



**Postulat von Patrick Iten und Klemens Iten
betreffend Förderung der ärztlichen Grundversorgung in ländlichen Gemeinden des Kantons Zug**

(Vorlage Nr. 3893.1 - 18076)

Bericht und Antrag des Regierungsrats
vom 24. März 2026

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Am 10. März 2025 reichten Patrick Iten und Klemens Iten ein Postulat ein, mit dem der Regierungsrat eingeladen wird, Massnahmen zur Förderung der ärztlichen Grundversorgung in ländlichen Gemeinden des Kantons Zug zu prüfen. Der Kantonsrat überwies das Postulat dem Regierungsrat am 27. März 2025 zur Antragstellung.

Unseren Bericht gliedern wir wie folgt:

1. In Kürze	2
2. Ausgangslage	2
3. Zu den vorgeschlagenen Massnahmen	2
3.1. Anreize für Hausärzte	2
3.2. Innovative Versorgungsmodelle	5
3.3. Unterstützung bei Praxisgründung und -führung	5
3.4. Förderung von Kooperation und Vernetzung	5
3.5. Förderung der Aus- und Weiterbildung medizinischer Fachkräfte	6
4. Haltung des Regierungsrats	7
5. Antrag	8

1. In Kürze

Die Postulanten laden den Regierungsrat ein, diverse Massnahmen zur Förderung der medizinischen Grundversorgung in ländlichen Zuger Gemeinden zu prüfen und geeignete Schritte zur Umsetzung einzuleiten. Der Regierungsrat beurteilt die vorgeschlagenen Massnahmen aus rechtlichen, wirtschaftspolitischen und praktischen Gründen überwiegend kritisch. Im Rahmen der geplanten Revision des Gesundheitsgesetzes will der Regierungsrat jedoch eine Grundsatznorm zur Förderung der Grundversorgung und eine Kompetenzgrundlage für befristete Kantons- und Gemeindebeiträge prüfen. Er beantragt deshalb die Teilerheblicherklärung des Postulats.

2. Ausgangslage

Artikel 117a der Bundesverfassung (BV; SR 101) verpflichtet seit seiner Annahme in der Volksabstimmung vom 18. Mai 2014 den Bund und die Kantone, im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität zu sorgen. Das Gesetz über das Gesundheitswesen im Kanton Zug (Gesundheitsgesetz, GesG; BGS 821.1) enthält bisher keine spezifischen Bestimmungen zur Förderung der medizinischen Grundversorgung.

Verschiedene im Postulat aufgeworfene Fragen sind gegenwärtig Gegenstand von Arbeiten auf Bundesebene. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat im November 2024 im Rahmen des Forums medizinische Grundversorgung die Erarbeitung der «Agenda Grundversorgung» in Auftrag gegeben.¹ Unter der Federführung des Bundesamts für Gesundheit erarbeiteten Vertreterinnen und Vertreter aus zahlreichen Organisationen - darunter Leistungserbringer, Berufsorganisationen, Patientenorganisationen, Versicherer sowie Vertreterinnen und Vertreter von Bund, Kantonen und Gemeinden - Massnahmen in zwei Handlungsfeldern: der Sicherstellung einer zukunftsfähigen, innovativen Versorgungsorganisation einerseits sowie der Nachwuchsförderung und Verbesserung der Arbeitsbedingungen andererseits. Der Fachbericht wurde im Dezember 2025 verabschiedet.

Der Bericht erwähnt die Kantone zwar bei verschiedenen Massnahmen - etwa beim Ausbau von Praxisassistentenstellen, bei der Nachwuchsförderung in unterversorgten Fachgebieten sowie bei der Stärkung der Grundversorgung in ländlich-peripheren Gebieten. Dabei kommt ihnen jedoch überwiegend eine flankierende Rolle zu; die Hauptverantwortung liegt jeweils bei Leistungserbringern, Berufsverbänden oder dem Bund. Die verbindliche Roadmap mit Prioritätensetzung und Zuweisung der Federführung soll dem Bundesrat im Juni 2026 unterbreitet werden.

3. Zu den vorgeschlagenen Massnahmen

3.1. Anreize für Hausärzte

Das Postulat regt Anreize für Hausärztinnen und Hausärzte an, die sich in ländlichen Gemeinden des Kantons Zug niederlassen oder dort tätig bleiben. Weiter sollen Stipendien oder Rückzahlungsmodelle für Medizinstudierende eingeführt werden, die sich im Gegenzug zu einer befristeten Tätigkeit in ländlichen Zuger Gemeinden nach Studienabschluss verpflichten.

¹ www.bag.admin.ch/de/agenda-grundversorgung (Stand 12. März 2026)

Mit Anreizen für Ärztinnen und Ärzte dürften in erster Linie finanzielle oder andere geldwerte Beiträge der öffentlichen Hand gemeint sein. Da der Staat damit in das bestehende ärztliche Angebot eingreifen würde, müssen die Vorteile und Nachteile sowie die rechtlichen Implikationen einer solchen Intervention sorgsam gegeneinander abgewogen werden.

So würde die Einführung eines solchen Anreizsystems Fragen insbesondere in Bezug auf die Wirtschaftsfreiheit und das damit verbundene Gleichbehandlungsgebot aufwerfen. Denn Anreizsysteme schaffen zwangsläufig Differenzierungen. Solche Unterscheidungen müssen sachlich begründet sein, was eine klare Definition der Anspruchsvoraussetzungen erfordert. Mit der Festlegung, welche Ärztinnen und Ärzte eine finanzielle Unterstützung erhalten, wird gleichzeitig auch der Kreis jener Mitbewerberinnen und -bewerber bestimmt, die leer ausgehen. Erhält beispielsweise in derselben Gemeinde eine Hausarztpraxis Unterstützung durch die öffentliche Hand, eine andere hingegen nicht, stellt sich die Frage, ob der Staat durch die selektive Förderung rechtmässig in den Wettbewerb zwischen den Anbietern eingreift oder ob er damit den Grundsatz der Gleichbehandlung der Konkurrenten verletzt.

Wie jedes staatliche Handeln unterliegen Beiträge der öffentlichen Hand einerseits den verfassungsrechtlichen Anforderungen des Rechtsstaatsprinzips (Art. 5 BV): Gesetzmässigkeit, öffentliches Interesse, Verhältnismässigkeit und Treu und Glauben. Andererseits können Staatsbeiträge auch mit der Wirtschaftsfreiheit in Konflikt geraten, namentlich mit dem Gebot der Wettbewerbsneutralität (Art. 27 und 94 BV), soweit sie bestehende Strukturen konservieren oder den Wettbewerb verzerren. Auch gegenüber Anbietern auf dem Gebiet der ambulanten Versorgung haben sich der Kanton und die Gemeinden wettbewerbsneutral zu verhalten und diese gleich zu behandeln, soweit sie zueinander in direkter Konkurrenz stehen. Ob und unter welchen Voraussetzungen Anreize der öffentlichen Hand rechtlich überhaupt zulässig sind, hängt somit nicht nur davon ab, ob dafür eine gesetzliche Grundlage besteht, sondern es muss auch gewährleistet werden, dass die Vorteile rechtsgleich gewährt werden.

Auch mit Blick auf die praktische Umsetzung eines Anreizsystems bestehen Unklarheiten. So ist kaum vorauszusagen, in wie vielen Fällen ein finanzieller Anreiz tatsächlich zur Ansiedlung beziehungsweise zur Weiterführung einer Arztpraxis führt, und wie oft es stattdessen zu blossen Mitnahmeeffekten kommt. Dies wäre beispielsweise dann der Fall, wenn um finanzielle Unterstützung angesucht wird, obwohl der Betrieb auch ohne solche Beiträge eröffnet oder weitergeführt werden könnte. Für die zuständige Behörde wird es kaum möglich sein, zuverlässig zu beurteilen, welche Absichten und alternativen Handlungsoptionen für den Fall einer Ablehnung eines Beitragsgesuchs tatsächlich bestehen. Entsprechend gross ist die Gefahr, dass zumindest ein Teil der gesprochenen Mittel nicht die gewünschte Wirkung erzeugen würde.

Sofern nicht nur die Ansiedlung neuer Praxen gefördert, sondern auch bestehende Praxen finanziell unterstützt werden sollen, könnten zudem nötige Strukturreformen erschwert werden. So kann die staatliche Förderung bestehender Leistungserbringer eine erhebliche Eintrittsbarriere für neue Anbieter darstellen. Wird beispielsweise in einer Gemeinde eine Arztpraxis bereits von der öffentlichen Hand unterstützt, ist nicht davon auszugehen, dass sich neben dieser noch eine weitere Praxis ansiedeln wird, ohne ebenfalls finanzielle Unterstützung zu erhalten. Beginnen in der Folge mehrere Anbieter, ihre Geschäftsmodelle auf das Anreizsystem auszurichten, kann dies langfristig dazu führen, dass solche Beiträge kaum noch verweigert werden können, selbst wenn das ursprüngliche Ziel erreicht wurde.

Der Regierungsrat bestreitet nicht, dass finanzielle Anreize - abhängig von der konkreten Höhe - ein Mittel sein können, um die Ansiedlung neuer Betriebe an einem bestimmten Ort zu fördern oder von der Schliessung bedrohte Praxen aufrechtzuerhalten. Wo die medizinische

Grundversorgung ansonsten nicht mehr gewährleistet wäre, kann der Nutzen solcher Lenkungsmaßnahmen die damit verbundenen Nachteile überwiegen. Doch die mit der Schaffung eines Anreizsystems verbundenen rechtlichen und praktischen Herausforderungen wären ausserordentlich hoch und die Vor- und Nachteile eines solchen ersten Schritts in Richtung Verstaatlichung der ambulanten Versorgung sind sorgfältig gegeneinander abzuwägen.

Bei den im Postulat des Weiteren vorgeschlagenen Stipendien oder Rückzahlungsmodellen für Medizinstudierende handelt es sich ebenfalls um einen auf monetären Vorteilen beruhenden Ansatz. Im Gegensatz zu den Anreizen für vollständig ausgebildete Ärztinnen und Ärzte würde hier die finanzielle Entschädigung jedoch bereits viele Jahre vor der allfälligen Aufnahme der Tätigkeit ausgerichtet. Die Dauer der ärztlichen Weiterbildung beträgt drei Jahre für die Weiterbildung zum Praktischen Arzt / zur Praktischen Ärztin und mindestens fünf oder sechs Jahre für die anderen Facharzttitle. Da ein solcher Titel im Durchschnitt um das 37. Altersjahr² erworben wird, läge zwischen dem Moment der Ausrichtung der ersten Stipendien bei Aufnahme des Grundstudiums und der effektiven Tätigkeitsaufnahme in einer ländlichen Gemeinde nicht selten ein Zeitraum von etwa 15 Jahren.

Kommt es dann doch nicht zu einer Tätigkeit in einer ländlichen Gemeinde des Kantons Zug, müssten diese Stipendien zurückbezahlt werden, was mit erheblichen finanziellen Risiken für die Betroffenen einherginge. Es wäre zu regeln, was etwa im Fall eines Studienwechsels, eines Studienabbruchs beziehungsweise einer Arbeitsunfähigkeit oder beruflichen Neuorientierung nach Studienabschluss gelten sollte. Die Frage der Rückzahlung würde sich aber nicht nur in den vorstehend genannten Fällen stellen: Das Arztdiplom, welches mit dem Staatsexamen erworben wird, berechtigt noch nicht zur Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung. Nach dem Erwerb des Diploms folgt zunächst eine Phase der Weiterbildung mit dem Ziel, einen Weiterbildungstitel zu erwerben (Facharzttitle). Auch in der Grundversorgung kann nur mit einem entsprechenden Weiterbildungstitel eine Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung aufgenommen werden. Was wäre die Konsequenz davon, wenn sich die Stipendiatin oder der Stipendiat im Rahmen der Weiterbildung für eines der zahlreichen medizinischen Spezialgebiete entscheidet, das in ländlichen Regionen nicht in grösserem Ausmass nachgefragt ist (Orthopädie, Neurochirurgie, Anästhesiologie usw.)? In diesen Fällen wäre es höchst unwahrscheinlich, dass sich diese Personen langfristig als Grundversorgerinnen und Grundversorger in einer ländlichen Gemeinde niederlassen würden, was wohl zur Folge hätte, dass die Stipendien zurückgefordert werden müssten und dies in einem Zeitpunkt, in dem die finanziellen Verhältnisse der betroffenen Personen eine Rückzahlung kaum je zulassen würden. Eine Verpflichtung für eine derart lange Zeit dürfte für die meisten Studierenden unattraktiv sein und wäre für die öffentliche Hand mit langjährigem Verwaltungs- und Kontrollaufwand verbunden.

Darüber hinaus ist auch Folgendes zu beachten: Die neue Form von Stipendien würde in das bestehende Stipendienwesen eingreifen, denn die Ausrichtung der von den Postulanten geforderten Stipendien hätte Einfluss auf die Berechtigung zum Erhalt ordentlicher Stipendien. Profitieren würden wohl primär Studierende ohne Anspruch auf ordentliche Stipendien, während Studierende mit Anspruch ihre Stipendien ohne Verpflichtung nicht gegen Stipendien mit Verpflichtung eintauschen würden.

Aus den vorstehend genannten Gründen erscheint die Ausrichtung von Sonderstipendien für Medizinstudierende, verbunden mit einer Verpflichtung, nach Erhalt des Weiterbildungstitels in einer ländlichen Gemeinde des Kantons Zug tätig zu werden, als ungeeignetes Mittel.

² Statistikbericht «Ärztinnen und Ärzte 2024» des BAG, Mai 2025, S. 6, abrufbar unter www.bag.admin.ch > Services > Zahlen & Statistiken > Berufe im Gesundheitswesen: Statistiken > Statistiken Ärztinnen und Ärzte (12. März 2026).

3.2. Innovative Versorgungsmodelle

Das Postulat regt die Förderung und Implementierung neuer Versorgungsmodelle zur Verbesserung der medizinischen Erreichbarkeit an. Konkret nennt es telemedizinische Angebote für abgelegene Gebiete, mobile Arztpraxen, Apotheken als Ergänzung zur Grundversorgung sowie interprofessionelle Gesundheitszentren mit berufsübergreifender Zusammenarbeit.

Die Apotheken sind bereits heute mit zahlreichen Untersuchungs- und Beratungsangeboten in der Grundversorgung tätig (Impfungen, Blutanalysen, Blutdruckmessung, Urinuntersuchung, Allergiecheck, Asthma-Beratung, Ohrenspülung, Wundberatung etc.). Ein weiterer Ausbau der Leistungen der Apotheken ist aktuell auf Bundesebene in Planung - eine entsprechende Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) ist aktuell bei den Kantonen in der Vernehmlassung³. Auch ist es den Leistungserbringern schon heute möglich, neue Versorgungsmodelle anzubieten oder sich mit anderen Grundversorgern (z.B. als interprofessionelle Gesundheitszentren) zusammenzuschliessen. Gerade im Bereich der Telemedizin besteht bereits eine stattliche Auswahl an landesweit tätigen Anbietern; auch verschiedene Zuger Praxen bieten telemedizinische Leistungen an. Wo entsprechende Angebote fehlen, dürfte dies zu- meist daran liegen, dass sie sich wirtschaftlich nicht rechnen. Gleiches gilt wohl auch bei den mobilen Arztpraxen. Solche Modelle würden künftig wohl nur dann dauerhaft angeboten, wenn der Kanton oder die Gemeinden den jeweiligen Betreibern durch staatliche Beiträge einen Gewinn garantieren würden. Einen derart starken Eingriff in den Grundsatz der Subsidiarität staatlichen Handelns und in die Wettbewerbsneutralität lehnt der Regierungsrat ab.

3.3. Unterstützung bei Praxisgründung und -führung

Das Postulat regt die Schaffung einer kantonalen Koordinationsstelle an, die Ärztinnen und Ärzte bei der Praxisgründung und -führung unterstützt. Die Schaffung einer solchen auf die spezifischen Bedürfnisse von Arztpraxen zugeschnittenen Stelle lehnt der Regierungsrat ab. Beratungsbedarf dürfte höchstens in Einzelfällen bestehen, so dass Aufwand und Ertrag für eine solche Beratungsstelle in keinem vernünftigen Verhältnis stehen würden. Zudem müsste eine solche Stelle, um fachlich einen Mehrwert zu bieten, beim Amt für Gesundheit angesiedelt werden. Dies wäre problematisch, weil das Amt als Bewilligungs- und Aufsichtsbehörde über das Gesundheitswesen nicht gleichzeitig auch für die Standortförderung in diesem Gebiet zuständig sein kann. Immerhin weist das Amt für Gesundheit im Rahmen von Bewilligungsverfahren bereits heute auf die Vorteile einer Niederlassung in ländlichen Gemeinden hin.

3.4. Förderung von Kooperation und Vernetzung

Das Postulat regt eine stärkere Vernetzung der Gesundheitsdienstleister durch regionale Netzwerke zwischen Ärztinnen und Ärzten, Apotheken, Spitex und Spitälern, regelmässige Austauschplattformen sowie Partnerschaften mit kommunalen Initiativen an. Ergänzend soll der administrative Aufwand durch digitalisierte Prozesse gesenkt werden. Der Kanton soll dabei eine moderierende und koordinierende Rolle einnehmen.

Das Anliegen ist grundsätzlich berechtigt: Koordinierte Versorgung verbessert die Patientensicherheit und kann Effizienzgewinne erzielen. Doch Netzwerke und Austauschplattformen entfalten nur dann Wirkung, wenn die Teilnehmenden ein Eigeninteresse daran haben. Sonst besteht die Gefahr, dass staatlich verordnete oder subventionierte Koordinationsstrukturen verschwinden, sobald die externe Finanzierung wegfällt. Die Berufsverbände und

³ Vernehmlassung [2025/77](#) des EDI.

Fachorganisationen nehmen bereits heute Vernetzungsaufgaben wahr - es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass ein kantonales Engagement keine Lücke schliessen, sondern Parallelstrukturen schaffen würde.

Hinsichtlich der Digitalisierung liegt die Regelungskompetenz primär beim Bund; ein kantonaler Sonderweg wäre ineffizient und nicht mit dem Ziel einer landesweit interoperablen Gesundheits-IT-Infrastruktur vereinbar. So hat der Bundesrat am 5. November 2025 die Botschaft für ein neues Bundesgesetz über das elektronische Gesundheitsdossier (EGDG) an das Bundesparlament überwiesen. Er zog damit die Konsequenzen in Bezug auf das elektronische Patientendossier (EPD), das sich nicht durchsetzen konnte und deshalb durch das elektronische Gesundheitsdossier (E-GD) ersetzt werden soll. Die bisherige, dezentrale Struktur des EPD mit mehreren massgeblich von den Kantonen getragenen und mitfinanzierten Anbietern war ein Hauptgrund für das Scheitern des EPD. Es ist daher nicht angezeigt, in diesem Bereich erneut kantonale Sonderregelungen zu schaffen.

3.5. Förderung der Aus- und Weiterbildung medizinischer Fachkräfte

Das Postulat regt die Unterstützung von Aus- und Weiterbildungsprogrammen für medizinisches Personal an, um die Attraktivität ländlicher Gebiete zu erhöhen. Konkret werden Stipendien und Förderprogramme, Fortbildungskurse sowie Praktika in ländlichen Praxen vorgeschlagen. Ergänzend solle geprüft werden, wie die Bevölkerung ländlicher Gemeinden für medizinische Berufe gewonnen werden kann.

Diese Forderungen decken sich teilweise mit den in Ziffer 1 geforderten Massnahmen (Stipendien und Förderprogramme), weshalb diesbezüglich auf die obigen Ausführungen verwiesen wird. Was die Fortbildungskurse zur Anwendung moderner Behandlungsmethoden angeht, ist unklar, inwiefern solche einen Anreiz zur Niederlassung in ländlichen Gemeinden bewirken könnten. Es bestehen auch keine Hinweise darauf, dass das medizinische Personal in den ländlichen Gebieten nicht mehr zeitgerechte Behandlungsmethoden anwendet.

Hinsichtlich der Forderung nach Praktika in Praxen der Grundversorgung verfügt der Kanton Zug bereits über ein etabliertes Instrument: Die Zentralschweizer Gesundheits- und Sozialdirektorenkonferenz (ZGSDK) hat 2007 das Konzept «Ärztliche Praxisassistentenz» verabschiedet, das seither im Kanton Zug umgesetzt wird. Das Konzept ermöglicht Assistenzärztinnen und Assistenzärzten mit Weiterbildungsziel Allgemeine Innere Medizin, im Rahmen ihrer Spitalausbildung während sechs Monaten Erfahrungen in einer Hausarztpraxis zu sammeln. Es vermittelt nicht nur klinische Kompetenzen, sondern auch einen vertieften Einblick in die hausärztliche Tätigkeit. Die Kosten werden je zu einem Drittel vom Kanton, dem Zuger Kantonsspital und den jeweiligen Arztpraxen getragen.

Schliesslich regelt § 11a der Verordnung über das Gesundheitswesen im Kanton Zug (Gesundheitsverordnung, GesV; BGS 821.11) seit 2015 die Delegation ärztlicher Routinetätigkeiten an medizinische Praxisassistentinnen und -assistenten (MPA). Namentlich bei der Betreuung chronisch kranker Personen können demnach Routinehandlungen, die nicht zwingend ärztliches Fachwissen erfordern, unter ärztlicher Verantwortung an entsprechend ausgebildete MPA übertragen werden. Dies ermöglicht es Ärztinnen und Ärzten, sich auf komplexere medizinische Fragestellungen zu konzentrieren, und erhöht die Kapazität einer Praxis, ohne dass zusätzliche Arztstellen geschaffen werden müssen.

4. Haltung des Regierungsrats

Gemäss Zahlen des Bundes liegt der Versorgungsgrad im Gebiet der Allgemeinmedizin im Kanton Zug leicht über dem Schweizer Durchschnitt (101,7 %; Verordnung des EDI über die Festlegung der regionalen Versorgungsgrade je medizinisches Fachgebiet im ambulanten Bereich; SR 832.107.1). Auch hat in den letzten Jahren die Zahl der im Kanton Zug tätigen Ärztinnen und Ärzte mit Weiterbildungstiteln, die zur Grundversorgung gezählt werden (Allgemeine Innere Medizin oder Praktische Ärztin / Praktischer Arzt) stärker zugenommen als das Bevölkerungswachstum. Während im Jahr 2011 im Kanton Zug 113 Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner im Praxissektor tätig waren, waren es 2024 154, was einer Steigerung von 36,3 Prozent entspricht.⁴ Das Bevölkerungswachstum betrug im selben Zeitraum 13,9 Prozent.⁵ Da gleichzeitig die Zahl der Spezialistinnen und Spezialisten von 198 auf 330 stark anstieg (+66,7 %)⁶, kann mit Blick auf den gesamten Kanton keineswegs von einer Verschlechterung der ärztlichen Versorgung gesprochen werden. Betrachtet man die Zahl aller im Kanton tätigen Ärztinnen und Ärzte (inkl. Spitäler), sank die Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner pro Ärztin und Arzt um 27,6 Prozent von 333 auf 241 Einwohner pro Ärztin oder Arzt (2011: total 346 Ärztinnen und Ärzte; 2024: 554). Gemäss den Daten des Amts für Gesundheit ist in diesem Zeitraum (2011 bis 2024) die Anzahl der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner selbst in den ländlichen Gebieten des Kantons Zug und insbesondere auch in den von den Postulanten genannten Gebieten Ägerital und Hünenberg gestiegen.⁷

Der Regierungsrat geht mit den Postulanten einig, dass die Sicherstellung einer guten Gesundheitsversorgung im ganzen Kanton ein wichtiges Anliegen ist. Doch die strukturellen Veränderungen der letzten Jahrzehnte - wie die immer stärkere Spezialisierung der Ärzteschaft (45 Fachgebiete), der sinkende Beschäftigungsgrad, die besseren Verdienstmöglichkeiten in Spezialgebieten und der Trend weg von klassischen Hausarztpraxen zu Gemeinschaftspraxen - lassen sich mit finanziellen Anreizen auf Kantons- oder Gemeindeebene nicht aufhalten. Bezüglich der Verdienstmöglichkeiten ist darauf hinzuweisen, dass es erklärtes Ziel der per 1. Januar 2026 in Kraft getretenen neuen, schweizweit einheitlichen Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen (TARDOC) ist, die Grundversorger besser zu entschädigen. Wo langfristige Trends der Grund dafür sind, dass sich Ärztinnen und Ärzte gegen die Hausarztmedizin beziehungsweise eine Tätigkeit in ländlichen Gebieten entscheiden, lässt sich mit befristeten Förderbeiträgen keine bleibende Änderung herbeiführen. Nur durch eine langfristige und entsprechend kostspielige Einflussnahme durch die öffentliche Hand dürfte eine signifikante Verschiebung ärztlicher Angebote von urbanen Zentren in ländliche Regionen zu bewerkstelligen sein. Massnahmen aber, die dazu führen, dass der Kanton oder die Gemeinden dauerhaft mit Steuermitteln in das Angebot der ambulanten Grundversorgung eingreifen, lehnt der Regierungsrat ab. Vertretbar sind aus seiner Sicht befristete Anreize wie etwa Anschubfinanzierungen oder Projektbeiträge, deren Nutzen im Einzelfall geprüft werden müsste.

Deshalb wird der Regierungsrat – auch mit Blick auf den verfassungsmässigen Auftrag gemäss Art. 117a BV - im Rahmen der geplanten Revision des Gesundheitsgesetzes verschiedene Anpassungen prüfen. In Betracht gezogen wird namentlich die Einführung einer Grundsatznorm, wonach der Kanton und die Gemeinden sich für eine bedarfsgerechte und qualitativ hochstehende Grundversorgung einsetzen sollen. Weiter wird unter Berücksichtigung der genannten

⁴ <https://aerztestatistik.fmh.ch> > Berufstätige Ärzte nach Facharzttitel > Praxissektor > 2011 und 2024 > Allgemeine Innere Medizin, Praktischer Arzt / Praktische Ärztin > ZG (Stand 12. März 2026).

⁵ www.zg.ch > Statistikfachstelle > Zahlen nach Themen > Bevölkerungsstand > Bevölkerungsentwicklung 1981 bis 2024 (Stand 12. März 2026).

⁶ <https://aerztestatistik.fmh.ch> > Berufstätige Ärzte nach Sektor > 2011 und 2024 > Alle Fachgebiete ausser Grundversorgung > ZG (Stand 12. März 2026).

⁷ Hünenberg von 2 auf 4; Menzingen von 2 auf 3; Neuheim von 1 auf 3; Oberägeri von 3 auf 7; Unterägeri von 4 auf 9; Walchwil von 3 auf 6

Vorbehalte die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage zu prüfen sein, die den Gemeinden erlauben würde, befristete Beiträge zur Förderung der Grundversorgung auf ihrem Gemeindegebiet zu leisten. Dem Kanton würde gleichzeitig die Kompetenz eingeräumt, zur Förderung der Grundversorgung Massnahmen mit kantonsweiter oder gemeindeübergreifender Wirkung zu unterstützen. Schliesslich wird der Regierungsrat im Rahmen des Revisionsvorhabens die in der Ausgangslage erwähnten Bestrebungen auf Bundesebene («Agenda Grundversorgung») berücksichtigen.

Für darüber hinausgehende Gesetzgebungsarbeiten sieht der Regierungsrat mit Verweis auf die obigen Ausführungen keinen Anlass.

5. Antrag

Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen beantragt der Regierungsrat, das Postulat von Patrick Iten und Klemens Iten zur Förderung der ärztlichen Grundversorgung in ländlichen Gemeinden des Kantons Zug (Vorlage Nr. 3893.1 - 18076) wie folgt teilerheblich zu erklären:

1. Erheblicherklärung hinsichtlich folgender Punkte:
 - Schaffung einer Grundsatznorm, wonach der Kanton und die Gemeinden sich für eine bedarfsgerechte und qualitativ hochstehende Grundversorgung einsetzen;
 - Schaffung von Rechtsgrundlagen für die Zusprechung befristeter Beiträge durch den Kanton und die Gemeinden zur Förderung der Grundversorgung.
2. Nichterheblicherklärung in Bezug auf die übrigen im Postulat angeregten Massnahmen.

Zug, 24. März 2026

Mit vorzüglicher Hochachtung
Regierungsrat des Kantons Zug

Der Landammann: Andreas Hostettler

Die stv. Landschreiberin: Renée Spillmann Siegwart