten Flüchtlinge, soweit während 12 Jahren seit der Einreise der Kanton für die Ausrichtung wirtschaftlicher Sozialhilfe zuständig ist und diese Personen für die Bestreitung ihres Lebensunterhalts auf die Inanspruchnahme staatlicher Hilfe an-

gewiesen sind. Der Verband der Kantonszahnärztinnen und -zahnärzte in der Schweiz hat dazu Planungs- und Behandlungsempfehlungen formuliert. Im Zentrum wird der Bedarf an Behandlung definiert und nicht die Bedürfnisse an Behandlung. Ein behandlungsbedürftiger Zustand oder eine in diesen Empfehlungen genannte Behandlungsindikation gibt nicht automatisch ein Recht auf eine zahnärztliche Behandlung zulasten einer Sozialversicherungsstelle, Sozialbehörde oder Gefängnisinstitution. Dazu sind weitere soziale und administrative Kriterien massgebend. Vorzustand, Compliance des Patienten und die dentale Prognose sind wichtige Aspekte in der Behandlung solcher Fälle.

Kantonszahnärztin/Kantonszahnarzt vertritt den Kanton in zahnmedizinischen Angelegenheiten nach aussen. Insbesondere im Verband der Vertrauenszahnärztinnen/-zahnärzte kann inskünftig eine legitimierte Rolle wahrgenommen werden.

Kantonszahnärztin/Kantonszahnarzt soll die kommunalen Gesundheitsbehörden in zahnmedizinischen Belangen beraten, sofern das notwendig oder erwünscht ist und die Aufsicht über die Schulzahnpflege (Dentalprophylaxe) übernehmen.

Art. 10a Ethikkommission

Die Ethikkommission beruht auf einer Vorschrift des Bundesrechts. Ursprünglich war sie in der Heilmittelgesetzgebung geregelt. Mit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Forschung am Menschen (Humanforschungsgesetz, HFG; SR 810.30) wird sie nun neu in diesem Bundeserlass geregelt.

Jeder Kanton bezeichnet die für sein Gebiet zuständige Ethikkommission und wählt deren Mitglieder. Er nimmt die Aufsicht über die Ethikkommission wahr (Art. 54 Abs. 1 HFG). In jedem Kanton besteht höchstens eine Ethikkommission. Mehrere Kantone können eine gemeinsame Ethikkommission bezeichnen oder vereinbaren, dass die Ethikkommission eines Kantons auch für weitere Kantone zuständig ist (Art. 54 Abs. 2 HFG).

Der Kanton Nidwalden war ursprünglich in die Ethikkommission des Kantons Luzern eingebunden. Mit dem Inkrafttreten des HFG wurde mit Beschluss des Regierungsrates des Kantons Luzern vom 29. Oktober 2013 dessen Ethikkommission aufgehoben, die Ethikkommission nach HFG breiter abgestützt und auf das Gebiet Nordost- und Zentralschweiz ausgedehnt.

Der Kanton Nidwalden hat sodann zusammen mit den anderen Nordwest- und Zentralschweizer Kantonen auf den 1. Januar 2014 eine Vereinbarung über die Einsetzung einer gemeinsamen Ethikkommission Nordwest- und Zentralschweiz (EKNZ) abgeschlossen (vgl. RRB Nr. 813 vom 19. November 2013).

Diese Änderung bildet die tatsächlichen Verhältnisse – gemeinsame Führung einer Ethikkommission zusammen mit anderen Kantonen statt eine (unrealistische) selbständige Führung einer kantonalen Ethikkommission – effektiv ab.

Setzt der Kanton – was eher unwahrscheinlich, aber doch in Betracht zu ziehen ist – eigenständig eine Ethikkommission ein, ernennt die (Gesundheits- und Sozialdirektion) deren Mitglieder (Abs. 1). Sofern der Regierungsrat allerdings den Beitritt zu einer überregionalen Ethikkommission beschliesst – wie er dies im Beschluss Nr. 813 vom 19. November 2013 getan hat –, obliegt der Direktion die Wahl der Ethikkommission nur begrenzt; sie nimmt die Aufgaben des Kantons im Sinne der Interkantonalen Vereinbarung wahr (Abs. 2).

Art. 12a, Titel Gemeinwirtschaftliche Leistungen 1. Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause

Anpassung des Titels aufgrund des Einschubes von Art. 12b.

Art. 12b 2. psychiatrische Versorgung

Die psychiatrische Versorgung wird, soweit sie nicht Pflichtleistungen nach der Krankenversicherungsgesetzgebung enthält, hinsichtlich der Abgeltung gemeinschaftlicher Leistungen (GWL) analog der Regelung hinsichtlich der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (vgl. Art. 12a) in das Gesundheitsgesetz aufgenommen. Denn nach Art. 49 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) werden die GWL nicht über die obligatorische Krankenpflegeversicherung finanziert, sondern müssen von den Kantonen beziehungsweise Gemeinden oder Dritten, die sie bestellen, separat abgegolten werden. So sind darin nebst der Aufrechterhaltung von Kapazitäten aus regionalpolitischen Gründen oder der Forschung und universitären Lehre weitere nicht anrechenbare Kosten wie Sozialpsychiatrie, 24-Stunden-Notfallversorgung sowie weitere Dienstleistungen ausserhalb der obligatorischen Krankenpflegeversicherung darin einzurechnen, die von den Bestellern separat abgegolten werden müssen.

Mit der neuen Regelung hat der Regierungsrat die Möglichkeit, im Rahmen der vom Landrat bewilligten Kredite – wobei der Landrat nicht an die verfassungsmässige Finanzkompetenz gebunden ist – die Versorgung der Versicherten über die Kantonsgrenzen hinweg sicherzustellen, wie dies zurzeit für den Bereich der Psychiatrie im Rahmen des Projekts lups-ON (Luzerner Psychiatrie-OW/NW) diskutiert wird. In diesem Projekt soll die Versorgung der Psychiatrie über die Kantone LU/OW/NW hinweg gemeinsam bestritten werden. Damit wird auch eine Anschlusslösung der gekündigten Vereinbarung über die Aufnahme und Behandlung von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Nidwalden in der psychiatrischen Abteilung am Kantonsspital Obwalden (NG 714.325) sichergestellt. Aufgrund dieser Vereinbarung hatte der Kanton Nidwalden bis anhin die Defizitdeckung der Betriebskosten und Investitionsbeiträge zugesichert. Aufgrund der neuen Spitalfinanzierung sind solche Vereinbarungen nicht mehr möglich.

Art. 19 Abs. 1 Ziff. 1 und Abs. 2

Ausnahmen von der Bewilligungspflicht

1. Unselbständige Tätigkeit

Diese Vorschrift regelt die Ausnahmen von der Bewilligungspflicht. Auf S. 20 des Berichts vom 13. März 2007 zum Gesundheitsgesetz wurde bezüglich Art. 19 darauf hingewiesen, dass Assistentinnen und Assistenten, die nach abgeschlossener Ausbildung in eigener fachlicher Verantwortung bei einer Gesundheitsfachperson arbeiten, eine Berufsausübungsbewilligung benötigen. Dies betrifft insbesondere Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Dentalhygienikerinnen und Dentalhygieniker sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten.

Es stellt sich nun in der Praxis die Frage, was „unter der Aufsicht einer Fachperson“ und „in eigener fachlicher Verantwortung“ bedeutet. „Unter Aufsicht“ bedeutet nach geltendem Gesundheitsgesetz, dass die „Aufsichtsperson“ in der Regel anwesend ist. „In eigener fachlicher Verantwortung“ heisst: diese Personen erfüllen alle Anforderungen aus fachlicher Sicht, die an eine Berufsausübungsbewilligung gestellt werden. Sie sind somit fertig ausgebildet und in der Lage, diese Verantwortung zu tragen. Bei den Ärztinnen und Ärzten ist dies mit der Erlangung des Facharzttitels soweit, bei den Zahnärztinnen und Zahnärzten geht die SSO davon aus, dass nach dreijähriger Assistenzzeit eine Praxis selbständig geführt werden kann, bei den Dentalhygienikerinnen und Dentalhygienikern sowie den Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten benötigt man mindestens zwei Jahre Berufserfahrung zur Erlangung der selbständigen Berufsausübungsbewilligung.

Mit der neuen Regelung soll inskünftig bewirkt werden, dass gestützt auf Abs. 1 Ziff. 1 von Art. 19 nur noch diejenigen Personen als Fachassistenz gelten, welche

die Anforderungen an eine Berufsausübungsbewilligung (noch) nicht erfüllen und demzufolge auch unter der Verantwortung und Aufsicht der Fachperson stehen. Mithin ist zu verhindern, dass sich Personen, welche die Voraussetzungen an die Berufsausübungsbewilligung erfüllen und unter einer vermeintlichen Verantwortung und Aufsicht einer Fachperson sowie einer angeblichen Unselbständigkeit tätig sind und sich damit gewissen Verpflichtungen (beispielsweise dem Notfalldienst nach Art. 37) entziehen.

Art. 19 regelt zwei unterschiedliche Kategorien, einerseits Personen mit einer Berufsausübungsbewilligung, die eine Praxis führen und andererseits die Institutionen mit einer Institutsbewilligung. Bei ersteren benötigen alle Personen eine Berufsausübungsbewilligung mit abgeschlossener Ausbildung oder Weiterbildung (Arzt), bei den Institutionen benötigen zurzeit nur die leitenden Angestellten eine Bewilligung.

Fachlich ausgebildete Personen, die keine Berufsausübungsbewilligung benötigen und unter der Verantwortung und Aufsicht einer Fachperson stehen, sind in der Regel Assistenten. Diese bedürfen keiner Berufsausübungsbewilligung. Sie sind jedoch neu durch die beaufsichtigende Person (die Fachperson) binnen 20 Tagen nach Beginn des Arbeitsverhältnisses dem Gesundheitsamt zu melden (Abs. 2). Die Meldung umfasst die Personalien und den Lebenslauf der Assistenten.

Durch diese Änderung kann zudem eine Lücke im bestehenden Gesetz geschlossen werden; dies bedingt jedoch einen entsprechenden Vollzug (sprich Kontrolle) des Gesundheitsgesetzes. Bis anhin war es nach Art. 19 möglich, die Berufsausübungsbewilligung zu umgehen. Insbesondere Zahnärzte und auch Ärzte haben immer wieder ausgebildete Fachpersonen angestellt, ohne für diese eine Berufsausübungsbewilligung zu beantragen. Damit kann auch der geltende Zulassungsstopp (Vollzugsverordnung betreffend die Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung; Zulassungseinschränkungsverordnung, ZEV, NG 711.12) umgangen werden.

Art. 26 Abs. 4 **Verweis, Entzug der Bewilligung**

Für Medizinalpersonen wird eine Verdeutlichung des Hinweises auf die Regelung im MedBG geschaffen.

Art. 27 Abs. 1 Ziff. 2 **Erlöschen der Bewilligung, Unterbrechung**

Grundsätzlich erlischt die Berufsausübungsbewilligung von Gesetzes wegen mit Erreichen des 70. Altersjahres. Sie kann jedoch wie bis anhin verlängert werden, dies um jeweils zwei Jahre (vormals erstmals ebenfalls um zwei Jahre, danach nur noch um ein Jahr). Die Bewilligung nach dem 70. Altersjahr wird neu generell um jeweils zwei Jahre verlängert. Eine Verlängerung des Bewilligungsrythmus macht Sinn, denn vor allem Ärztinnen und Ärzte lassen ihre Bewilligung des öfteren über das 70. Altersjahr hinaus verlängern. Viele von ihnen haben zwar oft ihre Arztpraxen aufgegeben, sind aber entweder als Stellvertreterin oder Stellvertreter doch noch periodisch tätig oder nehmen im Freundes- oder Bekanntenkreis eine beschränkte Arztstätigkeit wahr und möchten dies nicht unentgeltlich tun. Damit wird die Kadenz der Erneuerung auf einen regelmässigen Zweijahresrythmus geändert.

Neu wird – obwohl selbstredend – explizit festgelegt, dass die Bewilligung nur verlängert werden kann, wenn die Voraussetzungen für die Erteilung einer Bewilligung gegeben sind. Somit besteht explizit die Möglichkeit der Prüfung des Verlängerungsgesuchs nach Art. 24. Dabei wird der Nachweis von geeigneten Räumen und Einrichtungen zur Ausübung der Tätigkeiten individuell und in Abhängigkeit der zu erbringenden Dienstleistungen geprüft.

Art. 32, Titel und Abs. 2 Meldepflicht, Melderecht

Diese Bestimmung wurde im Nachgang zum Vernehmlassungsverfahren in die Vorlage aufgenommen. Bisher waren Gesundheitsfachpersonen ohne Rücksicht auf das Berufsgeheimnis verpflichtet – und damit nicht nur berechtigt –, auch Wahrnehmungen im Sinne von Abs. 2 der Kantonspolizei zu melden. Neu wird lediglich noch ein Melderecht statuiert. Damit erhalten die Gesundheitsfachpersonen die Möglichkeiten von einer Meldung abzusehen, wenn dies im Interesse der behandelnden Person liegt. Der Bewilligungsinhaber muss also in diesen Fällen im Interesse der Patientin respektive des Patienten abwägen, ob er eine Meldung machen soll oder nicht. So möchte vielleicht ein Missbrauchsoffer nicht, dass im Rahmen einer Therapie bekanntgegebene Missbräuche im Familienbereich die sich vor sehr langer Zeit ereignet haben gemeldet werden und eine Strafverfolgung entstehen könnte.

Das Vertrauensverhältnis zwischen Gesundheitsfachpersonen und Patienten (als Opfer) wird somit höher gewichtet als bisher, wo die Verpflichtung über dem Berufsgeheimnis stand.

Wichtig ist, dass die Gesundheitsfachpersonen in Fällen möglicher Wiederholungsgefahr ihr Melderecht wahrnehmen.

Art. 37 Notfalldienst 1. Pflicht

Diese Bestimmung wurde teilweise umformuliert und ergänzt. Neu wird ausdrücklich vermerkt, dass die genannten Personen aus den jeweiligen Berufsgattungen im Besitze einer Berufsausübungsbewilligung sein müssen; diese sind verpflichtet, sich am Notfalldienst zu beteiligen. Das bedeutet, dass der Punkt, der bisher explizit in jeder einzelnen Bewilligungsverfügung festgehalten wurde, von Gesetzes wegen vorgeschrieben wird.

Abs. 2 bestimmt neu ausdrücklich, dass bei Vorliegen wichtiger Gründe wie insbesondere bei länger dauernder Erkrankung, Unfall oder einer Schwangerschaft auf Gesuch hin eine Befreiung vom Notfalldienst beantragt oder aber eine Gesundheitsfachperson wegen mangelnder Eignung vom Notfalldienst ausgeschlossen werden kann. Aber auch eine fachliche Ausbildung, welche weder zur Leistung eines allgemeinen, spezialärztlichen, noch spitalinternen Notfalldienstes qualifiziert, kann Grund für einen Ausschluss sein. Über die Befreiung oder den Ausschluss vom Notfalldienst entscheidet der Berufsverband. Die wichtigen Gründe sind in einem Notfalldienstreglement zu stipulieren. Dabei sind die minimalen Standards nach Massgabe des Arbeitsrechts zu beachten, das bedeutet dass es gleich lange Spiesse geben muss für notfalldienstpflichtige Angestellte und Selbständigerwerbende.

Fallen die Befreiungs- oder Ausschlussgründe weg, lebt die Notfalldienstpflicht von Gesetzes wegen wieder auf (Abs. 3). Die Befreiung und der Ausschluss dauern somit so lange an, bis die Gründe hierfür bestehen. Fallen Sie weg, entfällt auch die Befreiung und der Ausschluss. Die betroffenen Personen unterstehen ab diesem Zeitpunkt wieder der Notfalldienstpflicht.

Bestehen Situationen, in denen dies zur Sicherstellung des Notfalldienstes notwendig ist (Personalknappheit), können zwar von wieder der Notfalldienstpflicht befreite, nicht aber auch von diesem ausgeschlossene Personen wieder dem Notfalldienst unterstellt werden. Solcherlei erfolgt jedoch nur im Ausnahmefall und wenn es der Zustand der betroffenen Person zulässt, denn grundsätzlich dauert deren Befreiungssachverhalt nach wie vor an. Denkbar ist dabei vor allem an einen stundenweisen Einsatz zu gewissen Zeiten in einem beschränkten Einsatzgebiet beziehungsweise in der Praxis der befreiten Person.

Art. 37a 2. Ersatzabgabe

Abs. 1 beinhaltet die gesetzliche Grundlage für die Leistung einer Ersatzabgabe. Hierzu hat das Bundesgericht in seinem Urteil 2C.807/2010 vom 25. Oktober 2011 festgehalten, dass eine explizite rechtliche Grundlage erforderlich ist, wenn ein Berufsverband eine Ersatzabgabe erhebt. Der Kreis der Abgabepflichtigen, der Gegenstand der Abgabe und die Bemessungsgrundlage müssen dazu im Gesetz geregelt sein. Fehlt diese Grundlage, können Gesundheitsfachpersonen zwar vom Notfalldienst befreit, nicht aber zur Zahlung einer Ersatzabgabe verpflichtet werden.

Ersatzabgabepflichtig sind all jene Fachpersonen, die keinen Notfalldienst leisten. Mithin betrifft dies nicht nur die vom Notfalldienst ausgeschlossenen, sondern auch die vom Notfalldienst befreiten Personen. Massgebend ist alsdann im Zusammenhang mit der Verpflichtung zur Leistung einer Ersatzabgabe allein, ob die betroffene Person Notfalldienst leistet oder nicht. Die Gründe, wieso jemand den Notfalldienst nicht leistet beziehungsweise nicht leisten kann oder darf, sind somit unerheblich.

Die Höhe der Ersatzabgabe gemäss Abs. 2 orientiert sich an der geltenden maximalen Höhe in anderen Kantonen wie beispielsweise in den Kantonen Bern und Glarus.

Mit der Ersatzabgabe sind nach Abs. 3 primär die Kosten für die Organisation und die Sicherstellung des Notfalldienstes des jeweiligen Berufsverbands zu decken (Abgeltung für die Notfalldienstleistenden). Darüber hinaus dient die Ersatzabgabe der Qualitätssicherung und –förderung des Notfalldienstes.

Art. 37b 3. Organisation

Das Bundesgericht hat in seinem Urteil 2C.807/2010 vom 25. Oktober 2011 festgehalten, dass der kantonale Gesetzgeber die Regelung des Notfalldienstes der privatrechtlich organisierten Ärztegesellschaft übertragen darf, sofern die entsprechende Delegation in einem formellen Gesetz vorgesehen ist. In diesem delegierten Bereich tritt die Ärztegesellschaft auch gegenüber Nichtmitgliedern hoheitlich auf. Erhebt die Ärztegesellschaft eine Ersatzabgabe, so müssen der Kreis der Abgabepflichtigen, der Gegenstand der Abgabe und die Bemessungsgrundlage im formellen Gesetz geregelt sein. Die Nidwaldner Regelungen vermögen diesen Erfordernissen nicht in allen Punkten zu genügen und machen daher eine Gesetzesanpassung in diesem Bereich notwendig.

Der Bericht vom 13. März 2007 zu Art. 37 GesG führt aus, dass der Notfalldienst für Ärztinnen und Ärzte durch die Unterwaldner Ärztegesellschaft organisiert werde. Weisungen seien in Zusammenarbeit mit der Direktion zu erarbeiten. Die Kantone seien zusammen mit den Ärztegesellschaften und den Spitälern daran, den Notfalldienst und die Praxisassistenz zu überprüfen und infolge der drohenden Ärzteknappeit neue Wege zu suchen.

Der Notfalldienst der Ärztinnen und Ärzte wird heute im Kanton Nidwalden während der Nacht durch das Kantonsspital triagiert. Das bietet eine grosse Entlastung für die Hausärzte.

Abs. 1 sieht neu ausdrücklich vor, dass die Berufsverbände in die Pflicht genommen werden, den Notfalldienst zu organisieren. Neu wird in Abs. 2 die verpflichtende Mitwirkung am Notfalldienst auch für Nichtmitglieder der Berufsverbände festgelegt.

In Abs. 3 wird die Informationspflicht der Berufsverbände ans Amt neu ausdrücklich aufgenommen. Dies ist verbunden mit einer präventiven Interventionsmöglichkeit, damit das Amt im Notfall die Organisation des Notfalldienstes selber an die Hand nehmen kann.

Abs. 4 legt sodann fest, welche Instanz über die Einhaltung der Vorschriften über den Notfalldienst wacht und wer bei Streitigkeiten entscheidet, die sich aus dem Notfalldienst ergeben. Es ist dies das Gesundheitsamt.

Art. 38 Abs. 1 Ziff. 3 Betriebsbewilligung

Inskünftig werden alle Organisationen und Einrichtungen im Sinne der Art. 51 und 52 der eidgenössischen Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) aufgeführt, die eine Betriebsbewilligung benötigen (neu auch die Organisationen der Physiotherapie sowie die Ernährungsberatung und die Geburtshäuser).

Art. 43a Palliative Behandlung und Betreuung

Eine Grundhaltung der palliativen Behandlung und Betreuung (Palliative Care) ist die Akzeptanz der Endlichkeit des Lebens. Daher wird sowohl das künstliche Verzögern des Sterbens, als auch die aktive Sterbehilfe abgelehnt.

Unter „Palliative Care“ – dies im Gegensatz zu „curative medicine“, das heisst, der auf Heilung gerichteten Behandlung – werden alle medizinischen Behandlungen, pflegerischen Interventionen sowie die psychische, soziale und geistige Unterstützung kranker Menschen verstanden, die an einer fortschreitenden und unheilbaren Erkrankung leiden. Ziel ist es, deren Leiden zu lindern und die bestmögliche Lebensqualität der kranken Person und ihrer Angehörigen zu sichern (vgl. zu dieser Definition Art. 3 der Statuten der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung, Stand 2007).

Palliative Medizin, Pflege und Begleitung dienen nicht dazu, den Tod herbeizuführen. Es werden aber auch keine Massnahmen getroffen, um das Leben um jeden Preis zu verlängern (vgl. dazu die Ausführungen in der Schweizerischen Ärztezeitung 2001, Nr. 29/30, S. 1610). Der Kanton Nidwalden verweist gegenwärtig unter dem Titel „Patientenrechte und –pflichten“ im Gesundheitsgesetz auf die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) über die Sterbehilfe (Art. 54 GesG). Sterbehilfe und Palliative Care sind indes nicht deckungsgleich, so dass sich eine Aussage über Palliative Care rechtfertigt. Diese Formulierung entspricht unter anderem den Regelungen in den Kantonen Luzern und Schaffhausen.

Mit der neu geschaffenen Gesetzesgrundlage soll Palliative Care mehrdimensional ausgerichtet werden können. Es soll nicht nur die körperliche, psychische und soziale Dimension unterstützt werden, auch der spirituellen Dimension soll mit Abs. 2 genügend Platz im palliativen Prozess gegeben werden. Damit besteht für Nidwalden auch eine Grundlage für die Umsetzung der nationalen Strategie Palliative Care. Patientinnen und Patienten können Angehörige oder Bezugspersonen zur Sterbebegleitung beiziehen (oder mittels Patientenverfügung beiziehen lassen). Gleiches gilt für das Abschiednehmen nach dem Versterben.

Der Kanton Nidwalden besitzt bereits heute ein palliatives Versorgungsnetz, das in erster Linie von den Hausärztinnen und Hausärzten, dem Kantonsspital, den Pflegeheimen, den selbständigen Pflegefachfrauen, der Spitex Nidwalden, den Seelsorgern und dem Verein Begleitgruppe von schwerkranken und sterbenden Menschen in NW getragen wird. Hier geht es vor allem darum, das bestehende Netzwerk zu verbessern. Eine gute Vernetzung soll dazu führen, dass die Selbstbestimmung von Betroffenen gewährleistet ist, unnötige notfallmässige Spital- oder Heimeintritte vermieden werden und Angehörige in ihrer Pflege und Betreuung angemessen unterstützt werden können.

Mit der neuen Regelung können gegebenenfalls auch zusätzliche spezielle Bedürfnisse durch staatliche Leistungen, wie beispielsweise Aufenthalte in einem

Sterbehospiz für jüngere Patienten oder ein Pikettdienst finanziell teilweise abgedeckt werden. Dazu braucht es aber Leistungsaufträge des Kantons. Ein Palliative Care Konzept für den Kanton Nidwalden ist derzeit in Erarbeitung. Dieses soll dann entsprechende Empfehlungen beinhalten.

Im Hinblick auf die Suizidbeihilfegesellschaften soll so auch bewusst ein Gegenpol zu Dignitas oder Exit gesetzt werden.

Art. 45 Abs. 3 und 4 Aufzeichnungen

Klarere Neuformulierung von Abs. 3 aufgrund des Berufsgeheimnisses. Es sind ausschliesslich die Patientinnen und Patienten – und nur sie –, die bezeichnen, wohin die Aufzeichnungen der Gesundheitsfachpersonen weiterzuleiten sind.

Aktuelle Ereignisse im Zusammenhang mit der Anwendung dieser Bestimmung haben gezeigt, dass die Mitteilung an Patientinnen und Patienten von verstorbenen Gesundheitsfachpersonen, die über einen Kundenstamm von mehreren 100 oder allenfalls auch mehreren 1000 Personen verfügen, nicht nur mittels eines persönlichen Briefes, sondern auch – zumindest in einem ersten Umlauf – mittels Publikation in geeigneten Medien erfolgen kann. Damit kann auf verwaltungsökonomischem Wege bereits eine Vielzahl von Patientinnen und Patienten erreicht werden. Die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage ist insbesondere vom Datenschützer der Kantone SZ/OW/NW gefordert worden, damit eine Publikation rechtmässig ist.

Mit dieser Ergänzung sollen die Patientinnen und Patienten einer verstorbenen Gesundheitsfachperson schnellstmöglich informiert werden können. Damit kann im Idealfall die Herausgabe der Krankenakten noch über das Praxispersonal der verstorbenen Gesundheitsfachperson in deren Praxis erfolgen. Ein umständliches Anschreiben aller Patientinnen und Patienten, wie es heute implizit erforderlich ist, kann somit weitgehend entfallen.

Art. 45a Elektronische Gesundheitsdienste

Die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung kann neben ihrer eigentlichen Hauptfunktion, der administrativen Vereinfachung, als Basis für weitere E-Health-Anwendungen dienen. Art. 16 Abs. 1 der eidgenössischen Verordnung über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (VVK; SR 832.105) sieht die Möglichkeit einer erweiterten, d.h. einer über den obgenannten Zweck und über die Nutzungsmöglichkeiten gemäss Art. 42a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) hinausgehenden Nutzung der Versichertenkarte im Rahmen von kantonalen Modellversuchen vor. Als Anwendungsbereiche einer solchen erweiterten Nutzung der Versichertenkarte beziehungsweise von Modellversuchen sind inskünftig insbesondere die elektronische Gesundheitskarte und Anwendungen der Telemedizin denkbar. Der Kanton kann solche Modellversuche selber durchführen oder – mit entsprechender Bewilligung – durch Dritte (beispielsweise Kantonsspital) durchführen lassen.

Die elektronische Gesundheitskarte ist, neben anderen Authentifizierungsmethoden, ein möglicher Zugangsschlüssel zu zentral oder dezentral gespeicherten Dokumenten von Patientinnen und Patienten oder zu einem Patientendossier. Das Ziel der verbesserten Effizienz, Qualität und Sicherheit in der Gesundheitsversorgung kann nur erreicht werden, wenn die Leistungserbringenden unabhängig von Ort und Zeit Zugriff auf behandlungsrelevante Informationen haben. Dazu müssen die Daten nach einer einheitlichen Struktur erfasst und elektronisch ausgetauscht werden können. Die Berichte über Befunde, Diagnosen oder Therapien von Patientinnen und Patienten werden bei den Leistungserbringenden

fallbezogen als Krankengeschichte abgelegt. Relevante Informationen liegen in unterschiedlichster Form vor (zum Beispiel elektronische und papierbasierte Dokumente, Röntgenfilme oder Videosequenzen). Dabei variieren die Struktur und die Informationstiefe erheblich. Es ist daher bislang der Regelfall, dass niemand, weder Patientin oder Patient noch einer der Leistungserbringenden einen annähernd vollständigen Überblick über die „verstreuten“ Dokumentationsteile besitzt. Aufzeichnungen und Unterlagen sind deshalb oft nicht dort, wo sie bei Bedarf gebraucht würden. Dies kann dazu führen, dass diagnostische Erkenntnisse nicht vorliegen, therapeutische Entscheidungen zu spät getroffen werden oder auf fehlenden oder unzutreffenden Informationen beruhen. Wenn es durch die Einführung eines einrichtungsübergreifenden, umfassenden – und konsolidierten – Patientendossiers gelingen würde, den medizinischen Leistungserbringenden die relevanten Informationen über frühere Erkrankungen, abgeschlossene und laufende Therapien sowie eine aktuelle Problemliste verlässlich verfügbar zu machen, könnten Diagnosen sicherer, schneller und wirtschaftlicher gestellt und therapeutische Massnahmen rechtzeitig eingeleitet werden. Die Patientensicherheit würde so massgeblich verbessert.

Andere E-Health-Dienste werden in der sogenannten Telemedizin erprobt. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf der Interaktion zwischen Patientin/Patient und Ärztin/Arzt einerseits oder unter Ärztinnen/Ärzten über räumliche Distanz bei der medizinischen Diagnostik und bei der Behandlung andererseits. Das Besondere an der Telemedizin ist, dass damit die Überwindung von Distanzen durch neue technische Kommunikationsmittel unterstützt wird. Die Telemedizin bietet eine Vielzahl von Möglichkeiten wie Konsultationen über Internet, Telekonsilien oder Telemonitoring.

Die erweiterte Nutzung der Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Rahmen von kantonalen Modellversuchen setzt nach Art. 16 VVK eine Grundlage im kantonalen Recht voraus, die mit dieser Vorschrift geschaffen wird. Dies hat den Rahmen und den Zweck jedes Versuchs sowie dessen zeitliche Befristung festzulegen, das zuständige kantonale Organ zu bezeichnen, die Freiwilligkeit der Teilnahme der Versicherten und der Leistungserbringerinnen und -erbringer zu gewährleisten, die im Rahmen des Versuchs bearbeiteten Personendaten festzulegen und die Zugriffsrechte auf Personendaten zu regeln. Schliesslich sind Modellversuche durch Evaluationen des Kantons zu begleiten. Der Kanton hat dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) über Modellversuche Bericht zu erstatten. Für die systematische Verwendung der AHV-Versichertennummer im Rahmen von kantonalen E-Health-Modellversuchen ist wiederum eine spezialgesetzliche Grundlage zu schaffen (vgl. Art. 50e Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung [AHVG, SR 831.10]).

Die Gültigkeitsdauer dieser Vorschrift ist voraussichtlich bereits zum heutigen Zeitpunkt absehbar. Am 19. Juni 2015 hat das Parlament das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG) verabschiedet. Die Referendumsfrist ist am 8. Oktober 2015 ungenutzt abgelaufen. Das EPDG wird voraussichtlich per 2017 in Kraft treten. Dannzumal wird auch das kantonale Recht wieder einer entsprechenden Revision zu unterziehen sein. Das EPDG regelt insbesondere die Erstellung eines elektronischen Patientendossiers sowie den Zugang zu diesem.

Art. 47 Abs. 2 Ziff. 5 Berufsgeheimnis

Nach Art. 321 Ziff. 1 des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB; SR 311.0) unterstehen Ärzte, Zahnärzte, Chiropraktoren, Apotheker, Hebammen, Psychologen sowie ihre Hilfspersonen dem Berufsgeheimnis. Offenbaren sie dieses, das ihnen infolge ihres Berufes anvertraut worden ist oder das sie in dessen Aus-

übung wahrgenommen haben, machen sie sich strafbar. Diese bundesrechtliche Norm umfasst somit nicht alle Gesundheitsfachpersonen nach dem kantonalen Recht. Die Verschwiegenheitspflicht wurde kantonalrechtlich generell auf Gesundheitsfachpersonen ausgedehnt, dies zum Schutz der Patientinnen und Patienten. Unbefriedigend an dieser Situation ist jedoch, dass die kantonal dem Berufsgeheimnis unterstehenden Personen nicht nach Art. 321 StGB, sondern „nur“ nach Art. 90 GesG strafbar sind.

Wie im Bundesrecht (vgl. Art. 321 Ziff. 1 Abs. 3 StGB) ist die Verletzung des Berufsgeheimnisses für den Kreis der kantonalrechtlich dem Berufsgeheimnis unterstehenden Personen auch nach der Beendigung der Berufsausübung strafbar.

Gestützt auf Art. 321 Ziff. 2 StGB ist ein Täter nicht strafbar, wenn dieser das Geheimnis auf Grund einer Einwilligung des Berechtigten oder einer auf Gesuch des Täters erteilten schriftlichen Bewilligung der vorgesetzten Behörde oder Aufsichtsbehörde offenbart hat. Gleiches soll sodann auch für die kantonal dem Berufsgeheimnis unterstellten Personen gelten.

Gestützt auf Art. 321 Ziff. 3 StGB bleiben die eidgenössischen und kantonalen Bestimmungen über die Zeugnispflicht und über die Auskunftspflicht gegenüber einer Behörde vorbehalten. Dies sind unter anderem die Melderechte im Sinne von Art. 453 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB; SR 210), Art. 15d Abs. 1 lit. d und Abs. 2 des Strassenverkehrsgesetzes (SVG; SR 741.01) und Art. 364 StGB sowie die Auskunftspflicht nach Art. 54a des Unfallversicherungsgesetzes (UVG; SR 832.2) und die Meldepflicht nach Art. 27 Abs. 1 lit. a des Epidemiengesetzes (EpG; SR 818.101).

Mithin können auch die Kantone gestützt auf die Kompetenznorm des Bundes in Art. 321 Ziff. 3 StGB Zeugnispflichten und Auskunftspflichten in ihrer Gesetzgebung vorsehen. Davon hat der Kanton Nidwalden unter anderem mit der Verankerung einer Meldepflicht in Art. 32 Abs. 1 und 2 und Art. 35 GesG Gebrauch gemacht.

Der kantonale Gesetzgeber hat sodann noch eine weitere Befreiung vom Berufsgeheimnis vorgesehen, dies im Rahmen der Durchsetzung von strittigen Forderungen aus dem Behandlungsverhältnis gegenüber der beauftragten Inkassostelle und den zuständigen Behörden (Abs. 2 Ziff. 5). Soweit sich diese Befreiung vom Berufsgeheimnis gegenüber den mit der Durchsetzung der Forderung aus dem Behandlungsverhältnis zuständigen Behörden bezieht (das heisst Behörden im Rahmen des Schuldbetreibungs- und Konkursrechts), erweist sich die kantonale Vorschrift als unproblematisch. Soweit sie jedoch auch die beauftragten (privaten) Inkassostellen davon ausnimmt, wird damit der bundesrechtlich vorgegebene gesetzgeberische Handlungsspielraum durch den Kanton Nidwalden überschritten. Mithin mag es noch genügen, damit die „nur“ dem kantonalrechtlichen Berufsgeheimnis unterstellten Personen von der Schweigepflicht zu befreien, nicht aber auch diejenigen im Sinne von Art. 321 Ziff. 1 StGB. Die geltende Ziff. 5 von Art. 47 Abs. 2 GesG ist demzufolge ersatzlos zu streichen, um die Bundesrechtswidrigkeit zu beseitigen.

Art. 71 *Aufgehoben*

Diese Vorschrift des Gesundheitsgesetzes trat im Zuge dessen Totalrevision am 1. März 2009 in Kraft. Es regelte das Rauchverbot in öffentlich zugänglichen Gebäuden des Kantons und der Gemeinden sowie deren Anstalten (Abs. 1). Demgegenüber waren die Betreiber von Gastwirtschaften in der Anordnung eines Rauchverbots frei. Sie waren jedoch verpflichtet, am Eingang deutlich darauf hinzuweisen, ob das Rauchen gestattet ist oder nicht (Abs. 3).

Am 1. Mai 2010 trat das Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen (SR 818.31 – unter dieser Ziffer als „Bundesgesetz“ bezeichnet) in Kraft. Es regelt

seither den Schutz vor Passivrauchen in geschlossenen Räumen, die öffentlich zugänglich sind oder mehreren Personen als Arbeitsplatz dienen (Art. 1 Abs. 1 Bundesgesetz). Öffentlich zugängliche Räume sind insbesondere Gebäude der öffentlichen Verwaltung, Spitäler, Altersheime, Sportstätten sowie Restaurations- und Hotelbetriebe. Rauchen ist in Räumen nach Art. 1 Abs. 1 und 2 untersagt (Art. 2 Abs. 1 Bundesgesetz). Restaurationsbetriebe werden auf Gesuch hin als Raucherlokale bewilligt, wenn der Betrieb eine dem Publikum zugängliche Gesamtfläche von höchstens 80 m² hat, gut belüftet sowie nach aussen leicht erkennbar als Raucherlokal bezeichnet ist und nur Arbeitnehmerinnen und -nehmer beschäftigt, die einer Tätigkeit im Raucherlokal im Arbeitsvertrag zugestimmt haben (Art. 3 Bundesgesetz). Die Kantone können strengere Vorschriften zum Schutz der Gesundheit erlassen (Art. 4 Bundesgesetz), was hier nicht der Fall ist.

Die Vorschrift des geltenden Art. 71 entspricht dem minimalen Standard des Bundesrechtes nicht. Aufgrund der derogatorischen Kraft des Bundesrechtes gehen die bundesrechtlichen Vorschriften den kantonrechtlichen seit 1. Mai 2010 bereits vor. In Art. 71 ist sodann ein deklaratorischer Hinweis auf die massgebenden bundesrechtlichen Vorschriften aufzunehmen.

Alsdann verbleibt die Bestimmung der Bewilligungsbehörde im Sinne von Art. 3 Bundesgesetz. Diese wurde mit der kantonalen Einführungsverordnung vom 12. Januar 2010 zur Bundesgesetzgebung zum Schutz vor Passivrauchen (Kantonale Passivrauchschutzverordnung, kPRSv) bestimmt. Es ist dies gemäss § 2 das Amt für Wirtschaft und Standortentwicklung (heute: Amt für Arbeit). Dies ist die zuständige kantonale Behörde im Sinne der Bundesgesetzgebung zum Schutz vor Passivrauchen (Abs. 1) und für alle Massnahmen und Entscheide zuständig, die nicht ausdrücklich einer andern Instanz zugewiesen sind, insbesondere für die Bewilligung von Raucherlokalen (Abs. 2).

Mit der Aufhebung von Art. 71 wird den bundesrechtlichen Vorschriften nun auch in formeller Hinsicht Genüge getan. Materiell haben sich die betroffenen Betriebe seit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes bereits an dessen minimalen Vorgaben angepasst. In der Praxis ändert sich somit nichts.

Art. 72, Titel Verkauf von Tabak

Titelanpassung aufgrund der Aufhebung von Art. 71.

Art. 74 Massnahmen des Regierungsrats

Materiell-rechtliche Bestimmungen über übertragbare Krankheiten werden ausschliesslich durch den Bund erlassen. Die Kantone haben die für den Vollzug notwendigen organisations- sowie verfahrensrechtlichen Bestimmungen zu erlassen. Dazu gehört insbesondere die Bezeichnung der zuständigen Behörden für die einzelnen Vollzugsaufgaben. Art. 74 nimmt Bezug auf bundesrechtliche Vorschriften über Massnahmen zur Verhinderung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten wie fördernde und obligatorische Impfungen sowie unter anderem Verbote und Einschränkung von Veranstaltungen. Diese Bestimmung zeitig daher erhebliche Aussenwirkungen, so dass die Bestimmung der Anordnungsinstanz dem Gesetzgeber obliegt.

Art. 75 Durchführung von Massnahmen

Entspricht inhaltlich dem bisherigen Art. 74.

Art. 76 -77 *Aufgehoben*

Im Weiteren finden sich Zuständigkeitsvorschriften zum Vollzug der bundesrechtlichen Epidemiengesetzgebung in den §§ 43a – 43c GesV.

Art. 79a **Kosten**

Verstorbene Personen haben im Rahmen ihres Rechts auf Achtung der Menschenwürde Anspruch auf ein schickliches Begräbnis, insbesondere dann, wenn sie mittellos gestorben sind. Dies ergibt sich aus der neuen Bundesverfassung von 1999 (BV), worin Art. 7 bestimmt, dass die Würde des Menschen zu achten und zu schützen ist. Bereits mit Art. 53 Abs. 2 der alten Bundesverfassung von 1874 (aBV) wurde das Bestattungswesen den bürgerlichen – und damit nicht den kirchlichen Behörden –, das heisst, den Einwohnergemeinden respektive Politischen Gemeinden übertragen. Damit sind diese verpflichtet, ihren Bürgerinnen und Bürgern eine schickliche Beerdigung zu garantieren.

Diesen verfassungsrechtlichen Vorgaben ist der kantonale Gesetzgeber im GesG sowie in der Vollzugsverordnung über die Friedhöfe und Bestattungen (Friedhofs- und Bestattungsverordnung, FBV; NG 715.2) nachgekommen, indem er die Bestattungen als Aufgabe den Politischen Gemeinden überträgt und sie verpflichtet, für eine würdige Bestattung zu sorgen (§ 8 Abs. 1 FBV). Damit steht fest, dass den Politischen Gemeinden mit dieser Aufgabenübertragung zumindest teilweise eine Kostenpflicht im Rahmen des Bestattungswesens obliegt.

Mit dem Anstieg der Anzahl mittellos verstorbener Personen einerseits und der zunehmenden Weigerung von Angehörigen, für die Bestattungskosten ihrer Verwandten aufzukommen, steigt der Klärungsbedarf, wer letztlich die ausstehenden Kosten der diversen Bestattungshandlungen trägt.

Die Todesfallkosten und die damit verbundenen Umtriebe wie Leichentransport, Einsargung, Bestattung, Kremation, Begräbnis und Grabstätte sind Teil der Erbgangsschulden. Sie unterscheiden sich von den an dieser Stelle nicht mehr weiter interessierenden Nachlassschulden. Erbgangsschulden bestehen im Gegensatz zu Nachlassschulden im Zeitpunkt des Todes einer Person noch nicht und gehen deshalb nicht vom Erblasser auf die Erben über. Erbgangsschulden sind Verbindlichkeiten, die durch das Ableben des Erblassers entstehen. Das Gesetz sagt nun aber nichts Ausdrückliches darüber aus, wer für die Erbgangsschulden haftet. Primär gehen sie zu Lasten des Nachlasses. Besteht ein solcher jedoch nicht, so nimmt die Praxis an, sie seien gleich wie die Nachlassschulden zu behandeln, das heisst die Erben haften solidarisch (vgl. Honsell / Vogt / Wiegand, Basler Kommentar zum Zivilgesetzbuch, N8 zu Art. 603). Schlagen die Erben aus, entfällt damit auch die Haftung der Erbgangsschuldner.

Sind alle (zivilrechtlichen) Möglichkeiten gegenüber dem Nachlass oder Dritten als Auftraggeber ausgeschöpft, tritt im Rahmen der bundesverfassungsrechtlichen Grundlage über das würdige Begräbnis in Verbindung mit der kantonalrechtlichen Verpflichtung der politischen Gemeinden deren Kostenpflicht. Dabei handelt es sich jedoch um eine subsidiäre Kostenpflicht. Das heisst, die Gemeinden haben vorerst selbst dafür besorgt zu sein, aus dem Nachlass auf verhältnismässige Art und Weise entsprechende Mittel geltend zu machen. Gleiches gilt sodann auch bei Dritten, die Dienstleistungen im Zusammenhang mit der Bestattung erbringen, wie beispielsweise Unternehmen im Zusammenhang mit dem Leichentransport, der Einsargung oder der Kremation. Sie können ihre Bemühungen nicht ohne Weiteres bei der letztlich kostenpflichtigen Politischen Gemeinde in Rechnung stellen. Auch sie haben bei dieser entsprechende Inkassobemühungen darzutun (Abs. 2).

Wie bereits ausgeführt sind auch die notwendigen Transportkosten von Bestattungsunternehmen als Bestattungskosten (im weiteren Sinne) zu qualifizieren.

Diese Unternehmen unterliegen zwar hinsichtlich des Leichentransports in der Regel nicht den Vorschriften der eidgenössischen Verordnung über Transport und Beisetzung ansteckungsgefährlicher Leichen sowie Transport von Leichen vom und ins Ausland (SR 818.61). Dieser bundesrechtliche Erlass regelt den Transport (und die Beisetzung) ansteckungsgefährlicher Leichen innerhalb der Schweiz. In diesen Fällen richtet sich das Vorgehen nach den Art. 3 ff. Von solchen Transporten ist im Folgenden aber grundsätzlich nicht auszugehen, da als ansteckungsgefährliche Leiche im Sinne der obgenannten Verordnung die Leiche einer Person gilt, die im Zeitpunkt ihres Todes an Cholera, Abdominaltyphus, Pest, Pocken, Fleckfieber, Milzbrand oder Tollwut gelitten hat (Art. 2 Abs. 2). Was den nationalen Transport nicht ansteckungsgefährlicher Leichen betrifft, sind allein die Vorschriften des Strassenverkehrsrechts massgebend. Gestützt auf Art. 57 Abs. 1 des Strassenverkehrsgesetzes (SVG; SR 741.01) i.V.m. Art. 75 Abs. 1 der Verkehrsregelnverordnung (VRV; SR 741.11) dürfen Motorfahrzeuge zum Leichentransport nur verwendet werden, wenn sie dafür besonders eingerichtet sind. Mithin ist der Transport von Leichen in „normalen“ Fahrzeugen unzulässig. Das heisst, dass der Transport von Leichen in Motorfahrzeugen auf Schweizer Strassen immer nur in solchen erfolgen darf, die dafür besonders eingerichtet sind. Damit einher geht die Erkenntnis, dass die Leichen nur von einem Bestattungsunternehmen abgeholt und auf der Strasse abtransportiert werden dürfen. Gleiches gilt im Übrigen auch, wenn Hinterbliebene oder sonstige Dritte einen dementsprechenden Transport vornehmen wollen. Ein eigenhändiger Transport ist nicht zulässig, er muss entsprechend delegiert werden. Dies gestattet es ihnen somit nicht, ihre Kundschaft auszuwählen zu können. Insofern kann nicht von einem „gewöhnlichen“ unternehmerischen Risiko die Rede sein, wenn die Kundschaft des Bestattungsunternehmens ihre Rechnung nicht begleicht.

Die Kostenübernahme der Politischen Gemeinden hat ihre Grenzen allerdings im Rahmen des *schicklichen* Begräbnisses. Literatur und Rechtsprechung sind nun allerdings diesbezüglich wenig hilfreich. Ein Blick in die kommunale Praxis zeigt, dass diese von Gemeinde zu Gemeinde teilweise variiert. Einigkeit herrscht zunächst bezüglich eines einfachen Sterbekleides sowie eines einfachen Bestattungs- oder Kremationssarges, der Zurverfügungstellung der Abdankungsräumlichkeiten, der eigentlichen Bestattung oder der Kremation sowie einer einfachen Grabstätte. Mit anderen Worten bleiben „Sonderwünsche“ hinsichtlich Sarg, Grabstätte oder gar der Durchführung eines Leichenmahls unter diesem Titel unbeachtlich. Kosten, die solchen Wünschen entsprechen, sind durch diejenigen zu tragen, welche diese geäussert haben. In der Regel ist auch der Leichentransport als Überführung vom Sterbe- zum Aufbahrungs- und von dort zum Bestattungsort Teil der schicklichen Beerdigung.

Hat ein mit Bestattungshandlungen Beauftragter wie beispielsweise ein Bestattungsunternehmen erfolglos versucht, seine Forderung aus einer schicklichen Beerdigung, d.h. ohne „Sonderwünsche“ Dritter, gegenüber dem Nachlass oder sonstigen Dritten geltend zu machen, hat letztlich die Wohnsitzgemeinde beziehungsweise die Politische Gemeinde im Sinne von Art. 79 Abs. 3 (Fundort der Leiche im Kanton) für diese Kosten aufzukommen. Sodann gehen die ihnen zugrundeliegenden Forderungen gestützt auf Abs. 3 von Gesetzes wegen auf die Wohnsitzgemeinde beziehungsweise Politische Gemeinde über, so dass sie die Forderungen bei Bedarf selbst eintreiben kann (Legalzession).

Unter hinreichenden Inkassobemühungen des Bestattungsunternehmens ist in der Regel zu verstehen, dass entweder ein Verlustschein oder ein Entscheid vorliegt, aus dem hervorgeht, dass die konkursamtliche Liquidation nicht angeordnet respektive das Verfahren mangels Aktiven rechtskräftig eingestellt worden ist.

Art. 80 Abs. 3 **Herstellungsbewilligung, Meldepflicht**

Die geltende Bestimmung von Art. 80 Abs. 3 hält fest, dass eine Meldepflicht an die Kantonsapothekerin beziehungsweise den Kantonsapotheker besteht, wenn eine Apotheke oder eine Drogerie in kleinen Mengen Arzneimittel nach eigener Formel herstellt. Oftmals wurden solche Arzneimittel bereits in Verkehr gesetzt, bevor eine Reaktionsmöglichkeit bestand. Diese Bestimmung ist daher insofern zu ergänzen, als die Meldepflicht bereits vor dem Inverkehrbringen zu erfolgen hat. Mit dieser Gesetzesänderung wird einer hinreichenden Patientensicherheit Rechnung getragen. Diese Arzneimittel sind zusammen mit den Arzneimittelinformationen und den dafür verwendeten Anpreisungen vor ihrem Inverkehrbringen der Kantonsapothekerin oder dem Kantonsapotheker zu melden.

Art. 82 *Aufgehoben*

Beide Absätze werden modifiziert in Art. 83 eingefügt (Abs. 1 und 3).

Art. 83 **Abgabe und Anwendung verschreibungspflichtiger Arzneimittel**

Die kantonalen Vorschriften über die Abgabe und die Anwendung verschreibungspflichtiger Arzneimittel werden so weit wie möglich zusammengefasst und gestrafft. Das Bundesrecht regelt diesen Themenbereich bereits weitgehend. Alsdann verweist der Kanton primär deklaratorisch auf die bundesrechtlichen Vorschriften über die Abgabe und die Anwendung verschreibungspflichtiger Arzneimittel gemäss Art. 24 HMG und den Art. 27a und 27b der Arzneimittelverordnung (VAM; SR 812.212.21).

Abs. 2 entspricht inhaltlich dem geltenden Art. 83 Abs. 2.

Abs. 3 entspricht inhaltlich dem geltenden Art. 82 Abs. 2.

Art. 84, Titel **Privatapotheke von Medizinalpersonen**

Inhaltsgerecht wurde ein neuer Titel eingeführt.

Art. 86 *Abgabebeschränkung*

Auf eine Anpassung des kantonalen Rechts wird aufgrund der Reaktionen im Vernehmlassungsverfahren zum heutigen Zeitpunkt verzichtet. Es wird zugewartet, bis eine massgebende Änderung der eidgenössischen Arzneimittelgesetzgebung (voraussichtliches Inkrafttreten Ende 2017) erfolgt. Mit dieser bundesrechtlichen Änderung soll insbesondere eine Neuklassifizierung erfolgen (teilweise von Kat. D in Kat. E [freiverkäuflich]). Damit soll inskünftig dem Aspekt des Schutzes vor Missbrauch und vor Überkonsum Rechnung getragen werden.

Art. 86a **Datenaustausch**

Apothekerinnen und Apotheker beziehungsweise Ärztinnen und Ärzte konstatieren in vergangener Zeit eine deutliche Zunahme gefälschter Rezepte zwecks unrechtmässiger Erlangung von Heil- oder Betäubungsmitteln. Die Regelung von § 33 Abs. 4 der kantonalen Vollzugsverordnung zum Gesundheitsgesetz (Gesundheitsverordnung, GesV; NG 711.11 – „Verdächtige Rezepte sind in der Apotheke zurückzubehalten und sofort der Kantonsapothekerin oder dem Kantonsapotheker zu melden.“) vermag den rechtlichen Erfordernissen jedoch nicht zu genügen, um wirkungsvoll gegen diesbezügliche Missbräuche vorgehen zu können. Diese können lediglich eingedämmt werden, wenn eine offene Kommunikation unter den involvierten Be-

trieben beziehungsweise Personen möglich ist. Zu diesem Zweck wurde bereits eine dementsprechende Datenbank eingerichtet, die seit drei Jahren produktiv ist. Oftmals meldet der Kantonsarzt von Luzern gefälschte Rezepte. Die Meldungen werden von der Kantonsapothekerin zentral für ihren Wirkungskreis erfasst. Auch die Apotheken im Kanton Nidwalden können sich bei einem Verdachtsfall auf dieser Datenbank einloggen und eine Abfrage tätigen. Der Datenschutzbeauftragte OW/NW/SZ bemerkte dazu allerdings, dass dieser Datenaustausch in einem Gesetz im formellen Sinn geregelt werden müsse. Diesem Erfordernis wird mit der neuen Regelung Genüge getan. Die anfallenden geringen Zusatzkosten werden bereits seit drei Jahren in der jährlichen Pauschale mit abgegolten.

Art. 87 *Aufgehoben*

Vgl. Ausführungen zu Art. 10a

Art. 90 Abs. 1 **Strafbestimmungen**

Aufgrund der neu postulierten Meldepflicht in Art. 19 Abs. 2 ist zu bestrafen, wer diese verletzt. Diese Vorschrift ist demzufolge ebenfalls unter den Strafbestimmungen aufzuführen. Demgegenüber können die Verweise auf die aufgehobenen Vorschriften von Art. 55, 71 und 82 aufgehoben werden.

II. Änderung des Volksschulgesetzes

Mit dieser Änderung des Gesundheitsgesetzes einher geht auch eine Änderung des Volksschulgesetzes (VSG; NG 312.1), und zwar von dessen Art. 48. Die fachliche Aufsicht soll in diesem Bereich nicht mehr der Kantonsärztin oder dem Kantonsarzt obliegen, sondern der oder dem für diese Aufgabe ausgebildeten Kantonszahnärztin beziehungsweise Kantonszahnarzt.

**3 Bemerkungen zu geänderten Paragraphen der Gesundheitsverordnung
(inkl. weiterer Verordnung)**

I.

§ 10 Abs. 2 und 3 Augenoptikerinnen und Augenoptiker

Neu dürfen Refraktionsbestimmungen und Anpassungen von Kontaktlinsen sowie Funktionstest vorbehältlich der Übergangsregelung in § 48a Abs. 2 nur noch von Augenoptikerinnen und Augenoptikern durchgeführt werden, die im Besitze eines Bachelors of Science in Optometrie sind.

Bezüglich der übergangsrechtlichen Vorschrift für Augenoptikerinnen und Augenoptiker, die bereits über das eidgenössische Diplom über die bestandene höhere Fachprüfung für Augenoptikerinnen und Augenoptiker verfügen, wird auf § 48 Abs. 2 verwiesen.

Inhalt von Abs. 2 ist die Anerkennung gleichwertiger ausländischer Diplome und Ausweise. Die Entscheidkompetenz ist nicht mehr beim Kanton, sondern neu beim Bund angesiedelt. Zuständig ist das Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI).

§ 11 Abs. 3 Dentalhygienikerinnen und Dentalhygieniker

Inhalt dieser Bestimmung ist die Anerkennung gleichwertiger ausländischer Diplome und Ausweise. Eine Anerkennung einer gleichwertigen beruflichen Tätigkeit

im Ausland erfolgt neu nicht mehr durch das Amt. Anerkennungsinstanz ist neu das Schweizerische Rote Kreuz (SRK).

§ 15 Osteopathinnen und Osteopathen

Eine Berufsausübungsbewilligung als Osteopathinnen beziehungsweise Osteopathen erhalten alle Personen, welche die entsprechenden Prüfungen in der Schweiz bestanden haben.

Ein zweijähriges Praktikum nach dem Abschluss ist nicht mehr notwendig, da dies bereits eine der Voraussetzungen zur Zulassung zum zweiten Teil der Prüfung ist. Die Prüfung findet unter der Federführung der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) statt.

Anerkennungsinstanz für gleichwertige ausländische Diplome und Zeugnisse ist die Interkantonale Prüfungskommission der GDK. Die Überprüfung ausländischer Abschlüsse in Osteopathie richtet sich nach der Verordnung vom 22. November 2012 der GDK über die Anerkennung und Nachprüfung von ausländischen Berufsqualifikationen in Osteopathie.

§ 16 Podologinnen und Podologen

Die Ausbildung zur Podologin respektive zum Podologen wurde vollständig neu strukturiert. Der Beruf, respektive die Grundausbildung dieses Berufs wird über eine dreijährige Lehre erreicht, die mit einem eidgenössischen Fähigkeitszeugnis EFZ abschliesst.

Anschliessend kann mit einem berufsbegleitenden Studium der Titel einer Podologin HF beziehungsweise eines Podologen HF erworben werden. An der Diplomfeier vom 27. August 2015 konnten die Absolventen des ersten Lehrgangs ihre Diplome entgegen nehmen.

Anerkennungsinstanz für ausländische Diplome und Ausweise ist neu das SRK.

§ 33 Abs. 4 Aufgehoben

Aufgrund der neuen und umfassenderen (Datenschutz-)Regelung von Art. 86a GesG i.V.m. § 33a GesV erweist sich Abs. 4 von § 33 als überflüssig und kann aufgehoben werden.

§ 33a Datenaustausch

Gestützt auf Art. 88a GesG regelt diese Bestimmung zwecks Bekämpfung des Missbrauchs von Betäubungsmitteln und psychotropen Stoffen sowie des Missbrauchs mit gefälschten oder mehrfach beschafften Rezepten die Datenbekanntgabe beziehungsweise den Datenaustausch zwischen der Kantonsapothekerin oder der Kantonsapotheker sowie der Kantonsärztin oder dem Kantonsarzt und den Apothekerinnen und Apothekern sowie den Ärztinnen und Ärzten. Aufgrund der zwingenden datenschutzrechtlichen Vorgaben ist in der Vollzugsverordnung zu regeln, welche Daten – dies auch im Abrufverfahren – ausgetauscht werden dürfen. Dabei lehnt sich der Regierungsrat an die Regelung des Kantons Schwyz an, nachdem dessen Kantonsapothekerin auch für den Kanton Nidwalden zuständig ist. Die Direktion erlässt alsdann die nötigen Vorschriften organisatorischer und technischer Natur über den Betrieb der Datenbank, insbesondere wer darauf zugriff hat und wie die Daten zu sichern sind, damit sie ausschliesslich den Berechtigten zur Verfügung stehen.

§ 43a Amt

Die gestützt auf die bundesrechtliche Epidemiengesetzgebung erforderlichen kantonrechtlichen Vorschriften erschöpfen sich fast ausschliesslich in Bestimmungen über die Zuständigkeit von Instanzen. Diese wurden im Rahmen der Ausarbeitung dieser Vorlage stufengerecht und entsprechend der Aufgabenerfüllung den einzelnen Behörden zugewiesen. Hier sind die verschiedenen Zuständigkeiten des Amtes aufgeführt. Das Amt nimmt dabei insbesondere die Umsetzung der nationalen Epidemienprogramme mit der Erarbeitung der entsprechenden Notfallpläne wahr sowie die Erhebung, Überprüfung des Impfstatus und die Information darüber an den Bund.

§ 43b Kantonsärztin oder Kantonsarzt

Eine zentrale Bedeutung kommt im Rahmen des kantonalen Vollzuges der bundesrechtlichen Epidemiengesetzgebung der Kantonsärztin oder dem Kantonsarzt zu. Sie beziehungsweise er ist die kantonale Informations-, Beratungs- und grundsätzliche Interventionsstelle (Vorbehalt der der regierungsrätlichen Impfordinungen gemäss Art. 74 GesG).

§ 43c Kantonspolizei

Die Ausstellung internationaler Transportbewilligungen gemäss Art. 46 EpG in Verbindung mit Art. 70 und 72 EpV (Leichenpässe) wird heute durch das Amt für Justiz (Passbüro) wahrgenommen. Jährlich sind jeweils rund 5-10 Leichenpässe auszustellen. Im Abwesenheits- beziehungsweise Vertretungsfall (beispielsweise über Weihnachten/Neujahr) nimmt bereits heute die Kantonspolizei diese Aufgabe wahr. Dem Amt für Justiz (Passbüro) werden ärztliche und zivilstandsamtliche Bescheinigungen sowie Unterlagen des Bestattungsunternehmens vorgelegt, aufgrund derer es sodann die erforderlichen Leichenpässe ausstellt. Die Ansiedlung dieser Aufgabe erweist sich beim Amt für Justiz indes als wesensfremd, da ihr – mit Ausnahme der Ausstellung des Leichenpasses – keine fallspezifischen Aufgaben zukommen, dies im Gegensatz zum Zivilstandsamt oder zur Kantonspolizei. Diese Aufgabenzuordnung vermag somit nicht zu befriedigen.

Ein Blick über die Kantonsgrenzen hinaus hat eine breite Palette von Zuständigkeitsregelungen ergeben. So werden unter anderem Zivilstandsämter (AG, TG, BE), Amts- oder Bezirksärzte (SG, GR, ZH), die Kantonspolizei (AI) oder die Staatsanwaltschaft (LU) mit dieser Aufgabe betraut.

Im Kanton Nidwalden erweist sich aufgrund der bestehenden Ausgangslage die Zuordnung dieser Zuständigkeit an die Kantonspolizei als naheliegend, zumal sie bereits heute die Stellvertretung im Zusammenhang mit der Ausstellung von Leichenpässen wahrnimmt. Die Polizeipräsenz ist auch erforderlich bei der Einsargung und dem Einlöten eines Sarges sowie dessen Abtransport. Damit steht die Kantonspolizei bereits ohnehin in direktem Kontakt mit den Bestattungsunternehmen. Es rechtfertigt sich daher, diese Aufgabe neu ausdrücklich der Kantonspolizei zuzuweisen.

§ 48a Übergangsbestimmung zur Änderung vom xx.xxxxx 2016

Aufgrund von Abs. 1 dieser übergangsrechtlichen Vorschrift können nach dem Inkrafttreten dieser Änderung vorerst nicht nur ausschliesslich Podologinnen HF / Podologen HF eine Berufsausübungsbewilligung erwerben. Diese Möglichkeit steht während weiterer fünf Jahre allen Podologinnen und Podologen offen, die über ein schweizerisches Fähigkeitszeugnis verfügen und diese Tätigkeit bereits zwei Jahre unter fachlicher Aufsicht ausgeübt haben. Massgebender Termin zur Einhaltung der Frist ist die Einreichung des Gesuches bei der Bewilligungsinstanz.

Eine weitere übergangsrechtliche Vorschrift im Zuge dieser Änderung ergibt sich aus Abs. 2 für Augenoptikerinnen und Augenoptiker. Gestützt auf § 10 Abs. 1 ist inskünftig ein eidgenössisches Fähigkeitszeugnis erforderlich, um die Berufsausübungsbewilligung als Augenoptikerin beziehungsweise Augenoptiker zu erlangen. Refraktionsbestimmungen und Anpassungen von Kontaktlinsen sowie Funktionstests (optometrische Messungen) dürfen jedoch nur von Augenoptikerinnen und Augenoptiker durchgeführt werden, die darüber hin aus den Ausweis Bachelor of Science in Optometrie oder ein gleichwertiges ausländisches Diplom besitzen. Diese Voraussetzungen gelten inskünftig für alle Augenoptikerinnen und Augenoptiker, soweit sie Refraktionsbestimmungen und Anpassungen von Kontaktlinsen sowie Funktionstests vornehmen wollen. Bisher tätige Augenoptikerinnen und Augenoptiker im Besitz des eidgenössischen Diploms über die bestandene höhere Fachprüfung, die solche Tätigkeiten bisher nach dem Abschluss der Ausbildung während mindestens zwei Jahren unter fachlicher Aufsicht ausgeübt haben, sollen davon nicht ausgeschlossen werden. Sie können binnen eines Jahres nach dem Inkrafttreten der Änderung vom xx.xxxxx 2016 ein entsprechendes Gesuch einreichen, so dass sie ihre Tätigkeit auch unter dem Geltungsbereich der neuen Vorschriften wie bis anhin ausüben können.

II.

Die Vorschrift von § 120 der kantonalen Volksschulverordnung (VSV; NG 312.11) über die Kantonsärztin beziehungsweise den Kantonsarzt wird themengerecht als Grundlage für die neue Funktion der Kantonszahnärztin beziehungsweise des Kantonszahnarztes unter § 130a beigezogen.

4 Auswirkungen der Vorlage

4.1 Auf den Kanton

Viele Änderungen im Gesundheitsgesetz und der Gesundheitsverordnung haben lediglich präzisierenden Charakter oder dienen der Umsetzung von gesetzlichen Änderungen auf Bundesebene. Des Weiteren wurden nach Möglichkeit Vereinfachungen geschaffen. Bereiche und Themen, die bereits auf Bundesebene geregelt werden, sollen auf kantonaler Ebene nicht noch einmal präzisiert werden. Gewisse Themen sind neu, denen zur Durchsetzung die gesetzlichen Grundlagen bis anhin gefehlt haben.

Die Einführung der Funktion der Kantonszahnärztin beziehungsweise des Kantonszahnarztes wird gewisse wiederkehrende Kosten verursachen. Die Aufgabe bestanden teilweise bereits bis anhin, wurden jedoch nicht durch eine offiziell autorisierte Person wahrgenommen (vgl. Kommentar zu Art. 3 Ziff. 4a GesG). Wichtig ist hier aber primär, die Einführung respektive die Legitimation für eine Kantonszahnärztin beziehungsweise einen Kantonszahnarzt zu schaffen. Die Vereinigung der Kantonszahnärzte besteht seit 2006. Andere Kantone haben mit der Einführung dieser Funktion positive Erfahrungen sammeln können. Der Kantonszahnarzt wird teilweise nach Stundenaufwand entschädigt. Begutachtungskosten sind bereits bisher angefallen und wurden nach Tarif entschädigt; diese Kosten werden auch in Zukunft anfallen und nach Tarif abgerechnet. Es ist davon auszugehen, dass in Zukunft zusätzliche Aufwände durch die Kantonszahnärztin beziehungsweise den Kantonszahnarzt für beratende Tätigkeiten in Rechnung gestellt werden. Hierzu sollte vorerst ein Kostendach von CHF 5'000 pro Jahr genügen. Auf der Seite des Kantonsarztes werden aber keine Kosteneinsparungen anfallen, da er sich bisher kaum oder gar nicht zu zahnärztlichen Themen geäußert hat.

Die Änderungen in Art. 19 über die Ausnahme von der Bewilligungspflicht werden dazu führen, dass nach Einführung der Änderung für eine kurze Frist mehr Personen eine Berufsausübungsbewilligung beantragen werden als üblich. Ein Teil davon kann aber über Institutsbewilligungen nach Art. 38 erledigt werden.

Nicht abgeschätzt werden können die direkten Kosten, welche durch die neue Bestimmung über Palliative Care hervorgerufen werden. Nach der Erarbeitung und Umsetzung eines Palliative Care-Konzepts dürften sich diese im fünfstelligen Bereich pro Jahr bewegen. Dazu sollen die Ergebnisse des Palliative Analyse für den Kanton Nidwalden abgewartet werden. Das Umsetzungskonzept und die Verabschiedung der dazugehörigen Leistungsaufträge werden die Kosten genauer spezifizieren. Demgegenüber stehen verminderte Hospitalisationskosten. Wissenschaftliche Studien (siehe: Polynomics: Machbarkeitsabklärung für eine Kosten- / Nutzenstudie im Bereich Palliative Care; Bericht im Auftrag des BAG vom 3.1.2014) haben gezeigt, dass eine adäquate Palliative Care-Pflege nicht nur eine Verbesserung der Lebensqualität mit sich bringt, sondern auch gesamthaft tiefere Kosten verursacht und der einzelne Patient damit im Durchschnitt bei besserer Lebensqualität sogar eine längere, würdevollere Überlebensdauer aufweist.

Die Änderungen in der Gesundheitsverordnung sind regulatorischer Natur und haben keinen Einfluss auf den Kanton. Einzig die indirekt induzierte Änderung der Volksschulgesetzgebung wegen der Einführung der Kantonszahnärztin beziehungsweise des Kantonszahnarztes wird einen Einfluss haben, wie er bereits vorstehend ausgeführt worden ist.

4.2 Auf die Gemeinden

Aufgrund der neuen Regelung von Art. 79a über die Kostenübernahme durch die Gemeinden im Zusammenhang mit den Bestattungskosten ist mit geringen Mehrkosten zu rechnen, die allerdings nicht bezifferbar sind. Es ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass die Leistungserbringer (Bestatter) nicht leichtfertig das Gemeinwesen als zahlungspflichtig erkennen, sondern primär als Unternehmer gegenüber ihren Klientinnen und Klienten die Kosten einzutreiben versuchen.

5 Terminplan

Aufgrund des heutigen Kenntnisstandes ergibt sich die folgende weitere Terminplanung:

15. Dezember 2015	Regierungsrat (Antrag an Landrat)
19. Februar 2016	Beratung in der landrätlichen Kommission (FGS)
23. März 2016	1. Lesung im Landrat
20. April 2016	2. Lesung im Landrat
27. April 2016	Publikation im Amtsblatt
26. Juni 2016	Ablauf Referendumsfrist
1. Juli 2016	In Kraftsetzung

REGIERUNGSRAT NIDWALDEN

Landamman
Hans Wicki

Landschreiber
Hugo Murer