



Gesetzesvorentwurf zur Änderung des Gesundheitsgesetzes vom 16. November 1999

Erläuternder Bericht

1 EINFÜHRUNG

Das Gesundheitsgesetz vom 16. November 1999 ist eines der ersten modernen Gesundheitsgesetze in der Schweiz und diente wiederholt als Beispiel für andere Kantone. Im Grossen und Ganzen hat es sich in der Praxis bewährt, auch wenn in den sechs Jahren seiner Anwendung deutlich geworden ist, dass einige Anpassungen erforderlich sind. Dies betrifft etwa den Bereich der Gesundheitsplanung, insbesondere die Arbeitsweise der verschiedenen Kommissionen, wo der Vorentwurf der Motion Nr. 1005.07 Michel Buchmann/Christiane Feldmann Folge leistet, die einen stärkeren Einbezug des Grossen Rates in die Kommission für Gesundheitsplanung verlangt. Der Vorentwurf präzisiert sodann die Rolle der Kommission für die Aufsicht über die Berufe des Gesundheitswesens und die Wahrung der Patientenrechte (die Aufsichtskommission) sowie das Verfahren vor dieser Kommission. Er verstärkt die Aufsicht über Personen, die eine Methode der Komplementärmedizin oder Tätigkeiten im Dienste des Wohlbefindens und der Schönheitspflege praktizieren. Schliesslich leistet er auch dem Bericht Nr. 239 Folge, den der Staatsrat als Antwort auf das Postulat Nr. 252.04 Françoise Morel/André Ackermann über hoch technisierte Installationen vorgelegt hat.

Der beträchtliche Umfang der hier vorgeschlagenen Änderungen erklärt sich aber vor allem durch die Entwicklung des Bundesrechts, die in den letzten Jahren im Gesundheits- und Berufsbildungsbereich stattgefunden hat. Infolge der neuen Vorschriften und Zuständigkeitsverteilungen in der Bundesgesetzgebung sind zahlreiche kantonale Bestimmungen in dem Bereich veraltet bzw. hinfällig geworden. Schon heute kommen in der Praxis die geltenden Vorschriften des Bundes zur Anwendung; man kommt aber nicht umhin, die bedeutungslos gewordenen kantonalen Bestimmungen zu ändern. Konkret geht es um die folgenden Bereiche:

Das Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (MedBG; SR 811.11) beschränkt sich nicht mehr wie das sein Vorgänger-Gesetz darauf, die Voraussetzungen für die Erteilung der kantonalen Berufsausübungsbewilligung festzusetzen, sondern regelt auch die Berufspflichten sowie die Disziplinar-massnahmen. Der Vorentwurf übernimmt daher die Bestimmungen des Bundesrechts und dehnt ihre Anwendung auf alle Gesundheitsfachpersonen aus. Effektiv geht es nicht an, dass für die auf Bundesebene reglementierten Medizinalberufe (Arzt-, Zahnarzt-, Tierarzt-, Apotheker-, Chiropraktorenberuf) eine andere Regelung gilt als für die übrigen Gesundheitsberufe.

Das Bundesgesetz über die Heilmittel (HMG; SR 812.21) hat der Interkantonalen Vereinbarung und ihrem interkantonalen Vollzugsorgan, der IKS, ein Ende gesetzt; deren Aufgaben und (erweiterte) Kompetenzen gingen an das neue Schweizerische Heilmittelinstitut "Swissmedic" über. Die Überwachung des Heilmittelmarkts ist damit hauptsächlich Sache des Bundes, zu regeln bleiben immerhin die wenigen Bereiche, für die der Kanton noch zuständig ist. Dies betrifft namentlich die Überwachung des Detailhandels in den Apotheken und Drogerien, einschliesslich des Versandhandels, die Verschreibung und die Abgabe von Medikamenten sowie die Herstellung kleiner Mengen.

Das Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Transplantation, des Bundesgesetzes über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung und des Bundesgesetzes über die Sterilisation bedingen ebenfalls die Aufhebung der diesbezüglichen kantonalen Bestimmungen, die sich künftig darauf beschränken, die bundesrechtlich vorgeschriebenen Vollzugsmassnahmen festzusetzen.

2 ERLÄUTERUNG DER BESTIMMUNGEN

Art. 1 Abs. 3 Bst. f

Redaktionelle Präzisierung im Zusammenhang mit dem HMG (vgl. auch Erläuterungen zu Art. 109).

Art. 7 Abs. 4

Dieser Artikel erwähnt neu auch die Kantonsärztin bzw. den Kantonsarzt, der der für den Gesundheitsbereich zuständigen Direktion (nachfolgend: Direktion) ebenfalls für die Bewältigung von Aufgaben der öffentlichen Gesundheit zur Verfügung stehen muss, namentlich im Fall von Tierseuchen. Diese Bestimmung zieht keinerlei administrative Unterordnung im Sinne des Gesetzes über die Organisation des Staatsrats und der Verwaltung (SVOG) nach sich.

Art. 8

Der heutige Artikel 8 unterscheidet nicht klar zwischen der eigentlichen Delegation von Vollzugsaufgaben und den Leistungsaufträgen, die externen Organen erteilt werden, um eine Tätigkeit von allgemeinem gesundheitlichem Interesse zu unterstützen. Die Delegation von Vollzugsaufgaben erfolgt weniger in Form von Leistungsaufträgen, sondern eher in Form einer Vereinbarung oder eines interkantonalen Reglements (Beispiele: die Mitwirkung des Kantons Freiburg am Inspectorat de Suisse Occidentale des Produits thérapeutique (ISOPTh) oder im Comité Intercantonal d'éthique de la recherche Fribourg-Neuchâtel-Jura, die Zuständigkeitsdelegation an die GDK im Berufsbildungsbereich, namentlich in Bezug auf die Osteopathinnen und Osteopathen).

Die Voraussetzungen hingegen für die Subventionierung einer Tätigkeit im öffentlichen Interesse (in der Regel aufgrund eines Leistungsauftrags) bestimmen sich nach der spezifischen Gesetzgebung über die Subventionen. **Artikel 8** kann deshalb vereinfacht werden und sich darauf beschränken, die Delegation von Vollzugsaufgaben im eigentlichen Sinne zu regeln.

Art. 10 Abs. 1

Die redaktionelle Präzisierung betrifft nur den französischen Text ("Service du médecin cantonal" und nicht "Service médical cantonal").

Art. 15

Die Gesundheitsplanung umfasst heute die Planung im Spitalbereich und der Pflege im Bereich psychische Gesundheit, die Planung der Hilfe und Pflege zu Hause, die Pflegeheimplanung und die Planung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention (vgl. Art. 20 Abs. 2). Für die beiden letzteren Bereiche wurden spezielle Kommissionen eingesetzt, nämlich die Kommission für Gesundheitsförderung und Prävention sowie die beratende Kommission im Bereich Pflegeheime (vgl. Art. 8 Gesetzes über Pflegeheime für Betagte; PflHG); die anderen Planungsbereiche fallen ausschliesslich in die Zuständigkeit der Kommission für Gesundheitsplanung, die wiederum in den letzten Jahren hauptsächlich mit der Spitalplanung befasst war. Der Kommission für Gesundheitsplanung kommt indes eine zentrale und koordinierende Rolle zu, weshalb die Beziehungen zu den beiden Spezialkommissionen geklärt werden müssen.

Absatz 1 hält fest, dass die Kommission für Gesundheitsplanung ein beratendes Organ des Staatsrates ist. In dieser Funktion nimmt sie nicht nur Stellung zu den einzelnen Bereichen der Gesundheitsplanung, sondern wacht insbesondere darüber, dass mittelfristig eine echte Gesamtplanung entsteht, die sämtliche Bereiche umfasst.

Konsequenterweise ist es nicht mehr Aufgabe der beratenden Kommission im Bereich Pflegeheime, eine Stellungnahme zur Pflegeheimplanung abzugeben; dies wird neu nur noch der Kommission für Gesundheitsplanung obliegen (**art. 138b**). Die beratende Kommission im Bereich Pflegeheime soll im Moment aber beibehalten werden, in Erwartung des Konzeptes über die Betreuung von betagten Perso-

nen, das die Grundlage für das neue, das PflHG ablösende Gesetz über betagte Personen bilden wird. In der Tat ist die Planung in diesem Bereich nicht vergleichbar mit den anderen Sektoren der Gesundheitsplanung, da sie eine Bevölkerungsschicht gesamthaft und unter gesundheitlichen wie sozialen Gesichtspunkten betrifft. Staatrat und Direktion sollten deshalb weiterhin auf die Ratschläge der in dieser Kommission vertretenen Spezialisten zählen können.

Die Kommission für Gesundheitsförderung und Prävention sodann soll in ihrer aktuellen Form beibehalten werden. Es handelt sich hier um einen sehr spezifischen Bereich, eine eigentliche Querschnittmaterie, und die Aufgaben dieser Kommission sind ausgesprochen technischer und operativer Art. In der Tat kommt ihr eine eigentliche Steuerungsfunktion zu, bei der Erarbeitung des Entwurfs des kantonalen Plans für Gesundheitsförderung und Prävention ebenso wie aktuell bei der Erarbeitung des daraus abgeleiteten Aktionsplans. Es ist angezeigt, dies im Gesetz zu präzisieren (**Art. 16 Abs. 1 und 2**). Diese Pläne sind ebenso wie ihre künftigen Änderungen der Kommission für Gesundheitsplanung zur Stellungnahme zuhanden des Staatsrates vorzulegen.

Die **Absätze 3 und 4** von Artikel 15 leisten der Motion 1005.07 Buchmann/Feldmann Folge, die am 12. Oktober 2007 vom Grossen Rat angenommen wurde. Sie verstärken den Einbezug des Grossen Rates in den Bereich der Gesundheitsplanung. Anzumerken ist, dass die für den Gesundheitsbereich zuständige Staatsrätin oder der für den Gesundheitsbereich zuständige Staatsrat nicht mehr von Amtes wegen Mitglied dieser Kommission ist, und die Vorsteherin oder der Vorsteher des Gesundheitsamtes sowie die Kantonsärztin oder der Kantonsarzt nur noch mit beratender Stimme an den Sitzungen teilnehmen.

Art. 16 Abs. 1 et 2

Vgl. oben Erläuterungen zu Artikel 15.

Art. 17

Dieser Artikel präzisiert die Rolle und Organisation der Aufsichtskommission. Die Änderungen tragen den Erfahrungen der Kommission im Lauf der ersten Jahre ihrer Arbeit Rechnung (s. hierzu auch die Erläuterungen zu den Artikeln 127a - 127i).

Art. 20 Abs. 2, 2. Satz

Diese Bestimmung wird redaktionell überarbeitet und nennt neu auch die Planung im Bereich der Pflege und Hilfe zu Hause sowie die Pflegeheimplanung gemäss Artikel 4 PflHG (vgl. auch Erläuterungen zu Artikel 15 und 138b).

Art. 20 Abs. 3 und Art. 23 Abs. 2

Redaktionelle Präzisierung. Der Verweis betrifft nicht nur Gesetzesbestimmungen im formellen (Gesetz), sondern auch im materiellen Sinne (Verordnungen, Pläne usw.).

Art. 20a (Hoch technisierte Installationen)

Dieser Artikel leistet dem Bericht Nr. 239 des Staatsrats zum Postulat Nr. 252.04 Françoise Morel/André Ackermann über hoch technisierte Installationen Folge und ermächtigt den Staat, die Inbetriebnahme von schweren technischen oder weiteren spitzenmedizinischen Ausrüstungen Einschränkungen zu unterwerfen. Für Einzelheiten siehe den Bericht Nr. 239 (TGR 2006 S. 184 ff.) im Anhang zu diesem erläuternden Bericht.

Art. 43

Mit der Zusammenführung der Bestimmungen betreffend das Verfahren vor der Aufsichtskommission im 9. Kapitel (s. Erläuterungen zu den Artikeln 127a - 127i) kann dieser Artikel vereinfacht werden.

Art. 53 Abs. 3

Aufgrund von Artikel 5 Abs. 2 SVOG ist der Staatsrat allgemein befugt, Ausführungsbestimmungen zu erlassen. Es ist daher unnötig, in diesem Gesetz daran zu erinnern. Im Übrigen hat der Staatsrat bisher keinen Gebrauch von seiner Zuständigkeit gemacht, die er aufgrund von Artikel 53 Abs. 3 im Bereich der Zwangsmassnahmen hat, denn solche müssen stets nach den Umständen des Einzelfalls getroffen werden.

Art. 54 Abs. 3

Aus Gründen der Systematik wird dieser Artikel aufgehoben und in das 9. Kapitel integriert (s. auch Erläuterungen zu Artikel 127h).

Art. 57 Abs. 3, letzter Satz

Aufgrund von Artikel 5 Abs. 2 SVOG ist der Staatsrat allgemein befugt, für nebensächliche oder vorwiegend technische Fragen die Zuständigkeit für den Erlass von Ausführungsbestimmungen an die Direktion zu übertragen. Es ist daher unnötig, in diesem Gesetz daran zu erinnern.

Art. 61 - 65

Nachdem die Entnahme und die Transplantation von Organen oder Gewebe bundesrechtlich geregelt werden, beschränken sich die kantonalen Bestimmungen auf die Festsetzung der Vollzugsmassnahmen. Der Staatsrat wird namentlich die unabhängige Instanz nach Artikel 13 Abs. 4 des Transplantationsgesetzes zu bezeichnen haben, die damit betraut ist, ausnahmsweise der Entnahme regenerierbarer Zellen oder Gewebe an unmündigen oder urteilsunfähigen Personen zuzustimmen. Diese Aufgabe könnte von einem Gericht oder der Vormundschaftsbehörde, aber auch von der Aufsichtskommission wahrgenommen werden.

Art. 71a

Nachdem die medizinisch unterstützte Fortpflanzung bundesrechtlich geregelt wird, beschränken sich die kantonalen Bestimmungen auf die Festsetzung der Vollzugsmassnahmen. Namentlich unterstellt das Bundesrecht jegliche medizinisch unterstützte Fortpflanzung, die Konservierung von Keimzellen oder imprägnierten Eizellen sowie die Vermittlung gespendeter Samenzellen der kantonalen Bewilligung. Bisher hat sich im Kanton Freiburg keine Tätigkeit in diesem Bereich entwickelt.

Art. 71b

Nachdem die genetischen Untersuchungen beim Menschen bundesrechtlich geregelt werden, beschränken sich die kantonalen Bestimmungen auf die Festsetzung der Vollzugsmassnahmen. Es handelt sich namentlich um die Errichtung unabhängiger Informations- und Beratungsstellen für pränatale Untersuchungen nach Artikel 17 des Bundesgesetzes über genetische Untersuchungen beim Menschen, wobei auch die anerkannten Schwangerschaftsberatungsstellen mit dieser Aufgabe betraut werden können. Der Staatsrat sieht vor, diese Aufgabe dem Dienst für Familienplanung und Sexualinformation zu übertragen.

Art. 72

Da die Sterilisation abschliessend vom Bundesrecht geregelt wird, bedarf es keiner kantonalen Vollzugsbestimmungen.

Art. 75

Es handelt sich um redaktionelle Präzisierungen, die keiner eingehenden Erläuterung bedürfen.

Art. 76

Auch wenn die Ausübung der Komplementärmedizin (dieser Begriff ersetzt den bisher verwendeten Begriff "Alternativverfahren") nach wie vor keiner formellen Bewilligung bedarf, soll ausdrücklich präzisiert werden, dass Personen, welche sie ausüben, sich an die Grundsätze des Gesetzes bezüglich der Patientenrechte (namentlich das Recht auf Information und die freie und aufgeklärte Zustimmung) und an gewisse Berufspflichten halten müssen. Darüber hinaus wird die Aufsicht über diese Tätigkeiten verstärkt, indem die sie ausübenden Personen dem Disziplinarrecht (Artikeln 124a ff.) unterstellt werden.

Art. 77

Dieser Artikel wird aufgehoben und mit Präzisierungen in Verbindung mit dem MedGB in den Artikel 79 integriert.

Art. 78

Aus Gründen der Systematik wird diese Bestimmung über das Führen von Titeln in genauerer Formulierung in Artikel 91 betreffend Werbung integriert (Art. 91 Abs. 2).

Art. 79 - 82 (Bewilligungswesen)

Zwecks Harmonisierung mit dem MedBG müssen die Bestimmungen über das Bewilligungswesen vollständig überholt werden. Dabei muss insbesondere der Begriff "selbständige Berufsausübung" mit dem Bundesrecht in Übereinklang gebracht werden. Die Bundesbehörden definieren nämlich die selbständige Ausübung einer Tätigkeit ausschliesslich mittels wirtschaftlicher Kriterien, die im Steuer- und im Sozialversicherungsrecht ausschlaggebend sind ("Tätigkeit auf eigene Rechnung"). Demgegenüber verstehen zahlreiche Kantone, auch Freiburg, darunter die fachliche Selbständigkeit und Verantwortung gegenüber den Patientinnen und Patienten. Diese Definition umfasst einen deutlich grösseren Personenkreis, insbesondere auch Angestellte und Arbeitnehmer/innen; so etwa die in den Spitälern arbeitenden ärztlichen Kader, von Apothekenketten angestellte verantwortliche Apotheker, von einem Zahnbehandlungszentrum angestellte Zahnärzte und allgemein jede Fachperson, die sich entscheidet, ihre Praxis oder Offizin in Form einer juristischen Person zu führen, und formell von dieser angestellt ist. Alle diese Kategorien von Fachpersonen fallen nicht unter das MedGB. Um zu gewährleisten, dass sie weiterhin unter die Aufsicht des Staates fallen, muss im kantonalen Recht zwingend präzisiert werden, dass ihre Tätigkeit nach wie vor bewilligungspflichtig ist (**Art. 79 Abs. 1 Bst. b**). Selbstverständlich müssen für die Bewilligung zur unselbständigen, jedoch fachverantwortlichen Berufsausübung die gleichen Voraussetzungen erfüllt werden wie für die Bewilligung zur Berufsausübung auf eigene Rechnung.

Absatz 2 und 3 behandeln eine weitere Form der Berufsausübung, diejenige unter Aufsicht und Verantwortung einer Gesundheitsfachperson mit Bewilligung im Sinne von Absatz 1. Hier unterscheidet das Gesetz wie bisher zwischen den Medizinalberufen (Chiropraktoren-, Arzt-, Zahnarzt-, Tierarzt-, Apothekerberuf) und den anderen Berufen des Gesundheitswesens. So bedarf die Ausübung eines Medizinalberufes unter der Aufsicht und fachlichen Verantwortung einer Berufskollegin oder eines Berufskollegen nach wie vor einer formellen Bewilligung (**Abs. 2**). Für die Erteilung dieser Bewilligung gilt immerhin ein vereinfachtes Verfahren, das von der verantwortlichen Fachperson beziehungsweise der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber eingeleitet werden muss. Was das Mass der Aufsicht anbelangt, so richtet es sich nach den allgemeinen Umständen der Tätigkeit sowie den Kenntnissen und der Erfahrung der beaufsichtigten Person. So zum Beispiel bedarf ein erfahrener Assistenzarzt im dritten oder vierten Jahr, umgeben von einem multidisziplinären Team in einem Spital, einer weniger engen Beaufsichtigung durch die Chefärztin, die für seine Ausbildung verantwortlich ist, als etwa eine frisch diplomierte Assistenz-Apothekerin, die in einer Offizin unter der – in diesem Fall ständigen – Aufsicht des verantwortlichen Apothekers arbeitet.

Die Ausübung eines anderen als medizinischen Gesundheitsberufes unter Aufsicht und Fachverantwortung einer Gesundheitsfachperson mit Bewilligung im Sinne von Absatz 1 hingegen ist weiterhin nicht

bewilligungspflichtig (**Abs. 3**). Im übrigen muss die Aufsicht in diesem Fall zwar grundsätzlich auch durch eine Berufskollegin oder einen Berufskollegen ausgeübt werden; ausnahmsweise kann sie immerhin auch von einer Fachperson des gleichen Berufszweigs wahrgenommen werden, beispielsweise durch eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt, der eine angestellte Dentalhygienikerin oder einen angestellten Dentalhygieniker überwacht.

Absatz 4 nimmt Artikel 77 Abs. 2 und 3 des geltenden Gesetzes auf.

Schliesslich kann die Direktion bestimmte Gesundheitsfachpersonen von der formellen Bewilligungspflicht befreien, nämlich wenn die Institution des Gesundheitswesens, in der sie arbeiten, schon vom Staat beaufsichtigt wird, namentlich via eine Betriebsbewilligung und/oder einen Leistungsauftrag (**Abs. 5**). Als Beispiel zu nennen wären die Rettungssanitäterinnen und -sanitäter, die ihren Beruf in fachverantwortlicher Weise in einem Ambulanzdienst ausüben: Die Bewilligung für den Betrieb eines solchen Dienstes wird aufgrund eines Anerkennungsverfahrens des Interverbandes für Rettungswesen (IVR) erteilt, ein Verfahren, das auch die Prüfung der beruflichen Qualifikation der angestellten Personen umfasst.

Artikel 80, der die Bewilligungsvoraussetzungen und das Bewilligungsverfahren betrifft, ist den entsprechenden Bestimmungen des MedBG angepasst worden (**Abs. 1**). Die Anforderungen an eine ausreichende Berufserfahrung (**Abs. 1 Bst. b**) werden vom Staatsrat für jeden einzelnen Beruf in den Grenzen des Bundesrechts definiert werden, wie dies schon heute der Fall ist. Nach **Absatz 2** ist der Staatsrat dafür zuständig, die Bedingungen für die Meldepflicht für Gesundheitsfachpersonen festzulegen, die in einem anderen Kanton oder im Ausland niedergelassen sind, aber das Recht haben, ihren Beruf während einer begrenzten Dauer im Kanton Freiburg ohne Bewilligung auszuüben (Dienstleistungserbringer). Derzeit ist diese Dauer auf 90 Tage im Jahr befristet. Dies könnte sich ändern, wenn der Bund die neue europäische Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (Richtlinie 2005/36/EG) im Anhang III des Freizügigkeitsabkommens vom 21. Juni 1999 übernimmt; deren Artikel 7 erlaubt es der zuständigen Behörde, diese Frist von Fall zu Fall festzulegen. **Absatz 3** schafft eine formelle gesetzliche Grundlage für das Register der Gesundheitsfachpersonen, das in der Praxis schon besteht. Dieses Register ist öffentlich in dem Sinne, als jede Person sich beim Amt für Gesundheit erkundigen kann, ob diese oder jene Fachperson eine gültige Berufsausübungsbewilligung hat. Hingegen hat die Erfahrung gezeigt, dass die Gesundheitsfachpersonen sich häufig nicht beeilen, dem Amt etwelche Änderungen ihrer Situation mitzuteilen (Namenwechsel, Adresswechsel usw.), obwohl sie schon heute dazu verpflichtet sind. Da mit anderen Worten die Angaben im Register nicht hundertprozentig zuverlässig sind, ist es derzeit weder zweckmässig noch vorgesehen, die Namen und Adressen aller registrierten Personen in Form einer Liste zu veröffentlichen.

Was **Artikel 81** anbelangt, so wird der Inhalt von Absatz 1 in den Artikel 80 Abs. 3, der das Register der Gesundheitsfachpersonen betrifft, eingefügt. Absatz 2 hingegen wird gestrichen, weil er nicht mit dem MedBG vereinbar ist. Künftig regelt dieser Artikel die Grundsätze für die Abklärungen im Rahmen des Bewilligungsverfahrens; er übernimmt Artikel 6 des Reglements vom 21. November 2000 über die Pflegeleistungserbringer und die Aufsichtskommission (das Reglement), um diesen Grundsätzen eine formelle gesetzliche Grundlage zu geben.

Weil das MedBG es nicht erlaubt, die Gültigkeitsdauer der Bewilligung formell zu beschränken, wird **Artikel 82** so umformuliert, dass er mit dem Bundesrecht vereinbar ist (**Abs. 1**). Darüber hinaus kann die Direktion Vertrauensärztinnen oder -ärzte für die Durchführung der medizinischen Untersuchung der Berufsfähigkeit bezeichnen (**Abs. 2**). Macht die Direktion von dieser Zuständigkeit Gebrauch, so können die betroffenen Gesundheitsfachleute ihre Tätigkeit nur dann über das Alter von 70 Jahren hinaus fortsetzen, wenn ihr Arztzeugnis von einem der Vertrauensärztinnen oder -ärzte ausgestellt wurde.

Art. 85, 86a, 87

Diese Artikel sind neu formuliert worden, um sie den Bestimmungen des MedBG über die Berufspflichten anzupassen. Hervorzuheben ist, dass **Artikel 85** weiter geht als die entsprechende Bestimmung des MedBG und nicht nur auf unlautere Vereinbarungen zwischen Gesundheitsfachpersonen abzielt, sondern auch auf die berufliche Zusammenarbeit mit Dritten (z.B. Medikamentengrossisten, Laboratorien etc.). Zu **Artikel 86a** ist zu bemerken, dass die Deckung durch eine Berufshaftpflichtversicherung, von der Gesundheitsfachperson oder ihrem Arbeitgeber abgeschlossen, nicht mehr zu den Bewilligungsvoraussetzungen zählt, sondern neu eine Berufspflicht darstellt. Dieser formelle Unterschied wirkt sich

aber nicht auf die Praxis aus, denn das Amt für Gesundheit kann jederzeit, also auch im Zeitpunkt des Bewilligungsverfahrens kontrollieren, ob die betreffende Person dieser Pflicht entspricht.

Art. 90 Abs. 1bis

Will eine Gesundheitsfachperson oder eine Institution einen unbezahlten Betrag eintreiben, riskiert sie implizit zu offenbaren, dass die betroffene Person bei ihr in Behandlung war. Nach einer zunehmend verbreiteten Auffassung in der datenschutzrechtlichen Doktrin fällt aber schon diese schlichte Tatsache unter das Berufsgeheimnis. Demzufolge müsste die Fachperson vor einer Betreibung entweder die säumigen Patientinnen und Patienten ersuchen, in das Inkassoverfahren einzuwilligen (was natürlich illusorisch ist) oder aber sich durch die zuständige Behörde (in diesem Fall die Direktion für Gesundheit und Soziales) vom Berufsgeheimnis entbinden lassen. Die Direktion könnte sich also Tausenden von Gesuchen um Aufhebung des Berufsgeheimnisses gegenüber sehen, und die damit verbundene administrative Belastung sowie die Bearbeitungskosten stünden im Missverhältnis zum Interesse der säumigen Patientinnen und Patienten daran, dass die einfache Tatsache, eine Gesundheitsfachperson konsultiert zu haben, vertraulich bleibt. Die vorliegende Ergänzung von **Artikel 90** schafft eine formelle gesetzliche Grundlage, mit der die Rechtsunsicherheit in dieser Frage beseitigt werden soll.

Art. 91

Absatz 1 dieses Artikels ist neu formuliert worden, um ihn der entsprechenden Bestimmung des MedBG anzupassen. **Absatz 2** übernimmt den aktuellen Artikel 78, der wie erwähnt aus Gründen der Systematik hier integriert wird.

Art. 92 Abs. 2 und 3

Die Änderung von **Absatz 2** schafft eine explizite gesetzliche Grundlage für die Verwaltungspraxis, gemäss der ein Gesundheitsberuf ausserhalb einer Praxis im eigentlichen Sinne zumindest in einem Raum ausgeübt werden muss, der eigens und ausschliesslich zu diesem Zweck eingerichtet ist. Beispielsweise müssen im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen einer Ärztin oder einem Arzt für Schönheitsmedizin und einem Kosmetiksalon (der selber keine Institution des Gesundheitswesens ist) die Räumlichkeiten so angelegt sein, dass die Patientinnen und Patienten objektiv die medizinischen von nichtmedizinischen Dienstleistungen unterscheiden können. Gewährleistet sein müssen zudem die Wahrung der Patientenrechte, namentlich das Recht auf die aufgeklärte Zustimmung und die Vertraulichkeit, sowie die Sicherheit der Patientendossiers (s. hierzu auch Entscheid 2P.246/2004 des Bundesgerichts vom 6. Januar 2005). Der neue **Absatz 3** übernimmt den Artikel 13 des Reglements, um diesen Anforderungen eine formelle gesetzliche Grundlage zu geben.

Art. 94

Diese Änderungen enthalten redaktionelle Präzisierungen, um **Artikel 94** der einschlägigen Verwaltungspraxis und den Empfehlungen der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) anzupassen. So zum Beispiel wird die Ausnahmegewilligung für Vertretungen nach Absatz 2 – dessen heutiger Wortlaut im Übrigen Verwirrung stiften kann – Assistentinnen und Assistenten erteilt, die eine Weiterbildung in einer Arztpraxis oder Offizin absolvieren.

Art. 95

Die **Absätze 1 bis 3** dieses Artikels fassen lediglich die Bestimmungen des Gesetzes und des Reglements über den Notfalldienst zusammen. **Absatz 1** beschränkt die gesetzliche Verpflichtung zur Organisation eines solchen Dienstes allerdings auf die Medizinalberufe (das heisst auf den Chiropraktoren-, Arzt-, Zahnarzt-, Tierarzt- und Apothekerberuf), was in der Praxis schon heute der Fall ist.

99 Abs. 2 Bst. g - k; Abs. 3; Abs. 4

Der **Absatz 2 Bst. g** wird geändert, um den umfassenderen Begriff der Einrichtung für die *Sucht* bekämpfung – anstelle der Suchtmittelabhängigkeit – einzuführen; er gilt beispielsweise auch für die Spielsucht, Esssucht usw. Aus formellen Gründen wird die Liste der bewilligungspflichtigen Institutionen des Gesundheitswesens mit drei Institutionskategorien ergänzt, die heute im Reglement aufgeführt sind (**Abs. 2 Bst. h, i und j**), auch wenn es derzeit im Kanton weder einen spezialisierten Sozialdienst mit einem Angebot stationärer Leistungen (Bst. i) noch ein Heilbad (Bst. j) gibt. Unter dem **Buchstaben k** schliesslich werden ausdrücklich die Geburtshäuser aufgeführt, die in der Verwaltungspraxis schon heute bewilligungspflichtig sind.

Der **Absatz 3** schafft eine explizite gesetzliche Grundlage für die Verwaltungspraxis, die sich in Bezug auf Gruppenpraxen und andere medizinische Zentren, die in Form einer juristischen Person geführt werden, entwickelt hat. Da in diesem Fall der Behandlungsvertrag zwischen der Patientin oder dem Patienten und der Gesellschaft und nicht zwischen der Patientin oder dem Patienten und der ihn behandelnden Gesundheitsfachperson abgeschlossen wird, bedarf der Betrieb einer solchen Struktur der Bewilligung. Diese Praxis macht im übrigen auch Sinn im Hinblick auf die Anerkennung solcher Gesellschaften als sogenannte Einrichtung der ambulanten Krankenpflege im Sinne von Artikel 36a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG).

Der neue **Absatz 4** ist aus dem Reglement übernommen worden (Art. 76 Abs. 2), um der Zuständigkeit der Direktion, bestimmte Institutionen des Gesundheitswesens von der formellen Bewilligungspflicht zu befreien, eine eigentliche gesetzliche Grundlage zu geben. Die Befreiung von der Bewilligungspflicht ist möglich, wenn die betreffenden Institutionen schon Gegenstand einer angemessenen Kontrolle durch den Staat sind, namentlich über einen Leistungsauftrag. Genannt seien beispielsweise das Freiburger Spitalnetz, das Freiburger Netz für die Pflege im Bereich psychische Gesundheit oder auch das interkantonale Spital der Broye.

Art. 100 Abs. 4, 2. Satz

Aufgrund von Artikel 5 Abs. 2 SVOG ist der Staatsrat allgemein befugt, für nebensächliche oder vorwiegend technische Fragen die Zuständigkeit für den Erlass von Ausführungsbestimmungen an die Direktion zu übertragen. Es ist daher unnötig, in diesem Gesetz daran zu erinnern.

Art. 107 Abs. 1

Redaktionelle Präzisierung. Der Verweis betrifft nicht nur Gesetzesbestimmungen im formellen (Gesetz), sondern auch im materiellen Sinne (Verordnungen, usw.).

Art. 109 - 117 (Heilmittel)

Zwecks Harmonisierung mit dem HMG sind die kantonalen Bestimmungen über Heilmittel fast vollständig überarbeitet worden.

Der Betrieb einer Apotheke oder einer Drogerie bleibt bewilligungspflichtig (**Artikel 110**); die Bewilligung gilt als Detailhandelsbewilligung nach Artikel 30 HMG. Speziell hinzuweisen ist auf die Pflicht der verantwortlichen Apothekerin bzw. Drogistin oder des verantwortlichen Apothekers bzw. Drogisten, dafür zu sorgen, dass eine ausgebildete Fachperson während der Öffnungszeiten der Offizin anwesend ist. (Bei den Apotheken muss diese Präsenz im übrigen so organisiert werden, dass sie den bundesrechtlichen Anforderungen im Krankenversicherungsbereich entspricht.) Darüber hinaus verweist **Absatz 4** auf die Bestimmungen für die Institutionen des Gesundheitswesens; man denke zum Beispiel an die Bestimmungen über die Werbung (Art. 106 in Verbindung mit Art. 91) und besonders die administrativen und Disziplinar massnahmen (9. Kapitel).

Artikel 111 nimmt Bezug auf Artikel 5 Abs. 2 Bst. a und Artikel 9 Abs. 2 Bst. a, b und c HMG. Er bedarf keiner besonderen Erläuterungen, abgesehen davon, dass der definitive, dem Grossen Rat zu unterbreitende Gesetzesentwurf noch an die derzeit laufende Revision des HMG betreffend Spitalpräparate anzupassen sein wird (s. hierzu BBI 2007 2393).

Artikel 112 und 113 regeln die Arzneimittelabgabe und -verschreibung; dies sind die einzigen wesentlichen Bereiche, für die die Kantone zuständig bleiben, wenn auch in einem vom HMG festgelegten

Rahmen (Art. 24 und 25 HMG). Die kantonale Regelung der Selbstdispensation (Arzneimittelabgabe durch Ärztinnen und Ärzte) bleibt unverändert (**Art. 112 Abs. 2 und Abs. 4 Bst. a**), die Bestimmung über die Arzneimittelabgabe durch Tierärztinnen und Tierärzte wird präzisiert (**Abs. 3**). Die Institutionen des Gesundheitswesens, namentlich der Pflegeheime, können weiterhin die Bewilligung beantragen, eine Institutionsapothek zu führen (**Abs. 4 Bst. b**). Im Übrigen können auch Anstalten, die nicht zu den Institutionen des Gesundheitswesens gehören, eine solche Bewilligung erhalten (z.B. Anstalten für den Strafvollzug). **Absatz 4 Bst. c** schafft eine formelle gesetzliche Grundlage, nach der die Beraterinnen und Berater des Dienstes für Familienplanung Arzneimittel für die post-koitale Verhütung (die "Pille danach") abgeben dürfen; diese Bestimmung nimmt Bezug auf Artikel 25c der Bundesverordnung über die Arzneimittel (VAM; SR 812.212.21). **Absatz 4 Bst. d** über die Abgabe nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel durch andere, entsprechend ausgebildete Personen gilt zum Beispiel für Zoo- und Imkerfachgeschäfte (Art. 9 der Bundesverordnung vom 18. August 2004 über die Tierarzneimittel; TAMV; SR 812.212.27) beziehungsweise jede andere Person, die künftig bundesrechtlich zugelassen wird. Da das Veterinäramt keine der Direktion zugewiesene Verwaltungseinheit ist, enthält schliesslich **Absatz 5** eine gesetzliche Grundlage, die es der Direktion erlaubt, ihm in Abweichung von Artikel 66 Abs. 2 SVOG die Zuständigkeit für die Bewilligungen im Bereich Tierarzneimittelabgabe zu übertragen. **Artikel 113** regelt die Details der Verschreibung und Anwendung von Arzneimitteln, beides Tätigkeiten, die nicht mit der Abgabe zu verwechseln sind. So dürfen Pflegefachpersonen, Hebammen, Zahnhygienikerinnen und Zahnhygieniker sowie Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter zwar verschreibungspflichtige Arzneimittel direkt anwenden (**Abs. 4**, der sich auf Art. 27a VAM bezieht), sind aber nicht befugt, sie zu verschreiben oder an ihre Patientinnen und Patienten abzugeben.

Artikel 114 bezieht sich auf Artikel 27 Abs. 4 HMG. Er bedarf keiner besonderen Erläuterung.

Artikel 115 bezieht sich Artikel 20 Abs. 2 HMG in Verbindung mit Artikel 36 Abs. 4 der Bundesverordnung über die Bewilligungen im Arzneimittelbereich (AMBV; SR 812.212.1). Das Bundesrecht erlaubt es Personen, die einen Medizinalberuf ausüben, unter gewissen Voraussetzungen nicht zugelassene, verwendungsfertige Arzneimittel zu importieren; unter anderem müssen sie darüber Buch führen.

Artikel 116 bezieht sich auf Artikel 34 Abs. 4 HMG, **Artikel 117** auf Artikel 30 Abs. 2, 34 Abs. 4, 58 Abs. 5 sowie 60 Abs. 3, 4 und 5 HMG). Sie bedürfen keiner besonderen Erläuterungen.

Schliesslich wird das Kapitel über die Heilmittel durch **Artikel 124 Abs. 1 Bst. f** ergänzt. Diese Bestimmung begründet die Zuständigkeit der Direktion, im Rahmen der kantonalen Kompetenzen (Art. 58 Abs. 5 und 66 Abs. 3 HMG) die notwendigen administrativen Massnahmen im Heilmittelbereich zu ergreifen.

Art. 121

Absatz 1 gilt neu auch für die Gesundheitsberatung. Es handelt sich hierbei um eine weitere Kategorie von Leistungen, die – sofern sie mutmasslich gesunden Personen erbracht werden – nicht den Gesundheitsfachleuten vorbehalten sind, die sich aber auf die Gesundheit auswirken können. Man denke etwa an psychologische oder Diätberatungen.

Absatz 2 kann aufgehoben werden, da aufgrund von Artikel 5 Abs. 2 SVOG der Staatsrat allgemein befugt ist, für nebensächliche oder vorwiegend technische Fragen die Zuständigkeit für den Erlass von Ausführungsbestimmungen an die Direktion zu übertragen.

Art. 124 - 127j (Aufsicht)

Aus Gründen der Systematik übernimmt **Artikel 124 Abs. 1 Bst. e** die Bestimmungen von Artikel 126 Abs. 1 Bst. a und Abs. 3 sowie 127 Abs. 1 Bst. a und Abs. 2 und versetzt sie aus dem Zusammenhang der Disziplinarmaßnahmen in diejenigen der administrativen Massnahmen. Das erklärt sich damit, dass dem Entzug einer Berufsausübungsbewilligung beispielsweise aus Gesundheitsgründen nicht der verunglimpfende Aspekt einer Disziplinarmaßnahme anhängen soll; ein solcher Entzug ist vielmehr eine rein objektive Massnahme im Interesse des Schutzes der Bevölkerung oder der betroffenen Person selber.

Artikel 125 wird Artikel 43 MedBG angepasst, die **Artikel 126 und 127** werden entsprechend umformuliert. Speziell zu erwähnen ist, dass der Katalog der Disziplinarmaßnahmen durch die Busse ergänzt wird; diese beschränkt sich für Gesundheitsfachpersonen auf höchstens 20'000 Franken (vgl. Artikel 43 Abs. 1 Bst. c MedGB). Ausserdem kann die zuständige Behörde die Veröffentlichung der Disziplinarmaßnahme beschliessen (**Art. 125 Abs. 6**). Dies verstärkt die abschreckende Wirkung des Katalogs der Disziplinarmaßnahmen erheblich, auch wenn die Aufsichtsbehörde mit gewisser Zurückhaltung von der Veröffentlichung Gebrauch machen wird. Neu ist ferner, dass Disziplinarmaßnahmen auch gegen Personen oder Institutionen verhängt werden können, die nicht unter die Berufe oder Institutionen des Gesundheitswesens fallen und Methoden der Komplementärmedizin anwenden (s. Art. 76 Abs. 2).

Die neuen **Artikel 127a - 127j** fassen im Wesentlichen die Bestimmungen über das Aufsichtsverfahren zusammen, die sich heute auf verschiedene Artikel des Gesetzes und des Reglements verteilen. Gegenüber der heutigen Regelung werden einige Neuheiten und Präzisierungen eingeführt. So kann die Direktion nach **Artikel 127a Abs. 2** direkt Disziplinarmaßnahmen verhängen, ohne dass sie den über die Aufsichtskommission gehen muss; dies drängt sich namentlich für die Regelung von Fällen auf, die weniger schwerwiegend sind und bei denen der Sachverhalt klar auf der Hand liegt. Die Aufsichtskommission kann aber nach wie vor direkt von Patientinnen und Patienten oder Dritten angerufen werden, wo es sich um eine Verletzung der Patientenrechte oder einer Berufspflicht handelt (**Art. 127a Abs. 3**); ausgenommen sind, gemäss der feststehenden Praxis der Kommission, Honorarstreitigkeiten und Streitigkeiten über die Anwendung von Tarife sowie die Untersuchung von Diagnose- oder Behandlungsfehlern, die unter die Berufshaftpflicht fallen (**Art. 127a Abs. 4**). **Artikel 127b** betreffend Verjährung orientiert sich an Artikel 46 MedBG, während **Artikel 127c** in vereinfachter Form Artikel 96 des Reglementes aufgreift. **Artikel 127d** verankert eine weitere Praxis der Aufsichtskommission; diese betrifft die Intervention einer Mediatorin oder eines Mediators. Neu ist die Zuständigkeit der Aufsichtskommission nach **Artikel 127g**, selber bestimmte Disziplinarmaßnahmen verhängen zu können. Dies verstärkt ihre Position und macht gleichzeitig das heutige Verfahren weniger schwerfällig.

Artikel 127h schliesslich behandelt das Verfahren in einem weiteren Zuständigkeitsbereich der Aufsichtskommission, den Zwangsmassnahmen, indem er die aktuellen Artikels 54 Abs. 3 des Gesetzes und Artikeln 95 Abs. 3 und 98 des Reglements aufgreift und zusammenfasst.

Art. 128 Abs. 1 Bst. l und m

Nachdem die strafrechtlichen Aspekte im Heilmittelbereich im 8. Kapitel des HMG geregelt sind, kann **Artikel 128 Abs. 1 Bst. l** aufgehoben werden.

Der Strafdrohung von **Buchstabe m** sind neu auch Personen unterworfen, die eine Methode der Komplementärmedizin in gesundheitsgefährdender Weise anwenden.

Art. 129

Aus Gründen der Systematik wird der **Artikel 129** aufgehoben und sein Inhalt in Artikel 127i aufgenommen.

129a

Dieser Artikel schafft eine spezifische gesetzliche Grundlage für die Bearbeitung und den Austausch von Personendaten über Personen und Institutionen, die diesem Gesetz unterstellt sind. Der Zweck besteht in einer koordinierten und wirksamen Aufsicht über die Kantonsgrenze hinaus. Der Austausch beschränkt sich im übrigen nicht auf andere Behörden, sondern erstreckt sich auch auf private Organe, sofern sie mit einer Aufgabe des öffentlichen Interesses betraut sind (z. B. Krankenversicherer).

129b

Artikel 129b schafft eine spezifische gesetzliche Grundlage, wonach die mit dem Vollzug des Gesetzes betrauten Behörden Gebühren erheben können; derzeit bestimmen sich diese nach dem Tarif der Verwaltungsgebühren vom 9. Januar 1968.

Art. 138a

Redaktionelle Präzisierung infolge der Ersetzung der Kommission für die Bekämpfung des Alkoholismus und der Rauschgiftsucht durch die Kommission für Gesundheitsförderung und Prävention.

Art. 138b

S. Erläuterungen zu Artikel 15

Inkrafttreten

Das Inkrafttreten dieser Revision wird entsprechend der Ausarbeitung und dem Inkrafttreten der erheblichen Änderungen der Ausführungsreglemente festgesetzt werden.

3 FINANZIELLE AUSWIRKUNGEN

Dieses Gesetz zeitigt keine grossen finanziellen Auswirkungen. Immerhin kann die Planung der hoch technisierten Ausrüstungen (Art. 22a) Mehrkosten aufgrund der damit verbundenen nicht unbeträchtlichen administrativen Belastung bewirken.

4 KOMPETENZENVERTEILUNG ZWISCHEN STAAT UND GEMEINDEN

Das Gesetz ändert nichts an der Kompetenzenverteilung zwischen dem Staat und den Gemeinden.

Anhang:

- Bericht Nr. 239 über hoch technisierte Installationen

Freiburg, den 22. April 2008