



Änderung des Gesetzes über das Gesundheitswesen im Kanton Zug

Bericht und Antrag des Regierungsrats
vom 1. September 2015

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir unterbreiten Ihnen den Antrag, das Gesetz über das Gesundheitswesen im Kanton Zug vom 30. Oktober 2008 (Gesundheitsgesetz, GesG; BGS 821.1) anzupassen. Wir erstatten Ihnen dazu den nachstehenden Bericht, den wir wie folgt gliedern:

Gliederung

1. In Kürze	2
2. Regelung des Rettungswesens im Kanton Zug (§§ 50a-50e)	3
2.1. Ausgangslage	3
2.2. Schnittstellen der rettungsdienstlichen Gesetzesbestimmungen zu denjenigen anderer Organisationen des Rettungswesens im Kanton Zug	4
2.3. Anpassung der Gesetzessystematik	4
2.4. Aufgaben des Kantons (§§ 50a-50d)	5
2.5. Einbindung Dritter bei rettungsdienstlichen Einsätzen	8
2.6. Behandlung urteilsunfähiger Personen	9
2.7. Rechtsgrundlage Gebührentarif für den Rettungsdienst (Fremdänderung)	10
3. Ergänzung der psychiatrischen Versorgung im Kanton Zug (§ 51)	11
3.1. Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung	11
3.2. Fehlende ambulante Tagesangebote im Kanton Zug	12
3.3. Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des Psychiatriekonkordats UR/SZ/ZG	12
3.4. Änderung von § 51	13
4. Beiträge an Ausbildungsbetriebe (§ 29 Abs. 1)	13
4.1. Ausgangslage	13
4.2. Aktuelle Beiträge des Kantons an Ausbildungsinstitutionen im Gesundheitswesen	14
4.3. Anpassung der Anspruchsberechtigung gemäss § 29 Abs. 1	14
5. 90-Tage-Dienstleistende (§ 7 Abs. 1)	15
5.1. Ausgangslage	15
5.2. Änderungsbedarf aufgrund des Bundesgesetzes über die Meldepflicht und die Nachprüfung von Dienstleistungserbringerinnen und -erbringern in den reglementierten Berufen (BGMD)	16
5.3. Änderungsbedarf aufgrund des Medizinalberufegesetzes (MedBG) sowie des Psychologieberufegesetzes (PsyG)	16
6. Ergebnis des Vernehmlassungsverfahrens	17
6.1. Regelung des Rettungswesens im Kanton Zug (§§ 50a-50e; 39 Abs. 4)	17
6.2. Ergänzung der psychiatrischen Versorgung im Kanton Zug (§ 51)	18
6.3. Beiträge an Ausbildungsbetriebe (§ 29 Abs. 1)	20

7. Inkrafttreten	21
8. Finanzielle Auswirkungen und Anpassungen von Leistungsaufträgen	21
8.1. Finanzielle Auswirkungen auf den Kanton	21
8.2. Finanzielle Auswirkungen auf die Gemeinden	24
8.3. Anpassungen von Leistungsaufträgen	25
9. Zeitplan	25
10. Antrag	25

1. In Kürze

Das Gesundheitsgesetz des Kantons Zug hat sich seit der Einführung im Jahr 2009 bewährt. Es gilt jedoch, einige aktuelle Entwicklungen aufzunehmen und das Gesetz punktuell anzupassen.

Das Rettungswesen stärken

Die Vielfalt der Rettungsdienste hat zugenommen, deshalb müssen einige wichtige Punkte betreffend Koordination unter den Rettungsdiensten geregelt werden.

Ausbildung in Gesundheitsberufen fördern

Der Kanton kann Ausbildungsbetriebe mit kantonalen Beiträgen unterstützen. Um bei Bedarf die Ausbildung – z. B. von Pflegefachkräften – im Kanton leistungsorientiert unterstützen zu können, wird der Regierungsrat ermächtigt, die Zuger Betriebe des Gesundheitswesens auch für die Ausbildung von ausserkantonalen Lernenden zu unterstützen.

Integrierte Psychiatrische Versorgung sichern

Tagesangebote zur Behandlung psychisch erkrankter Personen gehören heute neben Ambulanten Psychiatrischen Diensten, Facharztpraxen und Psychiatrischen Kliniken zu einem psychiatrischen Grundversorgungsangebot, fehlen jedoch im Kanton Zug weitgehend. Mit der vorliegenden Gesetzesänderung wird die Möglichkeit geschaffen, entsprechende psychiatrische Angebote zu schaffen.

Tagesangebote richten sich an akut psychisch erkrankte Erwachsene, Kinder und Jugendliche, für die eine ambulante Behandlung nicht mehr ausreicht, eine stationäre Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik aber (noch) nicht erforderlich ist.

Für die Patientinnen und Patienten besteht der Nutzen in erster Linie in der Aufrechterhaltung des sozialen Umfeldes, indem sie abends in ihre gewohnte Umgebung zurückkehren können. Zudem ist die Behandlung im Rahmen dieser Angebote kostengünstiger und weniger stigmatisierend als eine Hospitalisierung in einer psychiatrischen Klinik. Kinder und Jugendliche profitieren von einem wohnortnahen Angebot besonders, da die Eltern einfacher in die Behandlung miteinbezogen werden können.

Anpassungen an neues Bundesrecht

Am 1. September 2013 trat das Bundesgesetz über die Meldepflicht und die Nachprüfung der Berufsqualifikationen von Dienstleistungserbringerinnen und -erbringern in den reglementierten Berufen (BGMD) in Kraft. Seither dürfen Dienstleistende im Gesundheitswesen aus dem EU-/EFTA-Raum ihren Beruf während bis zu 90 Tagen pro Jahr ohne Bewilligung in der Schweiz ausüben. Sie müssen dies lediglich vorgängig bei einer zentralen Bundesstelle anmelden. Die

bisherige Regelung im Gesundheitsgesetz ist daher überholt und kann aufgehoben werden. Gleichzeitig soll die entsprechende Bestimmung im Gesundheitsgesetz für Dienstleistende aus anderen Kantonen sprachlich an bundesrechtliche Normen angepasst werden.

2. Regelung des Rettungswesens im Kanton Zug (§§ 50a-50e)

2.1. Ausgangslage

Das Rettungswesen ist in der Schweiz föderalistisch organisiert; das Bundesrecht enthält nur sehr wenige diesbezügliche Normen. Es gibt keine rechtssetzenden Konkordate zwischen den Kantonen. Einzig im Rahmen des koordinierten Sanitätsdienstes haben sich die Zentralschweizer Kantone und das Tessin verpflichtet, sich in besonderen Situationen gegenseitig beizustehen (Verwaltungsvereinbarung über die Zusammenarbeit im Bereich des Koordinierten Sanitätsdienstes zwischen den Kantonen Luzern, Uri, Schwyz, Nidwalden, Obwalden, Zug und Tessin vom 28. Februar 2013). Dementsprechend sind die bodengebundenen Rettungsdienste je nach Trägerschaft und geographischer Lage sehr unterschiedlich organisiert. Rund die Hälfte sind an öffentliche Spitäler gebunden, ca. ein Drittel sind selbstständige Rettungsdienste mit öffentlicher Trägerschaft und die übrigen haben private Trägerschaften, wovon rund zwei Drittel mit einem Leistungsauftrag der öffentlichen Hand. Die vielfältigen Organisationsformen sind auf die unterschiedlichen kantonalen Gesetze und Finanzierungen sowie lokale Spitalstrukturen zurückzuführen.

Es gibt folgende zwei Begriffe, die inhaltlich einen materiellen Zusammenhang haben, jedoch klar voneinander abzugrenzen sind:

Rettungsorganisationen: Darunter fällt eine wachsende Zahl von Organisationen, die sich – schwergewichtsmässig – mit der Rettung auseinandersetzen. Dazu zählen die bedeutenden staatlichen Dienste wie Feuerwehr, Zivilschutz und Notorganisation, jedoch auch private Organisationen wie Luftrettungsdienste, alpine Rettung, Schneesportrettung, Seerettungsdienste und Samaritervereine.

Rettungsdienste: Dieser Begriff ist in der schweizerischen Rechtssprache wenig verbreitet, wird jedoch häufig als bekannt vorausgesetzt. Umgangssprachlich wird für «Rettungsdienst» häufig der Begriff «Ambulanz» verwendet. Gegenstand der vorliegenden Gesetzesänderung sind die Rettungsdienste.

Der Rettungsdienst wird in den Kantonen mehrheitlich als Einheit von *Notfall- und Krankentransporten* verstanden. Die beiden wesentlichen Funktionen eines Rettungsdienstes lassen sich wie folgt umschreiben (weitgehend entnommen aus Matthias Boschung, *Der bodengebundene Rettungsdienst*, Zürich 2010, S. 23 f.):

- *Rettungs- und Primärtransporte (Notfalltransporte)* sind zeitlich dringliche Einsätze für medizinisch betreuungsbedürftige Personen mit oder ohne Beeinträchtigung der Vitalfunktionen (Bewusstsein, Atmung, Kreislauf). Dieses Element enthält einerseits die eigentliche Rettung und andererseits den Transport in ein Spital (Primärtransport).
- *Sekundärtransporte (Krankentransporte)* sind meist geplante, in der Regel zeitlich nicht dringliche Transporte von Personen, die aufgrund ihres Zustands einer medizinisch-pflegerischen Betreuung und Überwachung bedürfen und/oder auf den Transport in einem speziell ausgerüsteten Fahrzeug angewiesen sind. Dazu gehören auch Transporte, die der Verlegung von einer medizinischen Institution in eine andere dienen (Verlegungstransporte).

Während die meisten rettungsdienstlichen Einsätze im Kanton Zug durch den Rettungsdienst des Kantons Zug (RDZ) abgedeckt werden, erfolgten 2012 immerhin 155 Einsätze durch ausserkantonale Rettungsdienste (RDZ: 4'292 Einsätze). Aufgrund der Entwicklungen nach der Inkraftsetzung des Binnenmarktgesetzes (BGBM; SR 943.02) sowie der Analyse des Rettungswesens im Rahmen der Revision der kantonalen Gesetzgebung im Bereich Bevölkerungsschutz und Ereignisbewältigung ergibt sich ein Bedarf an einer Klärung der Schnittstellen bzw. der Koordination im Rettungswesen, wie dies andere Kantone auch schon an die Hand genommen haben.

2.2. Schnittstellen der rettungsdienstlichen Gesetzesbestimmungen zu denjenigen anderer Organisationen des Rettungswesens im Kanton Zug

Es gibt neben dem RDZ weitere staatliche Organisationen im Rettungswesen, die wiederum über eigene Rechtsgrundlagen verfügen.

Zu den ordentlichen kantonalen Organisationen gehören die Polizei (Polizeigesetz vom 30. November 2006 [BGS 512.1]), die Feuerwehr (Gesetz über den Feuerschutz vom 15. Dezember 1994 [BGS 722.21]) und der Zivilschutz (Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über den Bevölkerungsschutz und den Zivilschutz vom 30. September 2010 [EG BZG; BGS 531.1]). Der Seerettungsdienst ist hingegen Sache der Seeufergemeinden (kantonales Einführungsgesetz über die Binnenschifffahrt vom 29. September 1989 [BGS 753.1]).

Die kantonale Notorganisation (Gesetz betreffend Massnahmen für Notlagen vom 22. Dezember 1983 [Notorganisationsgesetz; BGS 541.1 – in Revision]) stellt die öffentlichen Dienste und die Hilfe in Notlagen sicher, wenn zu deren Bewältigung die ordentlichen Organisationen nicht ausreichen. Zu solchen Notlagen zählen Naturkatastrophen (z. B. schwere Erdbeben), Epidemien und schwere Unfälle bei Kernkraftwerken. In Notfällen können für die Sanitätshilfsstelle bis zu 200 Personen aus den Bereichen Medizin, Logistik und Führung alarmiert werden. Das medizinische und technische Material wird vom RDZ gelagert und unterhalten. Der RDZ ist somit bei Notlagen Teil der Notorganisation.

Polizei, Feuerwehr, Zivilschutz und die kantonale Notorganisation haben als Organisationen im Rettungswesen inhaltliche Schnittstellen mit dem RDZ. Da der RDZ jedoch nicht Teil dieser Organisationen (ausser bei der Notorganisation), sondern eigenständig ist, ist er für sich zu regeln.

2.3. Anpassung der Gesetzssystematik

Bis anhin war der Rettungsdienst unter dem 6. Kapitel Gesundheitsförderung, Prävention und weitere Aufgaben in § 52 abschliessend geregelt. Die zusätzlichen Bestimmungen werden zur besseren Übersicht in ein neues Kapitel «6a. Rettungswesen und weitere Aufgaben» eingliedert. In 6a.1. wird das Rettungswesen, in 6a.2. werden die weiteren Aufgaben wie die ambulante psychiatrische Versorgung (§ 51), das Hebammenwesen (§ 53) sowie Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (§ 54) geregelt.

Diese Änderung bedingt die Anpassung der Überschrift des bisherigen 6. Kapitels, welches neu «6. Gesundheitsförderung und Prävention» heisst. Die Unterkapitel 6.1 und 6.2 werden gelöscht, um die Struktur des kurzen Kapitels zu vereinfachen.

Die neue Gliederung lautet wie folgt:

- 6. Gesundheitsförderung und Prävention
 - 6.1. aufgehoben (Gesundheitsförderung und Prävention)
 - 6.2. aufgehoben (Jugendschutz)
 - 6.3. aufgehoben (weitere Aufgaben)
- 6a. Rettungswesen und weitere Aufgaben
 - 6a.1. Rettungswesen (bisher unter 6.3. § 52)
 - 6a.2. Weitere Aufgaben (bisher 6.3.)

2.4. Aufgaben des Kantons (§§ 50a - 50d)

§ 50a Rettungsdienst des Kantons Zug (RDZ)

Der Kanton Zug führt seit 1963 einen kantonseigenen Rettungsdienst (RDZ). Er ist als Amt der Gesundheitsdirektion spitalunabhängig und erlangte 2002 die ISO-Zertifikation. Der RDZ betreut alle elf Zuger Gemeinden mit insgesamt rund 120'000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Die Führung eines Rettungsdienstes durch den Kanton hat sich bewährt. Das Engagement des Kantons unterstreicht die Bedeutung des Rettungsdienstes für das öffentliche Gesundheitswesen.

Die ärztliche Leitung des RDZ legt u. a. fest, welche medizinischen und pflegerischen Massnahmen die diplomierten Rettungssanitäterinnen und -sanitäter im Einsatz ergreifen dürfen. Die diplomierten Rettungssanitäterinnen und -sanitäter verfügen über eine hohe notfallmedizinische Kompetenz und erledigen die meisten Einsätze eigenständig, inklusive Medikamentenabgabe. Die Besatzung eines Rettungswagens besteht aus zwei diplomierten Rettungssanitäterinnen oder -sanitätern. Bei Notfalleinsätzen mit vermuteter Bedrohung lebenswichtiger Funktionen wird zusätzlich eine diplomierte Fachfrau oder ein diplomierter Fachmann Anästhesie aufgeboren. Herzinfarkt, plötzlicher Herzstillstand und Hirnschlag gehören zu den häufigsten lebensbedrohenden Ereignissen, zu denen der RDZ ausrückt.

Der RDZ erbringt gemäss seinem Grundauftrag Hilfeleistungen in Form von Rettungseinsätzen und Primärtransporten. Ausserdem verlegt er kranke Personen innerhalb und ausserhalb des Kantons Zug (Sekundärtransporte).

Die **Überschrift** wird **ergänzt** durch die offizielle Abkürzung des «Rettungsdienstes des Kantons Zug (RDZ)». Damit lässt sich der RDZ von den anderen Rettungsdiensten unterscheiden und zudem wird die Bezeichnung geschützt.

Aufgrund der neuen Eingliederung des Rettungswesens in die Gesetzessystematik (siehe oben 2.3) wird der **bisherige § 52 Abs. 1** zu **neu § 50a Abs. 1**.

Der **bisherige § 52 Abs. 2**, der den Regierungsrat ermächtigt, Publikumsveranstaltungen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko einer Meldepflicht zu unterstellen, wird neu in einem eigenen Paragraphen geregelt (**neu § 50d, siehe unten**). Aus den Änderungen ergibt sich die formale Streichung von § 52.

§ 50b Leistungsvereinbarungen (neu)

Damit der Kanton zur Sicherstellung des Rettungswesens die nötigen Massnahmen ergreifen und die vielfältigen Aufgaben erfüllen kann, kann der Regierungsrat Leistungsvereinbarungen abschliessen.

Abs. 1 ermächtigt den Regierungsrat, **Leistungsvereinbarungen** mit weiteren Rettungsdiensten und ähnlichen Organisationen abzuschliessen. Damit können Vereinbarungen mit einem anderen bodengebundenen Rettungsdienst zur zeitlich limitierten rettungsdienstlichen Versorgung eines bestimmten Kantonsteils abgeschlossen werden, wenn z. B. das Ägerital durch einen Erdbeben vom übrigen Kantonsgebiet abgeschnitten wird. Die rettungsdienstliche Versorgung kann während der Dauer der Strassenblockade durch einen Rettungsdienst aus dem Raum Schwyz, der sehr rasch aufgebieten muss, gewährleistet werden. Ebenso kann bei Bedarf vereinbart werden, dass die rettungsdienstliche Versorgung eines Teils des Kantons aus Effizienzgründen durch einen anderen Rettungsdienst abgedeckt oder verstärkt wird (z. B. Ägerital in Richtung Sattel durch den Schwyzer Rettungsdienst).

Da es sich bei solchen Vereinbarungen um die Auslagerung von kantonalen Aufgaben handelt, ist aufgrund des Legalitätsprinzips (Gesetzmässigkeit der Verwaltung) eine Rechtsgrundlage zu schaffen. Weil eine Leistungsvereinbarung in der Regel Ausgaben verursacht, benötigt die Ausgabe auch gemäss § 27 des Finanzhaushaltgesetzes vom 31. August 2006 (FHG; BGS 611.1) eine Rechtsgrundlage.

§ 50c Koordination der Rettungsdienste (neu)

In **Abs. 1** wird festgehalten, dass es eine Einsatzleitzentrale braucht, welche die rettungsdienstlichen Einsätze im Kanton Zug disponiert und koordiniert.

Eine Einsatzleitzentrale hat den Richtlinien des Interverbandes für das Rettungswesen (IVR) zu genügen und 7 Tage pro Woche 24 Stunden tätig zu sein. Aufgrund des grossen Aufwandes für die Aufrechterhaltung eines 24/7-Betriebs beschloss der Regierungsrat schon im Jahr 1999, sich an die bestehende Einsatzleitzentrale des Kantonsspitals Luzern anzuschliessen; diese betreute fortan für den Kanton Zug die «Nr. 144». Gestützt auf den Beschluss des Regierungsrats vom 18. März 2014 wurde die «Nr. 144» ab 1. Januar 2015 im Rahmen einer nachfolgenden Leistungsvereinbarung von der Einsatzleitzentrale Schutz und Rettung Zürich (SRZ) übernommen. Die Rechtsgrundlage für die Vereinbarung mit dem Kantonsspital Luzern aus dem Jahr 1999 war § 34 des aufgehobenen Gesundheitsgesetzes vom 21. Mai 1970. Diese Bestimmung beauftragte den Kanton, den Rettungsdienst «sicher zu stellen». Im Rahmen der Gesamtrevision des Gesundheitsgesetzes (in Kraft seit 1.1.2009) wurde in § 52 festgehalten: «Der Kanton führt einen Rettungsdienst.» Damit wurde die Pflicht des Kantons festgehalten, selber einen Rettungsdienst zu führen. Da es sich bei der «Nr. 144» um einen speziellen, in der rettungsdienstlichen Kette wichtigen Dienst handelt, der nicht ohne Weiteres als Teil des RDZ qualifiziert und unter § 50a subsumiert werden kann, ist die Einsatzleitzentrale rechtlich separat zu behandeln.

Es wird deshalb festgehalten, dass der Kanton die Koordination und Disposition von rettungsdienstlichen Einsätzen zu gewährleisten hat. Zu diesem Zweck ist eine **Einsatzleitzentrale** zu bestimmen, die jedoch nicht zwingend vom Kanton selbst geführt werden muss. Der Regierungsrat kann die Aufgabe – wie bisher – auch an Dritte auslagern.

Abs. 2 verpflichtet alle Rettungsdienste mit einer kantonalen Betriebsbewilligung, die Notfalltransporte (Rettungen und Primärtransporte) von verunfallten und erkrankten Personen durchführen, sich der Einsatzleitzentrale anzuschliessen. Damit wird insbesondere sichergestellt,

dass bei grösseren rettungsdienstlichen Einsätzen alle Rettungsdienste koordiniert eingesetzt werden: Sämtliche im Dispositionsgebiet vorhandenen Ressourcen (Personal, Fahrzeuge, Material) der Rettungsdienste müssen von der Einsatzleitzentrale zur Ereignisbewältigung und zur Sicherstellung der Versorgung in den nicht-betroffenen Regionen eingesetzt werden können.

Diese Anschlusspflicht wird in die kantonalen Betriebsbewilligungen für Rettungsdienste gemäss § 26 Abs. 2 Bst. e GesG ausdrücklich als Auflage aufgenommen. Ein Widerspruch zu Art. 3 Abs. 1 Bst. b Binnenmarktgesetz entsteht bei ausserkantonalen Rettungsdiensten nicht, da eine entsprechende Auflage zur Wahrung überwiegender öffentlicher Interessen unerlässlich ist.

Abs. 3 ermächtigt die Gesundheitsdirektion Massnahmen zu treffen, um **koordinierte Einsätze von Rettungsdiensten** sicher zu stellen.

Es handelt sich hier um die wichtigste Regelung betreffend die Organisation des Rettungswesens im Kanton Zug. Obwohl bei einem Rettungseinsatz die Koordination vor Ort heute im Allgemeinen gut funktioniert, können mangels rechtlicher Grundlagen bei der Bewältigung von grösseren und komplexen Rettungseinsätzen kritische Organisationsfragen nicht gelöst werden. Unter einem grösseren rettungsdienstlichen Einsatz wird der Einsatz bei einem Schadenereignis verstanden, dessen Bewältigung Hilfe von mehreren Rettungsdiensten (z. B. auch die Flugrettung) benötigt, der jedoch überschaubar bleibt. Dazu gehören Ereignisse mit mehreren Verletzten z. B. im Rahmen eines grösseren Verkehrsunfalls auf der Autobahn oder bei Rauchgasvergiftungen bei einem Brand. Auch die Sicherstellung der sanitätsdienstlichen Versorgung bei einer grossen Publikumsveranstaltung mit erhöhtem Gesundheitsrisiko zählt zu den grösseren Einsätzen. Davon abzugrenzen sind die Zuständigkeiten bei Ereignissen, die das Ausmass eines Grosseignisses, einer Katastrophe oder eines anderen aussergewöhnlichen Ereignisses annehmen, das zu einer Notlage führt – diese werden durch das Notorganisationsgesetz geregelt.

Gestützt auf § 50c Abs. 3 kann die Gesundheitsdirektion generelle Weisungen für Rettungseinsätze im Kanton Zug erlassen. So kann sie beispielsweise in Zukunft bei Bedarf regeln, welche Luftrettungsorganisation wann über Einsätze orientiert wird (verwaltungsexterne Massnahme).

Neben generellen Regelungen braucht es bei grösseren rettungsdienstlichen Einsätzen eine klare Führungsorganisation vor Ort. Die Zusatzausbildung «Einsatzleiter/Einsatzleiterin Sanität» befähigt erfahrene Rettungssanitäterinnen und -sanitäter, solche Einsätze zu leiten und die vorhandenen Rettungsmittel vor Ort zu koordinieren. Die Einsatzleitung muss insbesondere die einzelnen Rettungsdienste verbindlich anweisen können, in welches Spital sie eine verletzte Person zu fahren oder zu fliegen haben.

Die Gesundheitsdirektion wird ermächtigt entsprechende Kompetenzen an die ausgebildeten Einsatzleiterinnen und Einsatzleiter des RDZ zu delegieren, um diesen ein rasches und situatives Handeln zu ermöglichen (verwaltungsinterne Massnahme). Da diese neuen Kompetenzen des RDZ verpflichtende Aussenwirkungen entfalten, bedarf es einer Rechtsgrundlage in einem formellen Gesetz.

Es wird an dieser Stelle ausdrücklich festgehalten, dass diese Kompetenzen des RDZ nur gegenüber anderen Rettungsdiensten wirksam sind. Selbstverständlich erstreckt sich das Weisungsrecht nicht auf andere kantonale Rettungsorganisationen wie die Polizei, die Feuerwehr oder den Zivilschutz. Hier tritt anstelle des Weisungsrechts eine Koordinationspflicht des RDZ. Diese Koordination ist generell durch die Gesundheitsdirektion (im Einvernehmen mit der Si-

cherheitsdirektion) und beim einzelnen Einsatz durch den RDZ in direktem Einvernehmen mit den anderen Rettungsorganisationen sicherzustellen.

§ 50d Publikumsveranstaltungen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko (bisher § 52 Abs. 2)

Diese bewährte Bestimmung wird unverändert aus dem geltenden Gesundheitsgesetz übernommen, jedoch anders in das Gesetz eingegliedert (aus § 52 Abs. 2 wird § 50d).

2.5. Einbindung Dritter bei rettungsdienstlichen Einsätzen

§ 50e Einsatzleistung bei rettungsdienstlichen Einsätzen (neu)

Bei grösseren rettungsdienstlichen Einsätzen – z. B. nach einem schweren Verkehrsunfall – kann Bedarf an zusätzlichen Ärztinnen und Ärzten oder an Pflegepersonal entstehen, welche die verletzten Personen auf der Unfallstelle versorgen. Die rettungsdienstliche Einsatzleitung kann bei Engpässen an geschultem Fachpersonal praktizierende Ärztinnen und Ärzte und deren Hilfspersonen beiziehen (**Abs. 1**). Eine formelle Verpflichtung zum Einsatz kann – im Gegensatz zu § 19 Abs. 1 und § 28 Abs. 2 GesG – aus dieser Bestimmung nicht abgeleitet werden.

Im Gegenzug sind die Entschädigungs-, Haftungs-, Rechtsschutz- und Kostenersatzfragen, die sich im Rahmen dieser Einsätze stellen, zu regeln (**Abs. 2**). Es handelt sich bei solchen Einsatzleistungen auf Anfrage der Einsatzleitung hin um eine amtliche Funktion, so dass die entsprechenden öffentlich-rechtlichen Bestimmungen zur Anwendung kommen. Dieser zusätzliche Schutz rechtfertigt sich, da die entsprechenden Personen in einer Notsituation auf Anfrage der Einsatzleitung unmittelbar und ohne vertiefte Risikoabschätzung tätig werden. Andererseits sind sie aufgrund ihres Einsatzes in Notsituationen besonders gefährdet für nachfolgende Klagen.

Nach **Bst. a** wird eine **Entschädigung** gemäss § 7 Abs. 2 des Gesetzes über die Entschädigung der nebenamtlichen Behördenmitglieder vom 27. Januar 1994 (Nebenamtsgesetz; BGS 154.25) von rund Fr. 90.– pro Stunde ausgerichtet. Die Bestimmung über den Teuerungsausgleich gemäss § 9 Abs. 1 kommt zur Anwendung. Dies ist z. B. für Ärztinnen und Ärzte, die eilig ihre Praxen verlassen müssen, ein sehr bescheidener Ansatz.

In **Bst. b** wird das Gesetz über die **Verantwortlichkeit** der Gemeinwesen, Behördenmitglieder und Beamten vom 1. Februar 1979 (Verantwortlichkeitsgesetz; BGS 154.11) explizit für anwendbar erklärt. Damit haftet der Staat kausal für Schäden, die widerrechtlich während eines solchen Einsatzes entstanden sind (§ 5) – die direkte Haftung der einsatzleistenden Person ist ausgeschlossen (§ 6). Handelte diese jedoch grobfahrlässig oder vorsätzlich, kann der Kanton Regress nehmen (§ 13).

Gemäss **Bst. c** wird zudem **Rechtsschutz** und **Kostenersatz** analog zu § 56^{bis} des Gesetzes über das Arbeitsverhältnis des Staatspersonals vom 1. September 1994 (Personalgesetz; BGS 154.21) für solche Einsätze gewährt. Die Gesundheitsdirektion gewährt demnach einsatzleistenden Personen Rechtsschutz, wenn diese für Folgen aus gesetzmässigen Handlungen verantwortlich gemacht werden oder während des Einsatzes zu Schaden kommen und Forderungen dafür gegenüber Dritten einzuklagen haben. Ergibt das Verfahren, dass die einsatzleistende Person ihre Berufspflichten vorsätzlich oder grobfahrlässig verletzt hat, kann sie zur Rückerstattung der Kosten verpflichtet werden.

Diese Bestimmungen sind neu mittels Verweis auch auf angeordnete Einsätze von Bewilligungsinhaberinnen und -inhabern im Falle von Katastrophen, Epidemien oder anderen ausserordentlichen Ereignissen (§§ 19 bzw. 28 Gesundheitsgesetz) anwendbar.

§§ 19 und 28 Einsatzleistung bei Katastrophen, Epidemien oder anderen ausserordentlichen Ereignissen (ergänzt)

§ 19 Abs. 1 ermächtigt die Gesundheitsdirektion, Bewilligungsinhaberinnen und -inhaber bei Katastrophen, Epidemien oder anderen ausserordentlichen Ereignissen zur Einsatzleistung zu verpflichten. Die gleiche Regelung gilt auch für bewilligungspflichtige Betriebe des Gesundheitswesens (§ 28 Abs. 2).

Entschädigungs-, Haftungs-, Rechtsschutz- und Kostenersatzfragen sind in den §§ 19 und 28 nicht geregelt. Was neu für den Einsatz bei grösseren rettungsdienstlichen Einsätzen gemäss § 50e gelten soll, soll in Zukunft auch für Einsätze bei Katastrophen und anderen ausserordentlichen Ereignissen, die unter §§ 19 und 28 fallen, gelten.

Das geltende Recht wird mit einem entsprechenden Verweis auf § 50e ergänzt (**§ 19 Abs. 2 und § 28 Abs. 1**).

§ 7 Abs. 2 Spitalgesetz: Informations- und Einsatz-System (IES-KSD) (ergänzt Fremdänderung)

Das Informations- und Einsatz-System des koordinierten Sanitätsdienstes (IES-KSD) ist bei Grossereignissen, Katastrophen und Notlagen unverzichtbar. Das IES-KSD ist ein bundesweites System für die Verwaltung von Spitalbetten für Patientinnen und Patienten aus dem militärischen wie auch aus dem zivilen Bereich. Rollenbasiert haben alle Organe des Bevölkerungsschutzes sowie die Armee Zugriff auf das System, wobei der Datenschutz gewährleistet ist. IES-KSD ermöglicht es auch bei grösseren rettungsdienstlichen Einsätzen der Einsatzleitung, bei Bedarf Patientinnen und Patienten gezielt der optimalen stationären Versorgung zuzuführen. Damit das System jedoch optimal funktioniert, müssen möglichst viele Spitäler an das System angeschlossen sein und deren Mitarbeitenden in der Anwendung geschult sein.

Der verpflichtende Anschluss an das IES-KSD ist ein weitgehender Eingriff in die Autonomie der Spitäler und daher ausdrücklich in einem formellen Gesetz vorzusehen. Gemäss § 7 Abs. 2 des Spitalgesetzes vom 29. Oktober 1998 (BGS 826.11) ist die Gesundheitsdirektion zuständig, mit Listenspitalern Vereinbarungen über die Modalitäten der Leistungserbringung zu treffen. In diese Vereinbarungen kann die Verpflichtung zum Anschluss an das IES-KSD ohne Weiteres aufgenommen werden. Mit dem Anschluss an das IES-KSD ist die Teilnahme an den Schulungen durch die Organe des Bevölkerungsschutzes selbstredend ebenso obligatorisch.

2.6. Behandlung urteilsunfähiger Personen

Für die Patientinnen und Patienten ist im kantonalen Gesundheitsgesetz das Recht auf Selbstbestimmung von zentraler Bedeutung (§ 32 Abs. 1). Es ist Ausgangspunkt jeder medizinischen Behandlung und jedes medizinischen Eingriffes und damit auch bei einem Rettungseinsatz.

Die Behandlung von *urteilsunfähigen* Patientinnen und Patienten richtet sich seit der Einführung des neuen Erwachsenen- und Kindeschutzrechts nach den Bestimmungen des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (§ 33 GesG; Revision des Gesundheitsgesetzes im Rahmen der Änderung des Gesetzes betreffend die Einführung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches für den Kanton Zug [EG ZGB; BGS 211.1; Vorlage 2036.1], in Kraft seit 1. Januar 2013).

§ 39 Abs. 4 (neuer Absatz)

Rettungssanitäterinnen und -sanitäter müssen regelmässig Personen retten, die momentan urteilsunfähig sind – sei es, weil sie bewusstlos oder hochgradig betrunken oder verwirrt sind. Um insbesondere verwirrte und aufgeregte Personen adäquat versorgen zu können, muss ge-

gebenenfalls vorübergehend Zwang angewendet werden. Dazu gehört die Fixation auf der Trage, um die Sicherheit der Patientin oder des Patienten sowie der betreuenden Personen während des Transportes im Rettungswagen zu gewährleisten, und/oder die Verabreichung eines leichten Beruhigungsmittels. Die Verabreichung von stärkeren Medikamenten ist dann lebensnotwendig, wenn Patientinnen oder Patienten, die sich z. B. infolge Drogen- oder Medikamentenmissbrauchs in einem hypererregten Zustand befinden, aggressiv sind, laut schreien und sich paranoid verhalten (sogenanntes «Excited Delirium»). Werden Personen in diesem physischen und psychischen Ausnahmezustand nicht medikamentös behandelt, besteht die Gefahr eines plötzlichen Todes aufgrund eines Kreislaufversagens. In solchen Notfällen arbeiten die Rettungssanitäterinnen und -sanitäter eng mit der Polizei zusammen, um eine Selbst- und Drittgefährdung zu verhindern.

Das Bundesrecht räumt Ärztinnen oder Ärzten in solchen dringlichen Fällen das Recht ein, *urteilsunfähige* Personen nach ihrem mutmasslichen Willen und ihren Interessen medizinisch zu behandeln (Art. 379 ZGB), wenn keine vertretungsberechtigten Angehörigen anwesend sind. Dieses Recht soll von der ärztlichen Leitung eines Rettungsdienstes an geeignete und entsprechend ausgebildete Rettungssanitäterinnen und -sanitäter, die unter ihrer Verantwortung arbeiten, delegiert werden können.

Dazu muss eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage geschaffen werden.

Zu diesem Zweck ist **§ 39** mit einem **Abs. 4** wie folgt zu ergänzen:

Die ärztliche Leitung eines Rettungsdienstes kann diplomierte Rettungssanitäterinnen und -sanitäter bezeichnen, die in dringlichen Fällen medizinische und pflegerische Massnahmen nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Person ergreifen können.

Mit dieser Bestimmung, die sich eng an das Bundesrecht anlehnt, wird es diplomierten Rettungssanitäterinnen und -sanitätern ermöglicht, während eines rettungsdienstlichen Einsatzes bei urteilsunfähigen Personen die notwendigen medizinischen und pflegerischen Massnahmen anzuwenden. Die ärztliche Leitung des Rettungsdienstes hat diejenigen diplomierten Rettungssanitäterinnen und -sanitäter zu bezeichnen, die über die notwendigen Kenntnisse und Erfahrung verfügen, um die entsprechenden Entscheide zu treffen. Die Endverantwortung liegt weiterhin bei der delegierenden Ärztin oder beim delegierenden Arzt.

Urteilsfähige Patientinnen und Patienten dürfen weiterhin nicht gegen ihren Willen behandelt werden. Soweit sich Urteilsfähige weigern, sich von Rettungssanitäterinnen und -sanitätern versorgen zu lassen, haben diese vom Einsatz abzusehen.

§ 40 Abs. 4 Mitteilung an die Kantonsärztin bzw. an den Kantonsarzt

Wie bei den übrigen medizinischen und pflegerischen Zwangsmassnahmen gemäss § 39 ist zum Schutz der Patientinnen und Patienten eine amtliche Überprüfung der Zwangsmassnahme vorgesehen. Sowohl die bezeichneten Rettungssanitäterinnen und -sanitäter als auch jede konkrete Anwendung von Massnahmen gemäss § 39 Abs. 4 müssen der Kantonsärztin bzw. dem Kantonsarzt unverzüglich gemeldet werden. Damit können Missbräuche frühzeitig festgestellt werden und die Aufsichtsbehörde kann rechtzeitig einschreiten.

2.7. Rechtsgrundlage Gebührentarif für den Rettungsdienst (Fremdänderung)

Der Regierungsrat hat am 17. Oktober 1995 einen Gebührentarif für die Benützung des Rettungsdienstes (BGS 826.192) erlassen. Gestützt auf diesen Tarif hat die Gesundheitsdirektion einen weiteren Gebührentarif des Rettungsdienstes für Hilfeleistungseinsätze ohne medizini-

sche Versorgung bei Alarmierung über das Notrufsystem des Schweizerischen Roten Kreuzes (BGS 826.192.2) erlassen.

Der Gebührentarif für die Benützung des Rettungsdienstes basiert auf § 34 des aufgehobenen Gesundheitsgesetzes vom 21. Mai 1970 sowie auf Ziff. 116 des geltenden Kantonsratsbeschlusses über die Gebühren in Verwaltungs- und Zivilsachen vom 11. März 1974 (Verwaltungsgebührentarif; BGS 641.1). Diese zweite Rechtsgrundlage ist sehr knapp und lautet: «Der Regierungsrat ist befugt, in einzelnen Fällen weitere besondere Gebühren festzusetzen.» Es ist fraglich, ob diese wichtigen Gebührentarife unter «einzelne Fälle» subsumiert werden können. Es ist daher im Verwaltungsgebührentarif unter Ziff. 116 in der Auflistung der besonderen Gebührentarife derjenige des RDZ ausdrücklich zu erwähnen. Dadurch wird der Gebührentarif rechtlich korrekt abgestützt. Als Folge davon gilt dasselbe für den ergänzenden Tarif der Gesundheitsdirektion.

3. Ergänzung der psychiatrischen Versorgung im Kanton Zug (§ 51)

3.1. Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung

Personen mit psychiatrischen und/oder psychosozialen Problemen werden sowohl im Rahmen der Hausarztmedizin als auch der Psychiatrie betreut. Im Rahmen der psychiatrischen Versorgung hat sich die Behandlungskette aus ambulanten Angeboten (inkl. Spezialangebote), stationären Angeboten und komplementären Angeboten (z. B. Wiedereingliederung oder Unterstützung zu Hause) generell bewährt.

Im Kanton Zug sind diese Angebote unterschiedlich stark ausgebaut. Aktuell stehen im Kanton Zug folgende Leistungen zur Verfügung:

- Ambulante Versorgung
 - Hausärztinnen / Hausärzte
 - Praxen von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie
 - Ambulante Psychiatrische Dienste (APD)
 - Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- Ambulante Spezialangebote
 - Weitgehend fehlend
- Stationäre Versorgung
 - Psychiatrische Klinik Zugersee, Oberwil
 - Clenia Privatklinik Littenheid
 - Klinik Meissenberg Zug
- Komplementäre Versorgung
 - Langzeit-Betreuungsangebote
 - Psychiatrische Spitex

Gemäss dem Grundsatz «ambulant vor stationär», wie ihn die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) im Leitfaden zur Psychiatrieplanung formuliert hat (abrufbar unter: www.gdk-cds.ch > Themen > Psychiatrieplanung), soll mittels gezieltem Ausbau von ambulanten Angeboten und Mischformen von ambulanten und stationären Angeboten der mittel- bis langfristig steigende Bettenbedarf gebremst werden. Namentlich sollten dazu gemeindenahere Infrastrukturen und Tagesangebote (auch teilstationäre Einrichtungen oder Tageskliniken genannt) geschaffen werden. Ebenso ist der Einsatz mobiler Equipen denkbar, die bei Bedarf psychisch kranke Patientinnen und Patienten zu Hause behandeln.

3.2. Fehlende ambulante Tagesangebote im Kanton Zug

Tagesangebote zur Behandlung psychisch erkrankter Personen gehören heute neben den Ambulanten Psychiatrischen Diensten, Facharztpraxen und Psychiatrischen Kliniken zu einem psychiatrischen Grundversorgungsangebot. Wie aus der obigen Darstellung hervorgeht, stehen im Kanton Zug für die psychiatrische Versorgung zwar diversifizierte Angebote zur Verfügung, jedoch fehlen ambulante Tagesangebote für Erwachsene, Kinder und Jugendliche.

Psychiatrische Tagesangebote richten sich an akut psychisch erkrankte Personen, für die eine ambulante Behandlung nicht mehr ausreicht, eine stationäre Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik aber (noch) nicht erforderlich ist. Das Behandlungsangebot besteht aus Einzel- und Gruppentherapien und kann halbtags oder ganztags genutzt werden. Die Behandlungsdauer ist beschränkt auf die Akutphase der Erkrankung. Sie beträgt in der Regel einige Wochen bis max. 3–4 Monate. Für die Patientinnen und Patienten besteht der Nutzen in erster Linie in der Aufrechterhaltung des sozialen Umfeldes, indem sie abends in ihre gewohnte Umgebung zurückkehren können. Zudem ist die Behandlung im Rahmen dieser Angebote für viele Patientinnen und Patienten weniger stigmatisierend als eine Hospitalisierung in einer psychiatrischen Klinik. Für Kinder und Jugendliche ist ein wohnortnahes Angebot besonders wichtig, da einerseits die Eltern einfacher in die Behandlung miteinbezogen werden können und andererseits der Kontakt zu Familie, Freunden und Schule bis zu einem gewissen Grad erhalten bleiben kann.

Abgesehen von vereinzelten Behandlungsplätzen an der Psychiatrischen Klinik Zugersee für erwachsene Patientinnen und Patienten im Anschluss an deren stationäre Behandlung («Übergangstagesklinik») fehlt im Kanton Zug bis dato ein entsprechendes Angebot für akut psychisch erkrankte Erwachsene, Kinder und Jugendliche. Aufgrund von Vergleichen mit den Kantonen Luzern und Thurgau ist – unter Berücksichtigung der dort bestehenden Anzahl Plätze sowie der Bevölkerungsgrösse – im Kanton Zug für Halbtages- bzw. Tagesangebote zur Behandlung von akut psychisch erkrankten Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen mit einem ersten Bedarf von rund 8 Behandlungsplätzen für Erwachsene und 4 für Kinder und Jugendliche auszugehen.¹ Um die Möglichkeit zu schaffen, entsprechende Tagesangebote (sog. teilstationäre Angebote) aufzubauen, wird gemäss § 27 FHG eine explizite gesetzliche Grundlage geschaffen. Konkrete Formen der rein ambulanten Leistungserbringung (Praxiskonsultationen, Konsiliar- und Liaisondienst, Home Treatment etc.) sind hingegen im Leistungsauftrag zu spezifizieren. Eine diesbezügliche abschliessende Aufzählung im Gesetzestext wäre angesichts der fortlaufenden Entwicklung im medizinischen Bereich nicht zweckmässig.

3.3. Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des Psychiatriekordats UR/SZ/ZG

Die Kantone Uri, Schwyz und Zug arbeiten seit rund dreissig Jahren bei der Sicherstellung der Psychiatrieversorgung im Rahmen des Psychiatriekordats (BGS 826.162) zusammen. Bisher konzentrierten sich die gemeinsamen Aktivitäten vorwiegend auf den stationären Bereich. Im Sinne der integrierten Versorgung soll diese Kooperation auf den ambulanten Bereich ausgeweitet werden. Zu diesem Zweck ist vorgesehen, das bestehende Konkordat zu aktualisieren und die Psychiatrische Klinik Zugersee sowie die ambulanten Dienste in den drei Kantonen unter einer gemeinsamen Führung in einer neu zu gründenden Betriebsgesellschaft zusammenzufassen. Eine entsprechende Vorlage wird den Parlamenten Anfang 2016 unterbreitet.

¹ Eine epidemiologisch populationsbezogene Bedarfsanalyse wäre angesichts der kleinen Zahlen nicht sinnvoll.

Für die Ambulanten Psychiatrischen Dienste des Kantons Zug bedeutet dies, dass sie 2017/2018 von der kantonalen Verwaltung in die neue Betriebsgesellschaft wechseln werden. Für die Definition der Leistungsaufträge für die psychiatrische Grundversorgung wäre sodann das Psychiatriekonkordat zuständig – mit Genehmigungspflicht durch die drei Regierungen der Kantone Uri, Schwyz und Zug (einstimmig). Die Erteilung und Finanzierung von Leistungsaufträgen, die über die Grundversorgung hinausgehen, bliebe jedoch in der alleinigen Zuständigkeit der einzelnen Kantone.

3.4. Änderung von § 51

In **Abs. 1** wird – wie bisher – explizit festgehalten, dass die Sicherstellung der ambulanten psychiatrischen Versorgung eine öffentliche Aufgabe ist. Ausserdem wird geklärt, dass die ambulanten Angebote zur Behandlung von psychisch erkrankten Personen nicht nur einzelne Konsultationen umfassen, sondern auch intensivere Behandlungsangebote, die einen halben oder ganzen Tag dauern. Diese Tagesangebote dienen der Behandlung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen, deren akute psychiatrische Erkrankung einen Schweregrad erreicht hat, welche die Therapiemöglichkeiten im klassischen ambulanten Setting übersteigt, jedoch noch keiner stationären Behandlung bedarf.

In **Abs. 2** wird der Regierungsrat ermächtigt, die Sicherstellung der ambulanten psychiatrischen Versorgung der Zuger Bevölkerung ganz oder teilweise an Dritte zu übertragen. Damit hat der Kanton zwar für die entsprechenden ambulanten Angebote zu sorgen, führt diese jedoch nicht zwingend selber. Diese Möglichkeit der Aufgabendelegation ist insbesondere im Hinblick auf die Zusammenarbeit der Kantone Uri, Schwyz und Zug im Rahmen des Zentralschweizer Psychiatriekonkordats sinnvoll (siehe oben Ziff. 3.3).

Da es sich dabei um die Auslagerung einer kantonalen Aufgabe handelt, ist aufgrund des Legalitätsprinzips eine Rechtsgrundlage zu schaffen.

4. Beiträge an Ausbildungsbetriebe (§ 29 Abs. 1)

4.1. Ausgangslage

Im Rahmen des neuen Gesundheitsgesetzes erteilte der Kantonsrat 2008 dem Regierungsrat die Kompetenz, Betriebsbeiträge an die Betriebe des Gesundheitswesens im Kanton Zug – insbesondere Pflegeheime, Spitäler und Kliniken –, die Gesundheitsberufe aus- und weiterzubilden, zu leisten (§ 29 Gesundheitsgesetz). Obwohl die staatliche Unterstützung von Ausbildungsbetrieben in der kantonsrätlichen Debatte teilweise als ungewöhnlich erachtet wurde, bestand nach Meinung der überwiegenden Mehrheit des Parlaments ein genügend grosses öffentliches Interesse an der Ausbildung von Gesundheitsberufen, um diese Berufe besonders zu fördern (Protokoll des Kantonsrates vom 3. Juli 2008, Vorlage 1590, S. 1076 ff.).

Damit erkannte der Kantonsrat, dass zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und qualitativ guten Gesundheitsversorgung durch die öffentliche Hand (siehe auch § 1 Spitalgesetz; BGS 826.11) genügend Fachkräfte im Gesundheitsbereich tätig sein müssen.

In der Zwischenzeit haben verschiedene prognostische Studien gezeigt, dass sich die Differenz zwischen dem Personalbedarf und der Anzahl der jährlich ausgebildeten Fachleute in den Gesundheitsberufen in den nächsten Jahren markant vergrössern wird (siehe dazu Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009, GDK & OdASanté, 2009 [abrufbar unter: www.gdk-cds.ch]). Das von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern in Auf-

trag gegebene und 2013 abgeschlossene Forschungsprojekt der Berner Fachhochschule «Gesundheitspanorama 2030» (abrufbar unter: www.gesundheit.bfh.ch) prognostiziert für die Pflege von Langzeitkranken einen zusätzlichen Bedarf an Leistungen von mehr als 50 Prozent.

Um die Grundversorgung im Gesundheitsbereich aufrechtzuerhalten, rekrutiert die Schweiz denn auch seit Jahren ausländische Fachkräfte in verschiedenen Gesundheitsberufen, in denen ein Ausbildungsdefizit besteht. Mit der Annahme der Masseneinwanderungsinitiative dürfte der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen früher eintreten als erwartet. Entsprechend sind die Bemühungen zu verstärken, das einheimische Fachkräftepotenzial besser zu nutzen.

4.2. Aktuelle Beiträge des Kantons an Ausbildungsinstitutionen im Gesundheitswesen

Die Ausbildungstätigkeit der **Spitäler und Kliniken** unterstützt der Kanton nach den Bestimmungen des Krankenversicherungsrechts. Die Ausbildungskosten für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe werden über die Tarife abgedeckt, die zwischen den Versicherern und den Spitälern ausgehandelt werden; der Kanton beteiligt sich an den Kosten über den Kostenteiler gemäss Art. 49a Abs. 1 und 2 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10). Die Ausbildung der Assistenzärztinnen und -ärzte in den Zuger Spitälern und Kliniken wird seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung pro Assistenzärztin und -arzt mit einer Pauschale vergütet (§ 6 Abs. 1 Bst. b Spitalgesetz i.V.m. Art. 49 Abs. 3 Bst. b KVG). Ebenso unterstützt der Kanton die Ausbildung von Assistenzärztinnen und -ärzten, die sich für den Hausarztberuf interessieren und in einer Hausarztpraxis ein halbjähriges Praktikum absolvieren (Praxisassistenz-Programm; siehe auch § 12 Gesundheitsverordnung, GesV; BGS 821.11).

An die **Institutionen der Langzeitpflege (Pflegeheime) und der Spitex** werden gestützt auf § 29 Abs. 1 Gesundheitsgesetz Betriebsbeiträge für die Ausbildung der Pflegeberufe ausbezahlt (RRB vom 26. Januar 2010), da die Ausbildungskosten nicht durch die Beiträge der Krankenversicherer abgedeckt werden. Der kantonale Beitrag betrug bis Ende 2013 Fr. 3000.– pro Ausbildungsabschluss in einem Pflegeberuf. Im Jahr 2014 erhöhte der Regierungsrat mit Beschluss vom 8. Juli 2014 per 1. Januar 2014 die Ausbildungsbeiträge moderat (Fr. 2000.– pro Ausbildungsjahr auf der Sekundärstufe und Fr. 5000.– pro Ausbildungsjahr auf der Tertiärstufe). Dabei beteiligen sich die Betriebe der Langzeitpflege auch weiterhin wesentlich an den Ausbildungskosten. Dieser Beschluss ist bis zum 31. Dezember 2016 befristet. Vor Ablauf der Frist untersucht die Gesundheitsdirektion die Wirkung der Erhöhung der kantonalen Betriebsbeiträge auf die Ausbildungstätigkeit der Betriebe. Nach Vorliegen der Ergebnisse wird der Regierungsrat über die weitere Ausrichtung der Ausbildungsbeiträge an die Pflegeheime und Spitex entscheiden.

In § 29 Abs. 2 Gesundheitsgesetz wird die Gesundheitsdirektion ermächtigt, bewilligungspflichtige Betriebe gegen angemessene Entschädigung zu verpflichten, eine bestimmte Anzahl von Aus- und Weiterbildungsstellen zur Verfügung zu stellen. Damit wollte man ein Eingriffsrecht des Staates schaffen, für den Fall, dass die Betriebe nicht genügend Ausbildungsplätze anbieten. Wie eine Umfrage der Gesundheitsdirektion im Frühling 2013 ergab, bilden alle Betriebe des Gesundheitswesens Gesundheitsfachleute aus, zum Teil auch überdurchschnittlich. Von diesem Instrument musste deshalb bisher kein Gebrauch gemacht werden.

4.3. Anpassung der Anspruchsberechtigung gemäss § 29 Abs. 1

§ 29 Abs. 1 GesG schränkt die Anspruchsberechtigung der Zuger Betriebe im Gesundheitswesen für Ausbildungsbeiträge in zweifacher Hinsicht ein: Einerseits beschränkt sich die Unterstützung auf Berufe, die zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung zuge-

lassen sind, und andererseits muss die Unterstützung «nach Massgabe der Benutzung von Personen mit Wohnsitz im Kanton Zug» erfolgen. Der Wortlaut der letzteren Einschränkung ist auslegungsbedürftig. Die Bestimmung kann entweder dahingehend interpretiert werden, dass nur diejenigen Betriebe unterstützt werden dürfen, die vorwiegend Zuger Patientinnen und Patienten behandeln, oder dass die Auszubildenden, für welche die Betriebe Beiträge einfordern können, Wohnsitz im Kanton Zug haben müssen. Die vorberatende Kommission für das Gesundheitswesen hielt in ihrem Bericht zum neuen Gesundheitsgesetz betreffend § 29 u. a. fest, dass der Regierungsrat in der Umsetzung weitgehend frei sei (Bericht und Antrag der vorberatenden Kommission für das Gesundheitswesen vom 21. Februar 2008, Vorlage 1590.3 - 12715, S. 9). Mangels weiteren Hinweisen aus den Materialien und um die Umsetzung möglichst einfach zu gestalten, hat der Regierungsrat die Bestimmung in seinen Beschlüssen vom 26. Januar 2010 bzw. 8. Juli 2014 dahingehend ausgelegt, dass die Betriebe der Langzeitpflege und der Spitex für die Ausbildung von Lernenden mit Wohnsitz im Kanton Zug entschädigt werden.

Der Regierungsrat schlägt dem Kantonsrat nun vor, den Gesetzestext von **§ 29 Abs. 1** anzupassen.

Satz 1 wird wie folgt angepasst:

«Der Regierungsrat kann Betriebe im Gesundheitswesen mit Sitz im Kanton Zug durch Beiträge für die Aus- und Weiterbildung unterstützen».

Die Bestimmung ermächtigt den Regierungsrat wie bisher, Beiträge zu sprechen, ohne einen Rechtsanspruch der Betriebe auf Unterstützung zu schaffen. Es wird geklärt, dass gestützt auf diese Bestimmung einerseits nur Betriebe im Gesundheitswesen im Kanton Zug einen Anspruch auf Beiträge erhalten, die für die Ausbildung von Gesundheitsfachleuten zu verwenden sind. Andererseits ist der Wohnsitz der Lernenden nicht mehr von Bedeutung. Es liegt im Interesse der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung im Kanton Zug, die Ausbildungsleistungen der Betriebe im Kanton Zug unabhängig vom Wohnsitz der Lernenden zu unterstützen, da Lernende nach erfolgreichem Abschluss ihrer Ausbildung häufig in den Lehrbetrieben weiterarbeiten. Damit steht der Erhalt bzw. das Schaffen von Ausbildungsplätzen in den Betrieben des Gesundheitswesens im Vordergrund. Da bei den Spitälern und Kliniken – deren Ausbildungsleistungen über die Spitaltarife bzw. über gemeinwirtschaftliche Leistungen gemäss § 6 Abs. 1 Bst. c Spitalgesetz unterstützt werden – auch nicht nach dem Wohnort der Auszubildenden unterschieden wird, dient die Anpassung auch der Gleichbehandlung der Gesundheitsinstitutionen im Kanton Zug.

Satz 2 wird redaktionell angepasst, um alle Berufe zu erfassen, deren Tätigkeiten zulasten der Grundversicherung abgerechnet werden können.

Nicht anwendbar ist diese Bestimmung auf die Leistungen des Kantons betreffend Vergütung von Ausbildungsleistungen an die Spitäler und Kliniken, da sich die relevanten Rechtsnormen im bundesrechtlichen Krankenversicherungsrecht und im kantonalen Spitalgesetz finden (siehe oben 4.2).

5. 90-Tage-Dienstleistende (§ 7 Abs. 1)

5.1. Ausgangslage

Am 1. September 2013 ist das Bundesgesetz über die Meldepflicht und die Nachprüfung der Berufsqualifikationen von Dienstleistungserbringerinnen und -erbringern in den reglementierten Berufen vom 14. Dezember 2012 (BGMD; SR 935.01) in Kraft getreten. Gleichzeitig trat auch

die Verordnung über die Meldepflicht und die Nachprüfung der Berufsqualifikationen von Dienstleistungserbringerinnen und -erbringern in reglementierten Berufen vom 26. Juni 2013 (VMD; SR 935.011) in Kraft. Das BGMD schafft die Rechtsgrundlage für die Nachprüfung der Berufsqualifikationen von EU-/EFTA-Bürgerinnen und -Bürgern für Dienstleistungen in der Schweiz in reglementierten Berufen im Rahmen der Personenfreizügigkeit während höchstens 90 Arbeitstagen pro Kalenderjahr.

Mit dem BGMD wurde anstelle des bisherigen Anerkennungsverfahrens ein neues Melde- und Nachprüfungsverfahren für Personen mit Berufsqualifikationen aus der EU/EFTA eingeführt. Dieses Verfahren richtet sich insbesondere nach Art. 7 der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, die gestützt auf das Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA; SR 0.142.112.681) auch für die Schweiz gilt.

5.2. *Änderungsbedarf aufgrund des Bundesgesetzes über die Meldepflicht und die Nachprüfung von Dienstleistungserbringerinnen und -erbringern in den reglementierten Berufen (BGMD)*

Die neue Regelung für 90-Tage-Dienstleistende aus dem EU-/EFTA-Raum auf Bundesebene macht eine Anpassung von § 7 Abs. 1 nötig. Dieser regelte bislang die Dienstleistungserbringung durch Angehörige von Berufen im Gesundheitswesen sowohl für Personen mit einer Berufsausübungsbewilligung eines anderen Kantons wie auch für Berufsleute mit einer Berufsausübungsbewilligung eines EU-/EFTA-Staates. Da Personen mit Berufsqualifikationen aus EU-/EFTA-Staaten nun das Melde- und Nachprüfungsverfahren gemäss BGMD zu durchlaufen haben, um ihren Beruf in der Schweiz als Dienstleistungserbringende ausüben zu dürfen, ist die entsprechende Bestimmung des Gesundheitsgesetzes überholt. Dienstleistende aus dem EU-/EFTA-Raum haben sich heute einzig beim Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) zu melden, welches als zentrale Meldestelle fungiert und die eingereichten Unterlagen an die für die Überprüfung zuständigen Stellen weiterleitet. Eine zusätzliche Meldung vor Aufnahme der Arbeitstätigkeit seitens der Dienstleistungserbringenden an die Gesundheitsdirektion, wie sie § 7 Abs. 1 vorsieht, ist nicht mehr notwendig. Die bestehende Regelung zur bewilligungsfreien Tätigkeit von Dienstleistenden aus EU-/EFTA-Staaten soll daher aufgehoben werden.

5.3. *Änderungsbedarf aufgrund des Medizinalberufegesetzes (MedBG) sowie des Psychologieberufegesetzes (PsyG)*

Wie bereits erwähnt regelt § 7 Abs. 1 in seiner bisherigen Fassung auch die Dienstleistungserbringung durch Angehörige von Berufen im Gesundheitswesen, die über eine Berufsausübungsbewilligung eines anderen Kantons verfügen. Angesichts der entsprechenden Vorschriften im Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe vom 23. Juni 2006 (Medizinalberufegesetz, MedBG; SR 811.11) und im Bundesgesetz über die Psychologieberufe vom 18. März 2011 (Psychologieberufegesetz, PsyG; SR 935.81) stellt sich hier ebenfalls die Frage nach einer Anpassung von § 7 Abs. 1.

Nach Art. 35 Abs. 2 MedBG dürfen Inhaberinnen und Inhaber einer kantonalen Bewilligung ihren Medizinalberuf während längstens 90 Tagen pro Kalenderjahr in einem anderen Kanton selbstständig ausüben, ohne eine Bewilligung dieses Kantons einzuholen. Sie haben sich vorläufig lediglich bei der zuständigen kantonalen Stelle zu melden. Eine analoge Bestimmung sieht das Psychologieberufegesetz in Art. 23 Abs. 1 vor. Der bisherige § 7 Abs. 1 lehnt sich stark an diese beiden Vorschriften an, dehnt jedoch den Kreis der von der Bewilligungspflicht ausgenommenen Personen auf alle ausserkantonalen Dienstleisterinnen und Dienstleister in

sämtlichen bewilligungspflichtigen Gesundheitsberufen aus. Dazu gehören beispielsweise selbstständig tätige Pflegefachpersonen, Hebammen oder Entbindungshelfer, Podologinnen und Podologen (§ 19 GesV), die über eine Bewilligung in einem anderen Kanton verfügen. Für diese Gesundheitsberufe ist weiterhin eine Regelung im kantonalen Gesundheitsgesetz erforderlich, da eine entsprechende Bestimmung auf Bundesebene fehlt.

Um die Verständlichkeit der Norm zu bewahren, rechtfertigt es sich, für die bewilligungsfreie Dienstleistungserbringung während 90 Tagen eine allgemeine Formulierung zu wählen. Die geänderte Fassung von § 7 Abs. 1 orientiert sich dabei möglichst wortgetreu an den genannten Bestimmungen des MedBG und des PsyG, was eine geringfügige Ergänzung der Formulierung erforderlich machte.

In **§ 7 Abs. 1 Satz 1** wird «Angehörige universitärer Medizinalberufe und anderer Berufe im Gesundheitswesen» ersetzt durch «Angehörige eines im Kanton Zug bewilligungspflichtigen Berufes im Gesundheitswesen». Ausserdem wird in Anlehnung an die Regelungen auf Bundesebene ausdrücklich erwähnt, dass die Bestimmung für die *selbstständige* Berufsausübung gilt und für die Dienstleistungserbringung *keine Bewilligung* eingeholt werden muss. Der Passus «oder eines EU-/EFTA-Staates» wird ersatzlos gestrichen.

6. Ergebnis des Vernehmlassungsverfahrens

Zur Vernehmlassung eingeladen wurden die Einwohnergemeinden, die im Kantonsrat vertretenen Parteien, die Spitäler und Kliniken im Kanton Zug sowie Verbände der betroffenen Leistungserbringer. Insgesamt gingen 23 Stellungnahmen ein. Alle Vernehmlassungsteilnehmenden sind grundsätzlich einverstanden mit den Gesetzesänderungen. Es wurden einige Änderungsanträge gestellt und Bemerkungen angebracht.

6.1. Regelung des Rettungswesens im Kanton Zug (§§ 50a-50e; 39 Abs. 4)

Die Möglichkeit zur Verbesserung der Koordination der Rettungsdienste und Nutzung von Synergien wird von einer Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden als sinnvoll und nachvollziehbar beurteilt.

Auslagerung von Aufgaben des RDZ an Dritte (§ 50a)

Eine Vernehmlassungsteilnehmerin regt an, es sei zu prüfen, ob einzelne Leistungen, die der RDZ erbringt, nicht günstiger zugekauft werden könnten. § 50a sei für solche Optionen offener zu formulieren.

Die Führung des Rettungsdienstes durch den Kanton hat sich bewährt; daran soll festgehalten werden. Das Angebot wurde und wird schlank gehalten und konzentriert sich auf die Kernaufgaben in der Grundversorgung (Rettung und Transport). In § 50b wird hingegen eine explizite Grundlage geschaffen, um einzelne Leistungen – z. B. im spezialisierten Rettungswesen – an Dritte auslagern bzw. kostengünstig zukaufen zu können.

Klärung der Bedeutung von § 50c Abs. 3

Eine Vernehmlassungsteilnehmerin verlangt, § 50c Abs. 3 (Ermächtigung der Gesundheitsdirektion zum Erlass von Weisungen betreffend Koordination Rettungsdienste) sei ersatzlos zu streichen. Es sei nicht klar, was mit «verwaltungsinternen und -externen Massnahmen» gemeint sei. Im Übrigen funktioniere die heutige Koordination vor Ort gut.

Die Weisungsbefugnis der Gesundheitsdirektion ist für die Koordination der Rettungsdienste zentral, da die Zahl der Rettungsorganisationen stetig steigt. So kann beispielsweise in Zukunft der Bedarf zur Koordination der Flugrettungseinsätze entstehen (siehe dazu S. 6f.). Verwal-

tungsintern soll der RDZ zur Koordination der Rettungsdienste vor Ort ermächtigt werden. Damit lässt sich die heutige Situation verbessern und insbesondere lassen sich Transport-Verzögerungen zu Lasten der hilfsbedürftigen Personen gezielt vermeiden (Bestimmung des Zielspitals durch die Einsatzleitung vor Ort).

Delegation von Zwangsmassnahmen (§ 39 Abs. 4)

Eine weitere Vernehmlassungsteilnehmerin wünscht eine klarere Regelung betreffend Delegation von Zwangsmassnahmen in § 39 Abs. 4. Die entsprechenden Kompetenzen würden in der Ausbildung zur Rettungssanitäterin und zum Rettungssanitäter nicht erworben.

Die neue Bestimmung beinhaltet die Kompetenz zur Anwendung von medizinischen und pflegerischen Zwangsmassnahmen bei urteilsunfähigen Personen, die in der spezifischen Rettungssituation notwendig sind. Dazu gehört z. B. das Verabreichen von niedrig dosiertem Dormikum an agitierte Personen nach einem Unfall. Die Sedation wirkt lediglich über kurze Zeit und dient dazu, den Patienten oder die Patientin stressfrei zu transportieren. Die entsprechenden Kompetenzen können von den Rettungssanitäterinnen und -sanitätern in einer Weiterbildung erworben werden. Sollte die Situation lebensbedrohlich und/oder komplex sein, können die Rettungssanitäterinnen und -sanitäter jederzeit eine höher qualifizierte Fachperson (z. B. eine diplomierte Fachfrau/einen diplomierten Fachmann Anästhesie oder eine Ärztin/einen Arzt) beziehen bzw. wird schon beim Einsatz eine entsprechende Fachperson aufgeboten. Die ärztliche Leitung des Rettungsdienstes erlässt die notwendigen Handlungsrichtlinien und trägt die Endverantwortung für die Anwendung von Zwangsmassnahmen. Missbräuche können durch die Meldepflicht an den Kantonsarzt/die Kantonsärztin vermieden werden (§ 40 Abs. 4). Eine weitergehende gesetzliche Regelung würde den Handlungsspielraum beim Rettungseinsatz vor Ort unnötig einschränken und ausserdem – ohne die Patientensicherheit zu erhöhen – zu erhöhten Vorhalteleistungen beim Personal und damit höheren Kosten führen.

6.2. Ergänzung der psychiatrischen Versorgung im Kanton Zug (§ 51)

Die meisten Gemeinden, die Psychiatrische Klinik Zugersee und weitere Vernehmlassungsteilnehmende begrüssen die Ergänzung des ambulanten psychiatrischen Angebotes durch Tagesangebote ausdrücklich.

Abgrenzung zu den gemeindlichen Versorgungsaufträgen

Eine Gemeinde äusserte Bedenken, dass die Abgrenzung zwischen den gemeindlichen und kantonalen Aufgaben in der Gesundheitsversorgung verwischt würde, insbesondere in Bezug auf die Finanzierung von Pflegeleistungen und von teilstationären Angeboten. So werde davon ausgegangen, dass die Sicherstellung der ambulanten psychiatrischen Versorgung durch den Kanton (§ 51 Abs. 1) auch die psychiatrische Spitex und einen Teil der Patientinnen und Patienten im Tagesheim Baar umfasse.

Der Kanton stellt die psychiatrische Versorgung im ärztlich-medizinischen Bereich sicher. Dazu zählen auch therapeutische und pflegerische Leistungen, die in einem tagesambulanten Setting unter ärztlicher Aufsicht erbracht werden (sog. delegierte Leistungen). Ebenso ist der (gerontopsychiatrische) Konsiliardienst des APD dazu zu zählen. Da der Kanton das ambulante psychiatrische Angebot der freischaffenden Fachärztinnen und -ärzte lediglich ergänzt, sind diese in ihrer Berufsausübung nicht betroffen.

Die psychiatrische Spitex hingegen erbringt – selbstständig und komplementär zur ärztlich-medizinischen Versorgung – ärztlich verordnete psychiatrische Pflegeleistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 Bst. b Ziff. 13 und 14 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (SR 832.112.31). Die rein pflegerischen und betreuenden Leistungen in Tagesstrukturen in Pflegeheimen zählen ebenso zu diesen komplementären Pflegeleistungen, deren Restkosten die Gemeinden finanzieren.

Abgrenzungsfragen stellen sich angesichts dieser Ausgangslage keine. Daran ändert auch die Ergänzung von § 51 Abs. 1 nichts.

Freiwerdende Kapazitäten im APD

Eine Vernehmlassungsteilnehmerin stellte fest, dass die Pflegeheime und die Bewohnenden schon heute durch den APD unterstützt werden. Dies sowohl für Behandlungen und Beratungen in-house als auch für Beratungen in den Heimen. Die notwendige Stellenaufstockung beim APD sei zurzeit durch das Entlastungsprogramm des Kantons gefährdet. Die nach dem Aufbau eines Tagesambulatoriums allenfalls beim APD frei werdenden Ressourcen müssten dann für die Beratung in der Gerontopsychiatrie und im Demenzbereich eingesetzt werden.

Der Aufbau eines Tagesambulatoriums wird nicht zu einer Entlastung im ambulanten Bereich führen. Die Entlastung soll vielmehr im stationären Bereich erfolgen. Nach dem Grundsatz «ambulant vor teilstationär vor stationär» wird der Druck auf den APD hoch bleiben oder sogar noch steigen. Zusätzliche Kapazitäten für die – anerkannt wichtige – Beratung in der Gerontopsychiatrie und im Demenzbereich werden durch ein Tagesambulatorium somit nicht frei.

Aufzählung spezifischer Angebote zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung

Betreffend Nennung von spezifischen Angeboten zur Sicherstellung der ambulanten psychiatrischen Versorgung in § 51 Abs. 1 gingen divergierende Anträge ein. Einerseits wurde geltend gemacht, der generelle Auftrag zur Sicherstellung der ambulanten psychiatrischen Versorgung genüge; der Hinweis auf Tagesangebote sei zu streichen. Andererseits wurde gefordert, dass neben den Tagesangeboten auch die mobilen Konsiliar- und Liaisondienste ausdrücklich zu erwähnen seien.

Mobile Angebote sind eine Form der ambulanten Behandlung und deshalb vom vorliegenden Gesetzestext miterfasst. Die spezielle Erwähnung der Tagesangebote als teilstationäre Angebote erfolgt in Nachachtung der Forderung der Staatswirtschaftskommission, dass für die Erteilung eines entsprechenden Leistungsauftrags eine explizite gesetzliche Grundlage erforderlich ist. Auf diesen Hinweis kann folglich nicht verzichtet werden. Konkrete Formen der ambulanten Leistungserbringung (Praxiskonsultation, Konsiliar- und Liaisondienst, Home Treatment etc.) sind jedoch im Leistungsauftrag zu spezifizieren. Eine abschliessende Aufzählung im Gesetzestext wäre angesichts der fortlaufenden Entwicklung im medizinischen Bereich nicht zweckmässig.

Kostenkontrolle bei der Auslagerung von Aufgaben an Dritte

Eine Vernehmlassungsteilnehmerin befürchtet, dass mit der Aufgabenübertragung an Dritte (§ 51 Abs. 2) die Kontrolle über die Kosten verloren geht. Es bestehe die Gefahr, dass teures Personal immer mehr Aufgaben übernehme oder selbst neue Aufgaben schaffe, was zu Kostensteigerungen führe.

Die Ermächtigung, Aufgaben zur Sicherstellung der ambulanten psychiatrischen Versorgung an Dritte zu übertragen, wird im Hinblick auf das Projekt Integrierte Psychiatrie im Rahmen des Psychiatriekonkordates geschaffen (s. Ziff. 3.3). Das gemeinsame Vorgehen mit den Kantonen Uri und Schwyz ermöglicht eine besser abgestimmte Leistungserbringung. Die Erteilung der Leistungsaufträge wird im Psychiatriekonkordat geregelt (separate Vorlage).

Bedarf an innerkantonalen Plätzen in einem Tagesambulatorium

Eine Vernehmlassungsteilnehmerin bemängelte, dass aus dem Antrag zu wenig hervorgehe, wie der Bedarf an 12 Plätzen (8 für Erwachsene, 4 für Kinder/Jugendliche) ermittelt worden sei. Es wird empfohlen, vor dem Aufbau eines neuen Angebotes eine detaillierte Bedarfsanalyse zu erstellen. Falls ein Bedarf nachgewiesen werden könne, seien ausserkantonale Angebote zu

favorisieren. Bei ambulanten Angeboten sei eine gewisse Entfernung zwischen Wohn- und Therapieort zumutbar. So befänden sich in grösseren Kantonen solche Tagesambulatorien in grösseren Städten, was für die ländliche Bevölkerung automatisch einen längeren Anfahrtsweg bedeute.

Die Anzahl der Behandlungsplätze wurde aufgrund von Vergleichen mit den Kantonen Luzern und Thurgau geschätzt – unter Berücksichtigung der dort bestehenden Anzahl Plätze in den Tagesangeboten sowie der Bevölkerungsgrösse. Eine epidemiologisch populationsbezogene Bedarfsanalyse wäre angesichts der kleinen Zahlen im Kanton Zug nicht sinnvoll.

Für Erwachsene ist die Inanspruchnahme von ausserkantonalen Angeboten nicht von Vorteil, da eine innerkantonale Lösung in Zusammenarbeit mit der Psychiatrischen Klinik Zugersee möglich ist (es wird also kein eigenes Angebot aufgebaut). Dies ermöglicht die volle Nutzung der betrieblichen Synergien.

Für Kinder und Jugendliche wäre eine ausserkantonale Kooperation grundsätzlich erwünscht. Leider sind aber alle bestehenden Angebote ausgelastet und bieten deshalb nur in Einzelfällen Plätze für ausserkantonale Patientinnen und Patienten (Bsp. Tagesklinik Luzern, Tagesklinik Kriens).

Schliesslich gilt der Grundsatz, dass tagesambulante Angebote möglichst wohnortsnah angesiedelt sein sollen, insbesondere, wenn es sich um Angebote für akut schwer Erkrankte handelt, denen eine längere Anreise nicht zuzumuten ist. Wichtige Vorteile sind zudem die Nähe zum Wohn- und Arbeitsort (bei Teil-Arbeitsfähigkeit bzw. schrittweiser Reintegration in den Arbeitsprozess) oder die Möglichkeit des Einbezugs der Eltern in die Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

6.3. Beiträge an Ausbildungsbetriebe (§ 29 Abs. 1)

Alle Gemeinden und die anderen Vernehmlassungsteilnehmenden, die sich zu dieser Gesetzesänderung äusserten, begrüssen die Möglichkeit zur Ausrichtung von Beiträgen an die Betriebe des Gesundheitswesens, um die Ausbildung zu fördern.

Formelle Ausbildungsverpflichtung

Eine Gemeinde schlug vor zu prüfen, ob die Ausrichtung der Betriebsbeiträge von einer noch zu definierenden Anzahl Ausbildungsabschlüssen abhängig gemacht werden solle. Dies würde die Motivation der Betriebe zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungsplätze erhöhen.

Diesen Weg gehen andere Kantone. So haben die Kantone Bern, Luzern, Aargau und Zürich ein Bonus/Malus-System in verschiedener Ausgestaltung für die Betriebe des Gesundheitswesens betreffend Ausbildung von Medizinal- und/oder Gesundheitsberufen eingeführt. Der Kern dieser Systeme besteht in der (gesetzlichen) Verpflichtung der Betriebe, eine bestimmte Anzahl Lernende in den verschiedenen Berufen auszubilden. Die Nichterfüllung dieser Verpflichtung hat finanzielle Konsequenzen (z. B. Kürzung der Beiträge oder Bezahlung einer Busse). Eine Umfrage der Gesundheitsdirektion bei allen Zuger Spitälern, Kliniken, Pflegeheimen und der Spitexbetriebe betreffend Ausbildung von Pflegefachpersonal vor zwei Jahren hat gezeigt, dass alle Betriebe genügend Lernende ausbilden. Aus diesem Grund und im Hinblick auf einen unbürokratischen und pragmatischen Ansatz besteht kein Bedarf an einer zusätzlichen gesetzlichen Grundlage für ein Bonus/Malus-System.

Unterstützung weiterer Berufe im Gesundheitswesen

Sowohl die Zuger Apotheken als auch der Schweizerische Hebammenverband beantragen, mit Beiträgen an die Ausbildung unterstützt zu werden. Beide Verbände machen auf die Rolle ihres Berufes in der Grundversorgung und einen kommenden Fachkräftemangel aufmerksam, welche einen Beitrag rechtfertigen würden.

Gemäss vorliegendem Gesetzesentwurf liegt es in der Kompetenz des Regierungsrats, für die Ausbildung von Berufen, bei welchen ein akuter Mangel droht und welche die Voraussetzungen gemäss § 29 Abs. 1 erfüllen, Betriebsbeiträge zu sprechen und über das Budget durch den Kantonsrat genehmigen zu lassen.

Eine Vernehmlassungsteilnehmende – welche die Unterstützung der ausbildenden Betriebe grundsätzlich begrüsst – schlägt vor, anstelle der kantonalen Beiträge ein steuerliches Anreizsystem zu prüfen.

Sowohl die Spitex Kanton Zug als auch die allermeisten Pflegeheime sind aufgrund ihrer gemeinnützigen Tätigkeit steuerbefreit. Steuerliche Anreize sind somit keine Alternative zu den Betriebsbeiträgen.

7. Inkrafttreten

Der Regierungsrat bestimmt den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderungen. Der Erlass von ausführenden Verordnungen ist nicht erforderlich.

8. Finanzielle Auswirkungen und Anpassungen von Leistungsaufträgen

8.1. Finanzielle Auswirkungen auf den Kanton

8.1.1. Regelung des Rettungswesens im Kanton Zug (§§ 50a – 50e)

Die neuen Bestimmungen haben keine direkten personellen und finanziellen Auswirkungen. Der RDZ erfährt als Folge der neuen Rechtsgrundlagen keine personelle Aufstockung. Andere finanzielle Auswirkungen lassen sich zurzeit nicht abschätzen. Aufgrund der verbesserten Rechtsgrundlagen können zwar Leistungsvereinbarungen mit Dritten abgeschlossen werden, die neue Ausgaben zur Folge haben könnten (§§ 50b und 50c). Es sind jedoch zurzeit – neben der bereits bestehenden Leistungsvereinbarung zur Nummer 144 (§ 50c) – keine weiteren Vereinbarungen vorgesehen. Ebenfalls die Kosten bei Verpflichtungen zur Einsatzleistung bei rettungsdienstlichen Grosseinsätzen (§ 50e) bzw. bei ausserordentlichen Ereignissen (§§ 19 und 28) lassen sich – selbstredend – nicht abschätzen. Aufgrund von § 50e Abs. 2 in Verbindung mit § 7 Abs. 2 des Nebenamtsgesetzes würde eine Einsatzstunde pro Person rund Fr. 90.– kosten. Die zusätzlichen finanziellen Aufwände werden gestützt auf die Erfahrungen der letzten Jahre auf unter Fr. 1000.– pro Jahr geschätzt und sind damit vernachlässigbar.

8.1.2. Ergänzung der psychiatrischen Versorgung im Kanton Zug (§ 51)

Aufgrund interkantonaler Vergleichszahlen ist für Halbtages- bzw. Tagesangebote zur Behandlung von akut psychisch erkrankten Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen im Kanton Zug mit einem ersten Bedarf von rund 8 Behandlungsplätzen für Erwachsene und 4 für Kinder und Jugendliche zu rechnen. Der Bedarf wurde ausgehend von den Bevölkerungszahlen und den Kennzahlen von vergleichbaren Angeboten in den Kantonen Luzern und Thurgau für den Kanton Zug berechnet.

Krankenversicherungsrechtlich gilt ein Aufenthalt in einem Tagesambulatorium als ambulante Behandlung (Art. 5 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung in der Krankenversicherung [VKL; SR 832.104]). Neben den ärztlichen Leistungen können auch bestimmte therapeutische und pflegerische Leistungen, die unter ärztlicher Aufsicht erbracht werden, abgerechnet werden (sog. delegierte Leistungen). Entsprechend übernehmen die Krankenversicherer basierend auf den vereinbarten Tarifen die Kosten für die Behandlung.

Eine Pflicht zur Kostenbeteiligung des Kantons besteht im Gegensatz zu stationären Behandlungen nicht.

Die Betriebskosten von Halbtages- und Tagesangeboten zur psychiatrischen Behandlung können jedoch erfahrungsgemäss nur zu 50 Prozent durch die Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung gedeckt werden, so dass die ungedeckten Kosten durch den Kanton übernommen werden müssen. Für die Gemeinden fallen lediglich bei den schulpflichtigen Kindern und Jugendlichen 50 Prozent der Schulkosten an. Die zu erwartenden Kosten für den Kanton Zug werden nachfolgend gestützt auf die Betriebskosten und Tarife von Institutionen im Kanton Uri (sozialpsychiatrische Tagesklinik für Erwachsene) und im Kanton Luzern (Kinderpsychiatrische Therapiestation und Tagesklinik Kriens [KPS]) geschätzt.

Kosten Tagesambulatorium Erwachsene²:

8 Behandlungsplätze, 240 Tage/Jahr, 80% Auslastung			
Tagespauschale	Fr. 422.– (x 8 x 240 x 0.8)		Fr. 648'000.–
Davon Tarif Versicherer	Fr. 190.–/Tag	Fr. 291'500.–	
Ungedeckte Kosten	Fr. 232.–/Tag	Fr. 356'500.–	

Kosten Tagesambulatorium Kinder und Jugendliche³:

4 Behandlungsplätze, 240 Tage/Jahr, 80% Auslastung			
Tagespauschale	Fr. 702.– (x 4 x 240 x 0.8)		Fr. 539'000.–
Davon Tarif Versicherer	Fr. 316.–	Fr. 242'500.–	
Ungedeckte Kosten	Fr. 386.–	Fr. 296'500.–	
Schulkosten ⁴ pro Tag	Fr. 290.– (x 4 x 240 x 0.8)		Fr. 223'000.–
Davon Anteil Kanton	Fr. 145.– (50 %)	Fr. 111'500.–	
Anteil Gemeinde	Fr. 145.– (50 %)	Fr. 111'500.–	
Total Betriebskosten Tagesambulatorium K+J			Fr. 762'000.–

Total geschätzte Kosten für den Kanton Zug	
Tagesambulatorium Erwachsene, Kinder und Jugendliche	Fr. 764'500.–

Es kann davon ausgegangen werden, dass ein Tag in einem Tagesambulatorium rund 20-30 Prozent günstiger ist als bei einem stationären Aufenthalt. Die Tagespauschale für Erwachsene beträgt beispielsweise in der Psychiatrischen Klinik Zugersee Fr. 600.–, im Tagesambulatorium hingegen Fr. 422.– (Beispiel Uri). In der Annahme, dass die Tagespatienten sonst in der Klinik behandelt werden müssten, ergibt sich in der Erwachsenenpsychiatrie so eine jährliche Einsparung von $(Fr. 600.– \cdot 422.–) \times 365 \text{ Tage} \times 8 \text{ Plätze} = Fr. 520'000.–$ (davon Kanton Fr 285'000.–, Krankenversicherer Fr. 235'000.–). Allerdings wird diese Einsparung von der Mengenentwicklung mindestens teilweise überlagert, da der Bedarf an psychiatrischen Leistungen generell im Steigen begriffen ist.

² Schätzung gestützt auf den Tarif der Krankenversicherer und die Tagespauschale der Sozialpsychiatrischen Tagesklinik für Erwachsene Kanton Uri.

³ Schätzung gestützt auf den Tarif der Krankenversicherer und die Tagespauschale der Kinderpsychiatrischen Therapiestation und Tagesklinik Kriens (KPS) sowie der Tagespauschale für Schulkosten im Kanton Luzern.

⁴ Bei Sonderschulungen im Zusammenhang mit medizinischen Massnahmen gelten die normalen Schulferien nicht. So findet z. B. der Unterricht im Kinderspital Zürich auch in den Schulferien statt. Die 240 Tage berücksichtigen vier Wochen Ferien und die allgemeinen Feiertage.

Noch wichtiger sind jedoch die Einsparungen bei den durch die psychische Erkrankung verursachten indirekten Kosten, die oft ein Vielfaches der direkten Behandlungskosten betragen. Bei einer tagesambulantem Behandlung können z. B. eine Teilarbeitsfähigkeit und damit die soziale Integration erhalten und eine Erwerbsunfähigkeit verhindert werden.

8.1.3. Beiträge an Ausbildungsbetriebe (§ 29 Abs. 1)

Vergleicht man die Angaben der Betriebe der Langzeitpflege und der Spitex zu den Ausbildungsleistungen und die vom Kanton ausbezahlten Beträge im Referenzjahr 2012, so ergibt sich, dass ein Drittel der Lernenden ausserkantonalem Wohnsitz hatte. Für die Jahre 2015 und 2016 hat der Regierungsrat Fr. 287'000.– für die Betriebsbeiträge an die Ausbildungsleistungen budgetiert. Der Beschluss des Regierungsrats betreffend Betriebsbeiträge ist bis Ende 2016 befristet. Ob die Massnahme weitergeführt wird, entscheidet der Regierungsrat nach Vorliegen der Evaluation der Gesundheitsdirektion unter dem Vorbehalt der Genehmigung des Budgets durch den Kantonsrat. In der Finanztabelle wird von der Weiterführung der Massnahme ausgegangen. Entsprechend wird sich der Betrag ab dem Jahr 2017 auf Fr. 430'500.– erhöhen.

Die finanzielle Unterstützung der Ausbildung weiterer Berufe im Gesundheitswesen ist nicht vorgesehen, da kein akuter Fachkräftemangel auszumachen ist (die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten wird gestützt auf § 6 Abs. 1 Bst. b Spitalgesetz gefördert, die Ausbildung von Pflegefachkräften in den Spitälern und Kliniken wird über die stationären Tarife gemäss Krankenversicherungsgesetz abgegolten).

8.1.4. 90-Tage-Dienstleistende (§ 7 Abs. 1)

Die Anpassung an Bundesrecht hat keine finanziellen Folgen für den Kanton Zug.

8.1.5. Zusammenfassung der finanziellen Auswirkungen auf den Kanton

Bei Annahme aller Gesetzesänderungen und einer Zustimmung des Kantonsrats zum entsprechenden Budget in den Bereichen der ambulanten psychiatrischen Versorgung und der Ausbildungsbeiträge ergeben sich folgende (geschätzte) Netto-Mehraufwendungen pro Jahr gegenüber den budgetierten Werten (gerundet):

	Gesamtaufwand	./. Budget	Netto-Mehraufwand
Ambulante psychiatrische Versorgung			Fr. 764'500.–
Kantonale Ausbildungsbeiträge an Institutionen der Langzeitpflege und die Spitex (§ 29 Abs. 1)	Fr. 430'500.–	Fr. 287'000.–	Fr. 143'500.–
Total			Fr. 908'000.–

A	Investitionsrechnung	2015	2016	2017	2018
1.	Gemäss Budget oder Finanzplan: bereits geplante Ausgaben				
	bereits geplante Einnahmen				
2.	Gemäss vorliegendem Antrag: effektive Ausgaben				
	effektive Einnahmen				
B	Laufende Rechnung (nur Abschreibungen auf Investitionen)				
3.	Gemäss Budget oder Finanzplan: bereits geplante Abschreibungen				
4.	Gemäss vorliegendem Antrag: effektive Abschreibungen				
C	Laufende Rechnung (ohne Abschreibungen auf Investitionen)				
5.	Gemäss Budget oder Finanzplan: bereits geplanter Aufwand		287'000.–	287'000.–	287'000.–
	bereits geplanter Ertrag				
6.	Gemäss vorliegendem Antrag: effektiver Aufwand				
	<i>Amb. psychiatrische Versorgung*</i>				
	<i>Ungedeckte Kosten Erwachsene</i>		0.–	222'812.–	356'500.–
	<i>Ungedeckte Kosten K+J</i>		0.–	148'250.–	296'500.–
	<i>Schulkosten K+J</i>		0.–	55'750.–	111'500.–
	<i>Kant. Ausbildungsbeiträge**</i>		**287'000.–	430'500.–	430'500.–
	effektiver Ertrag				

* Inkrafttreten August 2016, anschliessend schrittweiser Aufbau ab 2017, wobei in den jeweiligen Jahren voraussichtlich mit der folgenden Anzahl Behandlungsplätze zu rechnen ist:

Tagesambulatorium Erwachsene: 2016 null, 2017 fünf und ab 2018 acht Behandlungsplätze

Tagesambulatorium K+J: 2016 null, 2017 zwei und ab 2018 vier Behandlungsplätze

** Die Ausweitung auf Lernende mit ausserkantonalem Wohnsitz wird frühestens ab 2017 nach erneutem Beschluss des RR finanzwirksam.

8.2. Finanzielle Auswirkungen auf die Gemeinden

In medizinischen Einrichtungen werden die anfallenden Kosten für die Beschulung der Kinder und Jugendlichen, d. h. die reinen «Schulgelder», je hälftig vom Kanton und der betroffenen

Gemeinde getragen. Die Kantons- und Gemeindebeiträge werden in Form von Pauschalen gewährt und in Leistungsvereinbarungen geregelt, die vom Regierungsrat genehmigt werden.

Ausgehend von den Schulkosten in der Kinderpsychiatrischen Therapiestation und Tagesklinik Kriens im Kanton Luzern wurde vorliegend mit einer Pauschale von Fr. 290.– pro Tag gerechnet. Dieser Betrag stellt ein oberstes Limit dar. Bei 4 Behandlungsplätzen und einer durchschnittlichen Auslastung von 80 Prozent ergeben sich Kosten in Höhe von Fr. 111'500.– für die Gemeinden (siehe auch oben Ziff. 8.1.2). Die Kosten entwickeln sich entsprechend der Anzahl Behandlungsplätze (2016: Fr. 0.– / 2017: Fr. 55'750.– / ab 2018: Fr. 111'500.–)

8.3. Anpassungen von Leistungsaufträgen

Diese Vorlage hat keine Anpassungen von Leistungsaufträgen zur Folge.

9. Zeitplan

24. September 2015	Kantonsrat, Kommissionsbestellung
November / Dezember 2015	Kommissionssitzung(en)
Januar 2016	Kommissionsbericht
Februar 2016	Beratung Staatswirtschaftskommission
Februar 2016	Bericht Staatswirtschaftskommission
April 2016	Kantonsrat, 1. Lesung
Juni 2016	Kantonsrat, 2. Lesung
Juni 2016	Publikation Amtsblatt
August 2016	Ablauf Referendumsfrist
	Allfällige Volksabstimmung, ansonsten Inkrafttreten

10. Antrag

Es sei auf die Vorlage 2547.2 - 15011 einzutreten und ihr zuzustimmen.

Zug, 1. September 2015

Mit vorzüglicher Hochachtung
Regierungsrat des Kantons Zug

Der Landammann: Heinz Tännler

Die stv. Landschreiberin: Renée Spillmann Siegwart