

Teilrevision des Gesetzes über das Gesundheitswesen des Kantons Graubünden (Gesundheitsgesetz)

Erläuternder Bericht

21. August 2006

I.	Ausgangslage	3
1.	Schutz der Nichtraucher vor dem Passivrauchen	3
1.1.	Kommissionsauftrag KGS betreffend den Schutz der Nichtraucher vor dem Passivrauchen	3
1.2.	Antwort der Regierung.....	3
1.3.	Behandlung des Auftrages im Grossen Rat.....	4
2.	Vollzugsprobleme bei der Überprüfung der Einschränkung der Selbstdispensation bei Ärzten ohne Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke.....	4
3.	Keine Aufnahmepflicht der privaten Spitäler / keine Bewilligungspflicht für den Betrieb der öffentlichen Spitäler.....	6
II.	Schädlichkeit des Passivrauchens.....	6
1.	Definition des Passivrauchens.....	6
2.	Auswirkungen des Passivrauchens auf den menschlichen Organismus	8
III.	Schutz der Nichtraucher vor dem Passivrauchen auf Bundesebene	9
1.	Postulat der Kommission für Wirtschaft und Abgaben des Nationalrates	9
2.	Parlamentarische Initiative von Nationalrat Gutzwiller	10
3.	Bericht des Bundesrates zum Schutz vor Passivrauchen.....	10
IV.	Schutz der Nichtraucher vor dem Passivrauchen auf kantonaler Ebene	12
1.	Schutz der Arbeitnehmenden	12
2.	Allgemeiner Schutz der Bevölkerung.....	12
3.	Zulässigkeit eines partiellen Rauchverbotes in öffentlich zugänglichen geschlossenen Räumen und Anlagen	13
4.	Einführung eines partiellen Rauchverbotes in öffentlich zugänglichen geschlossenen Räumen und Anlagen	14
V.	Überprüfbare Umschreibung der die Ärzte ohne Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke zur Medikamentenabgabe berechtigenden Tatbestände	16
VI.	Einführung einer Aufnahmepflicht der privaten Spitäler und einer Bewilligungspflicht für den Betrieb der öffentlichen Spitäler.....	17
VII.	Erläuterungen zum Entwurf für eine Teilrevision des Gesundheitsgesetzes	17
1.	Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen	17
VIII.	Finanzielle und personelle Auswirkungen.....	22
IX.	Zeitliche Perspektiven der Umsetzung der Teilrevision des Gesundheitsgesetzes ...	23
X.	Beachtung der VFRR-Grundsätze	23

I. Ausgangslage

1. Schutz der Nichtraucher vor dem Passivrauchen

1.1. Kommissionsauftrag KGS betreffend den Schutz der Nichtraucher vor dem Passivrauchen

In der Oktobersession 2005 reichte die Kommission für Gesundheit und Soziales (KGS) zum Schutz der Nichtraucher vor dem Passivrauchen folgenden Auftrag ein (GRP 2005/2006 S. 432):

„In der Schweiz stirbt täglich ein Mensch am Tabakrauch, obwohl er nie geraucht hat. Im Verlaufe eines Jahres erkranken Tausende, viele davon schwer. Betroffen sind Personen jeden Alters. Die Kosten für das Gesundheitswesen und die Wirtschaft sind immens, das menschliche Leid ist gross, und die alltägliche Freiheitsbeschränkung für die grosse Mehrheit der Schweizer Bevölkerung ist beträchtlich.

Mittlerweile gesteht auch die Tabakindustrie ein, dass der Tabakrauch Dritter, das passive Rauchen, krank macht und tötet. Auch sie spricht sich für Massnahmen gegen den Passivrauch aus, der die hauptsächlichste Luftverschmutzung in Innenräumen ist. Für den Tabakrauch werden keine Grenzwerte festgelegt, weil schon kleinste Mengen Krebs erregend sind.

Mit Eigenverantwortung können die betroffenen Personen - 75 Prozent der Bevölkerung konsumieren keine Tabakprodukte - und Institutionen den Schaden nicht abwenden. Sie sind darauf angewiesen, dass in der bestehenden Gesetzgebung Lücken geschlossen werden.

Gestützt auf die vorstehende Ausgangslage wird die Regierung aufgefordert, dem Grossen Rat eine Vorlage für einen wirksamen Schutz der Nichtraucherinnen und Nichtraucher im Innern öffentlich zugänglicher Räume sowie im Innen- und Aussenbereich von Anlagen, die für die Ausbildung oder für Freizeitaktivitäten von Kindern und Jugendlichen genutzt werden, zu unterbreiten.“

1.2. Antwort der Regierung

Die Regierung beantwortete den Auftrag am 13. Dezember 2005 (Protokoll Nr. 1467) wie folgt:

„Passivrauchen stellt eine Gefahr für die Gesundheit dar. Passivrauchen kann bei Nichtraucherinnen und Nichtrauchern Lungenkrebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Asthma und Infektionen der Atemwege verursachen. Neueste Forschungsarbeiten zeigen, dass bei Nichtraucherinnen und Nichtrauchern eine einmalige, halbstündige Exposition im Passivrauch ausreicht, um das Herz zu schwächen. Das Risiko eines Herzschlags ist bei Nichtraucherinnen und Nichtrauchern, welche dem Passivrauch ausgesetzt sind, doppelt so hoch wie bei nicht Exponierten.

Schätzungen ergeben, dass in den USA jährlich ca. 50'000 Nichtraucher an den Folgen des Passivrauchens sterben, hauptsächlich infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Eine vorsichtige, auf diesen Ergebnissen basierende Schätzung für die Schweiz ergibt, dass jedes Jahr mehrere hundert Nichtraucher infolge des Passivrauchens sterben.

Nichtraucherinnen und Nichtraucher sind in aller Regel unfreiwillig dem Passivrauchen ausgesetzt, das heisst sie empfinden das Passivrauchen als Belästigung. Am häufigsten wird der Tabakrauch anderer in Restaurants und Cafés als belästigend empfunden.

Aufgrund der ausgewiesenen Gefährdung der Gesundheit, die vom Passivrauchen ausgeht, erachtet es die Regierung als angezeigt, durch eine entsprechende gesetzliche Regelung Nichtraucherinnen und Nichtraucher vor dem Passivrauchen in öffentlich zugänglichen Gebäuden und Einrichtungen unter Beachtung der Grundsätze der Praktikabilität und der Akzeptanz zu schützen.

Die Regierung beantragt gestützt auf diese Erwägungen die Überweisung des Kommissionsauftrages KGS betreffend den Schutz der Nichtraucherinnen und Nichtraucher im Sinne einer differenzierten Lösung.“

1.3. Behandlung des Auftrages im Grossen Rat

Der Kommissionsauftrag KGS wurde in der Februar Session 2006 vom Grossen Rat behandelt und mit 83 zu 22 Stimmen im Sinne der Antwort der Regierung überwiesen (GRP 2005/2006 S. 967 ff.).

Gemäss dem überwiesenen Auftrag ist die Regierung gehalten, dem Grossen Rat eine Regelung zum Schutz der Nichtraucher vor dem Passivrauchen vorzulegen.

2. Vollzugsprobleme bei der Überprüfung der Einschränkung der Selbstdispensation bei Ärzten ohne Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke

Gemäss Art. 36 Abs. 3 des Gesetzes über das Gesundheitswesen des Kantons Graubünden (Gesundheitsgesetz; BR 500.000) ist ein Arzt ohne Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke nur berechtigt, Heilmittel zur unmittelbaren Anwendung an Personen während der Konsultation, in Notfällen und bei Hausbesuchen sowie zur Sicherstellung der Erstversorgung abzugeben.

Zur Überprüfung der Einhaltung der Beschränkung des Selbstdispensationsrechtes der Ärzte ohne Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke hat das Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartement am 25. Mai 1992 eine paritätische mit je zwei Vertretern der Apotheker und der Ärzte besetzte Kommission eingesetzt. Die Kommission nahm anfänglich stichprobenweise, später auf Anzeige hin, eine pauschale Beurteilung der Einhaltung der Ein-

schränkung des Selbstdispensationsrechtes vor. Dabei wurden von den Versicherern in anonymisierter Form Arztrechnungen für Medikamente einverlangt und in der Folge die Zulässigkeit der Medikamentenabgabe überprüft. Dabei hat die Kommission den Begriff "Sicherstellung der Erstversorgung" – da keine Materialien für die Interpretation des Begriffs vorhanden sind – dahingehend interpretiert, dass lediglich die kleinste Originalpackung, innerhalb desselben Krankenscheins nicht mehrfach dasselbe Medikament abgegeben und kein Wechsel in der therapeutischen Gruppe vorgenommen werden darf. Entsprechend der Anzahl Widerhandlungen gegen die Beschränkung des Selbstdispensationsrechtes wurden eine Mahnung oder eine Verwarnung ausgesprochen und in einzelnen Fällen ein Strafverfahren eingeleitet.

Aufgrund eines neuen Kantonsgerichtsurteils kann dieses aufgrund der beschränkten personellen Ressourcen gewählte pragmatische Vorgehen nicht länger aufrechterhalten bleiben. Gemäss den Vorgaben des Kantonsgerichts ist das Gesundheitsamt als zuständige Behörde gehalten, bei jeder beanstandeten Arztrechnung für Medikamente konkret darzulegen, worin die strafbare Handlung besteht und unter welchen der in Art. 36 Abs. 3 des Gesundheitsgesetzes aufgelisteten Tatbestände der allfällige Verstoss zu subsumieren ist. Hiefür müssen die Krankengeschichten der Patienten des betreffenden Arztes beigezogen werden. Eventuell sind zusätzlich die Patienten zu befragen. Hinsichtlich der Schuldform verlangt das Kantonsgericht, dass das Gesundheitsamt jeden einzelnen Fall und damit jede einzelne Medikamentenabgabe darauf hin überprüft, ob eine vorsätzliche oder bloss eine fahrlässige Tatbegehung vorliegt. Das Kantonsgericht hat zudem durchblicken lassen, dass das Gesundheitsamt zumindest bei "komplexeren" Sachverhalten dem Beschuldigten eine persönliche "Anhörung" gewähren muss. Bei derartigen Fällen ist nach Auffassung des Kantonsgerichts im Rahmen der Beweisaufnahme eine Einvernahme anzusetzen, um mit dem Beschuldigten die in Frage kommenden Widerhandlungen zu erörtern.

Die Umsetzung des vom Kantonsgericht geforderten Beweisverfahrens und die Pflicht zur Begründung jeder einzelnen Widerhandlung gegen Art. 36 Abs. 3 des Gesundheitsgesetzes haben beim Gesundheitsamt einen erheblichen Mehraufwand zur Folge. Dieser Mehraufwand kann mit den derzeitigen personellen Ressourcen nicht bewältigt werden. Angesichts des Stellenstopps in der kantonalen Verwaltung können dem Gesundheitsamt die für die Überprüfung der Einhaltung der Einschränkung des Selbstdispensationsrechtes der Ärzte ohne Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke gemäss den Vorgaben des Kantonsgerichts erforderlichen zusätzlichen personellen Ressourcen nicht zur Verfügung ge-

stellt werden. Somit ergibt sich der Schluss, dass ohne gesetzgeberische Änderungen der Bestimmung von Art. 36 Abs. 3 des Gesundheitsgesetzes nicht oder zumindest nur sehr beschränkt Nachachtung verschafft werden kann.

3. Keine Aufnahmepflicht der privaten Spitäler / keine Bewilligungspflicht für den Betrieb der öffentlichen Spitäler

Zum Zeitpunkt des Erlasses des Gesundheitsgesetzes im Jahre 1983 bildeten die privaten Spitäler und Kliniken nicht Bestandteil der medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung. Entsprechend wurde im Gesundheitsgesetz in Art. 19 nur für öffentliche Spitäler und Kliniken eine Aufnahmepflicht statuiert. Private Spitäler und Kliniken sind entsprechend gemäss der geltenden Gesetzgebung nicht zur Aufnahme von kranken und verunfallten Personen verpflichtet.

Im Gegensatz zu den privaten Spitälern und Kliniken untersteht gemäss Art. 25 des Gesundheitsgesetzes der Betrieb von öffentlichen Spitälern heute keiner Bewilligungspflicht. Dieser Umstand verunmöglicht die Wahrnehmung der dem Kanton gemäss Art. 6 des Gesundheitsgesetzes obliegenden gesundheitspolizeilichen Aufgaben.

II. Schädlichkeit des Passivrauchens

1. Definition des Passivrauchens

Tabakrauch ist mit Abstand der bedeutendste und gefährlichste vermeidbare Innenraum-schadstoff und die führende Ursache von Luftverschmutzung in Innenräumen, sofern dort geraucht wird. Wird der Tabakrauch über die Atemluft von gegenwärtig nichtrauchenden Menschen aufgenommen, spricht man von Passivrauchbelastung oder vom Passivrauchen.

Der beim Passivrauchen eingeatmete Rauch besteht aus dem Nebenstromrauch, der beim Verglimmen der Zigarette zwischen den Zügen entsteht, sowie aus den vom Raucher wieder ausgeatmeten Bestandteilen des Hauptstromrauchs. Der grösste Teil des Tabakrauchs in der Raumluft besteht aus Substanzen des Nebenstromrauchs.

Der Haupt- und der Nebenstromrauch weisen qualitativ eine vergleichbare chemische Zusammensetzung auf. Neben zahlreichen toxischen Substanzen wie Ammoniak, Stickstoff-

oxiden und Schwefeloxid, welche die Augen und die oberen Atemwege reizen, enthält der Passivrauch auch die krebserregenden Stoffe, die im Hauptstromrauch einer Zigarette identifiziert wurden. Quantitativ weisen Haupt- und Nebenstromrauch jedoch erhebliche Unterschiede auf. In der Regel ist die Konzentration dieser Stoffe im Nebenstromrauch höher als im Hauptstromrauch. Die Unterschiede können ein Vielfaches (bis zum 100-fachen) betragen. Der Grund für die unterschiedliche Konzentration an Schadstoffen liegt im Verbrennungsprozess. Der Hauptstromrauch entsteht bei einer Temperatur von 950 Grad Celsius, während die Verbrennungstemperatur des Nebenstromrauches 500 Grad Celsius beträgt. Aufgrund der niedrigeren Verbrennungstemperatur setzt der Nebenstromrauch mehr giftige und krebserregende Stoffe frei als der Hauptstromrauch.

Von den über 4'800 bekannten Substanzen, die ein Raucher durch den Hauptstromrauch der Zigarette inhaliert, ist bei über 40 Substanzen nachgewiesen, dass sie krebserregend sind. Für die im Tabakrauch enthaltenen Kanzerogene (Kanzerogene sind Stoffe, die Krebs erzeugen beziehungsweise fördern können) können keine Wirkungsschwellen als Dosismass definiert werden, unterhalb derer keine Gesundheitsgefährdung zu erwarten wäre. Zwar sinkt mit abnehmender Dosis das Risiko proportional, es wird jedoch auch unterhalb des experimentell zugänglichen Nachweisbarkeitsbereiches nicht null. In mehreren Studien wurde nachgewiesen, dass im Blut oder Urin von Nichtrauchern, die dem Passivrauch ausgesetzt sind, kanzerogene Stoffe zumeist in erhöhter Konzentration vorliegen. Auch nicht messbare Mengen genotoxischer Kanzerogene führen zu Änderungen beziehungsweise Schädigungen der genetischen Informationen in den Zellen. Diese genetischen Informationen sind für die Bildung, Erhaltung und Entwicklung der Zellen notwendig. Die Schädigungen sind irreparabel und werden an sämtliche Tochterzellgenerationen weitergereicht. Die Erbgutschäden addieren sich bei wiederholter Einwirkung der Kanzerogene auf. Somit können auch kleinste Belastungen mit den im Tabakrauch enthaltenen genotoxischen Kanzerogene zur Entwicklung von Tumoren führen.

Der Passivrauch setzt sich aus gasförmigen und partikelförmigen Substanzen zusammen. Die partikelförmigen Substanzen werden auch als Tabakfeinstaub bezeichnet. Tabakfeinstaub kommt im Wesentlichen in den Partikelgrößen von 1 bis 10 Mikrometern vor. Diese kleinen Partikel sind besonders gefährlich, weil sie bis in die Lungenbläschen vordringen können und dort lange Zeit verbleiben. Diese Feinstaubpartikel können Allergien und Asthma auslösen und bereits bestehende chronische Krankheiten wie chronische Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstärken.

Die Verweildauer der einzelnen Komponenten des Passivrauchs in der Raumluft ist beträchtlich, denn die Tabakfeinstaubpartikel lagern sich an den Wänden, Decken, Böden und Gegenständen ab und werden von dort wieder in Umlauf gesetzt. Innenräume, in denen Rauchen erlaubt ist, stellen somit auch dann eine potentielle Gefahrenquelle für die Gesundheit dar, wenn dort aktuell nicht geraucht wird. Auch der so genannte kalte Rauch stellt eine Gesundheitsgefährdung für die exponierten Personen dar.

2. Auswirkungen des Passivrauchens auf den menschlichen Organismus

Ein Zusammenhang zwischen Passivrauchen und negativen gesundheitlichen Konsequenzen wurde bereits Ende der 1960er Jahre nachgewiesen. Die ersten Publikationen, die einen Kausalzusammenhang zwischen Passivrauchen und Lungenkrebs bestätigten, erschienen Mitte der 1980er Jahre. Mittlerweile belegen zahlreiche epidemiologische und toxikologische Übersichtsarbeiten das gesamte Ausmass der gesundheitsschädigenden Auswirkungen des Passivrauchens. Diese Arbeiten zeigen, dass Personen, die dem Passivrauch ausgesetzt sind, die gleichen akuten und chronischen Erkrankungen wie Raucher erleiden können.

Passivrauch verursacht Augenbrennen und -tränen sowie Schwellungen und Rötungen der Schleimhäute. Neben Reizungen des Atemtraktes und akuten respiratorischen Symptomen wie Auswurf, Husten, Atembeschwerden oder Kurzatmigkeit bei körperlicher Belastung ist die Exposition mit Passivrauch auch für das Auftreten von Kopfschmerzen, Schwindelanfällen, Atemlosigkeit, Müdigkeit und erhöhter Infektanfälligkeit verantwortlich. Die akuten Wirkungen auf die empfindlichen Schleimhäute der Augen und des Atemtraktes sind überwiegend auf die Reizwirkung verschiedener reaktiver Stoffe in der Gasphase des Tabakrauchs zurückzuführen. Selbst kurzzeitiges Passivrauchen kann daher bereits zu einer akuten Einschränkung der Körperfunktionen der Betroffenen führen.

Passivrauch ist aber vor allem ein Grund für die Entwicklung zahlreicher und häufig auftretender chronischer Krankheiten und Todesursachen bei Erwachsenen. Hierzu gehören in erster Linie Lungenkrebs, Gebärmutterhalskrebs, koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, periphere arterielle Verschlusskrankheit, Asthma, Lungenentzündung, Bronchitis, Verschlimmerung der Mukoviszidose (angeborene Stoffwechselkrankheit, die in eine generalisierte Dysfunktion exokriner Drüsen resultiert) und chronischobstruktive Lungenerkrankungen.

Insbesondere Kleinkinder sind aufgrund ihrer noch nicht voll entwickelten Organe durch das Passivrauchen noch stärker gefährdet als Erwachsene. Kleine Kinder nehmen mehr Schadstoffe durch die Atemluft auf, da sie im Vergleich zu Erwachsenen eine erhöhte Atmungsaktivität aufweisen. Kinder, welche mitrauchen, weisen oft eine verminderte Lungenfunktion auf, die im Erwachsenenalter anhält. Im Weiteren steigt die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind an Asthma erkranken kann. Kleinkinder, welche regelmässig dem Passivrauch ausgesetzt sind, leiden häufiger an Atemwegserkrankungen, Bronchitis, Lungenentzündungen, Grippe, Husten, Auswurf und Mittelohrentzündung als nicht exponierte Kleinkinder. Bei Säuglingen besteht die Gefahr des plötzlichen Kindstodes.

Durch unfreiwilliges Mitrauchen werden aber bereits Ungeborene belastet. Die Giftstoffe des Tabakrauches, die die Mutter aufnimmt, gelangen über die Plazenta und die Nabelschnurgefässe direkt zum Kind. Für Ungeborene steigen damit die Risiken für niedriges Geburtsgewicht, Frühgeburt und sogar Totgeburt. Auch können die Lungenreifung und die Entwicklung des Weckzentrums im Gehirn des Kindes beeinträchtigt werden.

III. Schutz der Nichtraucher vor dem Passivrauchen auf Bundesebene

1. Postulat der Kommission für Wirtschaft und Abgaben des Nationalrates

Am 9. Juli 2002 reichte die Kommission für Wirtschaft und Abgaben des Nationalrats ein Postulat „Schutz vor dem Passivrauchen“ ein. Der Bundesrat wurde darin ersucht, gestützt auf Artikel 118 der Bundesverfassung (BV; SR 101) die Möglichkeit zu prüfen, verbindliche schweizerische Richtlinien zum Schutz vor dem Passivrauchen, z. B. Einschränkungen des Rauchens im öffentlichen Raum, Einführung und Ausdehnung rauchfreier Zonen, zu erlassen.

Das Postulat wurde am 25. September 2002 vom Nationalrat angenommen und an den Bundesrat überwiesen.

2. Parlamentarische Initiative von Nationalrat Gutzwiller

Am 8. Oktober 2004 reichte Nationalrat Felix Gutzwiller eine Initiative ein, die den Schutz der Bevölkerung und der Wirtschaft vor dem Passivrauchen verlangt. Durch Änderung der bestehenden Gesetzgebung sollen Bevölkerung und Wirtschaft vor den gesundheitsschädigenden und einschränkenden Wirkungen des passiven Rauchens geschützt werden, insbesondere an Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen, in der öffentlichen Verwaltung, an den Arbeitsplätzen und in Räumen und Verkehrsmitteln, die für den freien Zugang beziehungsweise für die Nutzung durch die Allgemeinheit bestimmt sind.

Die nationalrätliche Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit hat am 28. April 2005 mit 14 zu 6 Stimmen bei zwei Enthaltungen und die ständerätliche Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit am 30. August 2005 einstimmig der Initiative Folge gegeben. Die nationalrätliche Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit hat anschliessend die Subkommission „Passivrauchen“ eingesetzt. Die Subkommission hat die Aufgabe, die Möglichkeiten zur Verbesserung des Schutzes der Bevölkerung vor dem Passivrauchen zu prüfen und der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit einen entsprechenden Bericht abzuliefern.

3. Bericht des Bundesrates zum Schutz vor Passivrauchen

Der Bundesrat hält in seinem in Erfüllung des Postulates der Kommission für Wirtschaft und Abgaben verfassten Bericht vom 10. März 2006 (BBI 2006 S. 3695 ff.) fest, dass heute auf Bundesebene mehrere verfassungsrechtliche und gesetzliche Grundlagen zur Umsetzung von effizienten Massnahmen zum Schutz der Bevölkerung vor dem Passivrauchen bereits bestehen. Mit der Verankerung des Grundsatzes von rauchfreien geschlossenen öffentlich zugänglichen Räumen auf Gesetzesstufe könnte in einem zweiten Schritt ein Paradigmenwechsel angestrebt werden, um auf diese Weise allen Arbeitnehmenden einen rauchfreien Arbeitsplatz zu verschaffen bei gleichzeitiger Verbesserung des Schutzes der Bevölkerung. Dies hätte hauptsächlich mit einer Änderung der Arbeitsgesetzgebung und / oder mit der Erarbeitung eines neuen Gesetzes zu erfolgen. Die möglichen Massnahmen zum Schutz vor dem Passivrauchen im Rahmen der geltenden und einer revidierten Gesetzgebung werden im Bericht im Einzelnen beleuchtet.

Zur Gesundheitsgefährdung durch Passivrauchen hält der Bericht folgendes fest:

- Passivrauchen schadet der Gesundheit erheblich. In der Schweiz sterben jedes Jahr mehrere hundert Personen einen verfrühten Tod infolge des Passivrauchens.
- Es zeichnet sich eine Änderung der Wahrnehmung ab: Der Schutz der Gesundheit der Bevölkerung wird zunehmend als wichtiger erachtet als die Möglichkeit, überall rauchen zu können.
- Die Einführung von Rauchverboten ist eine wirksame Massnahme zum Schutz vor Passivrauchen. Sie ist einfach umzusetzen und kostet praktisch nichts.
- Ein Paradigmenwechsel muss vollzogen werden: Alle geschlossenen, der Öffentlichkeit zugänglichen Räume gelten grundsätzlich als rauchfrei.
- Die Einrichtung von speziellen Raucherräumen ist nur dann erstrebenswert, wenn diese von rauchfreien Räumen abgetrennt sind, über ein leistungsfähiges Lüftungssystem verfügen und in der Hotellerie und im Gastgewerbe ohne Bedienung sind.
- Die Erfahrungen im Ausland mit der Einführung von Rauchverboten haben im Bereich der Hotellerie und des Gastgewerbes keine negativen wirtschaftlichen Folgen gezeigt. Im Gegenteil, es könnte sogar ein positiver Effekt eintreten.

Als prioritär erachtet der Bundesrat in Übereinstimmung mit den Zielen des nationalen Programms zur Tabakprävention den Schutz der Arbeitnehmenden am Arbeitsplatz sowie den Schutz der Bevölkerung in öffentlichen Räumen.

Zum weiteren Vorgehen hält der Bundesrat fest, dass er nicht beabsichtigt, vor Abschluss der Arbeiten der Subkommission „Passivrauchen“ der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates, welche als Folge der parlamentarischen Initiative Gutzwiller eingesetzt wurde, konkrete Massnahmen zu ergreifen. Die Subkommission prüfe zurzeit die vorhandenen Möglichkeiten zur Verbesserung des Schutzes der Bevölkerung vor dem Passivrauchen. Die Handlungsoptionen würden in die gleiche Richtung wie in seinem Bericht aufgezeigt gehen. Der Bundesrat werde zum gegebenen Zeitpunkt über allenfalls zu treffende Massnahmen entscheiden.

IV. Schutz der Nichtraucher vor dem Passivrauchen auf kantonaler Ebene

1. Schutz der Arbeitnehmenden

Das Bundesgesetz über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel (Arbeitsgesetz; ArG; SR 822.11) verpflichtet in Art. 6 die Arbeitgeber, zum Schutz der Gesundheit der Arbeitnehmer alle Massnahmen zu treffen, die nach der Erfahrung notwendig, nach dem Stand der Technik anwendbar und nach den Verhältnissen des Betriebs angemessen sind. Der Arbeitgeber hat insbesondere die betrieblichen Einrichtungen und den Arbeitsablauf so auszugestalten, dass Gesundheitsgefährdungen und Überbeanspruchungen der Arbeitnehmer nach Möglichkeit vermieden werden. Diese Vorschrift gilt für die privaten und (mit Ausnahmen) für die öffentlichen Betriebe sowie für die öffentlichen Verwaltungen von Bund, Kantonen und Gemeinden.

Die vom Bundesrat gestützt auf Art. 6 ArG erlassene Verordnung 3 zum Arbeitsgesetz (ArGV 3; SR 822.113) stipuliert in Art. 19, dass der Arbeitgeber im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten dafür zu sorgen hat, dass die Nichtraucher nicht durch das Rauchen anderer Personen belästigt werden.

Das für den Vollzug der Arbeitsgesetzgebung im Kanton zuständige kantonale Amt für Industrie, Gewerbe und Arbeit (Abteilung Arbeitsinspektorat) verlangt im Rahmen der Plan genehmigung und -begutachtung von Gebäuden mit Arbeitsplätzen vom Bauherr beziehungsweise Arbeitgeber, dass dieser im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten Massnahmen für den Nichtraucherschutz (z. B. Raucherecken, getrennte Arbeitsräume und Aufenthaltsräume für Raucher und Nichtraucher, etc.) trifft.

Es ist davon auszugehen, dass die parlamentarische Initiative von Nationalrat Gutzwiller zu einer Verstärkung des Schutzes der Arbeitnehmenden vor dem Passivrauchen und einer Verschärfung von Art. 19 ArGV 3 führen wird, da dieser Artikel offen formuliert ist und die zu treffenden Massnahmen von den betrieblichen Möglichkeiten abhängig macht.

2. Allgemeiner Schutz der Bevölkerung

In der geltenden Gesetzgebung des Kantons sind nur vereinzelt das Rauchen regelnde Bestimmungen anzutreffen. Folgende Benutzungsreglemente enthalten von der Regierung

im Rahmen der Hausgewalt erlassene Bestimmungen, in denen das Rauchen verboten oder eingeschränkt wird:

- Schulordnung für die Bündner Kantonsschule Chur (BR 425.110)
Art. 43 Abs. 1 und Art. 44 Abs. 1 halten fest, dass das Rauchen auf dem Schulareal für Schüler generell und bei Schulanlässen für Schüler unter 16 Jahren verboten ist.
- Schulordnung für das landwirtschaftliche Bildungs- und Beratungszentrum Plantahof (LBBZ; BR 919.200)
Das Rauchen ist laut Art. 23 Abs. 1 auf dem gesamten Plantahofareal verboten.
- Benutzungsordnung der Kantonsbibliothek Graubünden (BR 490.250)
Gemäss Art. 5 Abs. 1 gilt in der ganzen Bibliothek ein Rauchverbot.

Diese Bestimmungen richten sich somit nur an sehr eingeschränkte Zielgruppen.

Die im Zuge der Totalrevision des Gastwirtschaftsgesetzes für den Kanton Graubünden auf den 1. Januar 1999 aufgehobene Ausführungsverordnung verpflichtete in Art. 39 Abs. 1 die Gastwirtschaftsbetriebe, den Bedürfnissen der Nichtraucher nach Möglichkeit Rechnung zu tragen. Im heute geltenden Gastwirtschaftsgesetz für den Kanton Graubünden (BR 945.100) beziehungsweise in den Ausführungsbestimmungen zum Gastwirtschaftsgesetz (BR 945.110) ist keine solche Bestimmung mehr enthalten.

Bis heute fehlen Gesetzesbestimmungen, die der Bevölkerung einen allgemeinen Schutz vor dem Passivrauchen gewähren. Mit der vorliegenden Teilrevision des Gesundheitsgesetzes soll nun diese Lücke geschlossen werden.

3. Zulässigkeit eines partiellen Rauchverbotes in öffentlich zugänglichen geschlossenen Räumen und Anlagen

Wie alle Grundrechte können die persönliche Freiheit der Raucher und die Wirtschaftsfreiheit der Gewerbebetreibenden, insbesondere der Gastwirte, unter den in Art. 36 BV genannten Voraussetzungen eingeschränkt werden. Ob das Rauchen überhaupt in den Schutzbereich der persönlichen Freiheit fällt, ist umstritten. Eine Einschränkung von Grundrechten bedarf einer gesetzlichen Grundlage, sie muss im öffentlichen Interesse liegen und verhältnismässig sein. Selbst wenn sich die Raucher nicht auf das Grundrecht der persönlichen Freiheit berufen könnten, muss sich die Gesetzgebung zum Schutz vor dem Passivrauchen in jedem Fall an den Grundsätzen des öffentlichen Interesses und der Ver-

hältnismässigkeit orientieren. Artikel 5 Abs. 2 BV schreibt vor, dass staatliches Handeln immer im öffentlichen Interesse liegen und verhältnismässig sein muss.

Massnahmen zum Schutz vor dem Passivrauchen erfolgen zum Schutz der Gesundheit der Nichtraucher. Gesundheitsschädigungen durch Passivrauchen gelten als wissenschaftlich erwiesen. Massnahmen zum Schutz vor dem Passivrauchen liegen damit klarerweise im öffentlichen Interesse. Grundrechte Dritter gelten als öffentliche Interessen, welche Einschränkungen von Grundrechten rechtfertigen. Der Nichtraucher, der gegen seinen Willen dem Passivrauchen ausgesetzt ist, kann sich auf das Grundrecht der persönlichen Freiheit berufen.

Der Grundsatz der Verhältnismässigkeit verlangt, dass die vom Gesetzgeber gewählte Massnahme zur Verwirklichung des im öffentlichen Interesse liegenden Ziels geeignet und notwendig ist. Ausserdem muss die Massnahme zumutbar sein, der angestrebte Zweck muss in einem vernünftigen Verhältnis zu den erzielten Wirkungen, d. h. zu den zu seiner Erreichung notwendigen Einschränkungen Einzelner, stehen.

Ein Rauchverbot ist zweifellos geeignet, wirksam vor dem Passivrauchen zu schützen. Wo nicht geraucht wird, gibt es auch kein Passivrauchen. Wo durch weniger einschneidende Massnahmen (z. B. durch getrennte Räume für Raucher und Nichtraucher oder Raucherplätze im Freien) der Schutz vor Passivrauchen gewährleistet werden kann, ist ein vollständiges Rauchverbot jedoch nicht erforderlich und daher unverhältnismässig.

Der Aspekt der Zumutbarkeit verlangt, dass im Rahmen der Ausgestaltung der Gesetzgebung zum Schutz vor Passivrauchen die Interessen der Raucher mitberücksichtigt werden. Jedem Raucher ist ein vollständiges Rauchverbot für kürzere Zeit zumutbar. An Orten, an denen sich Raucher über längere Zeit aufhalten, ist aber auch ihren Interessen Rechnung zu tragen.

Gestützt auf diese Ausführungen ist davon auszugehen, dass gesetzliche Regelungen zum Schutz vor dem Passivrauchen verfassungsrechtlich zulässig sind, wenn die Interessen der Raucher angemessen mitberücksichtigt werden.

4. Einführung eines partiellen Rauchverbotes in öffentlich zugänglichen geschlossenen Räumen und Anlagen

Angesichts der durch den Tabakrauch ausgehenden Gesundheitsgefährdung soll zum Schutze der Nichtraucher vor dem Passivrauchen grundsätzlich für öffentlich zugängliche

geschlossene Räume ein Rauchverbot eingeführt werden. Im Innen- und Aussenbereich von Schularealen und Sportanlagen sowie von Begegnungs- und Betreuungsstätten für Kinder und Jugendliche soll das Rauchen aus Präventionsgründen generell verboten werden.

Im Rahmen der Erarbeitung des vorliegenden Vernehmlassungsentwurfes wurden Ausnahmen vom Rauchverbot in kleinflächigen Gastwirtschaftsbetrieben, Bars, Diskotheken, Dancings und Nachtlokale in Erwägung gezogen und geprüft. Aus Gründen der fehlenden Vollzugstauglichkeit wurden sämtliche Ausnahmeregelungen wieder verworfen.

Nachfolgend ist im Sinne der Ausführungen unter Kapitel IV.3 zu prüfen, unter welchen Rahmenbedingungen im Sinne der Berücksichtigung der Interessen der Raucher das Rauchen in öffentlich zugänglichen geschlossenen Räumen zugelassen werden kann. Im Vordergrund stehen dabei der Einbau Lüftungstechnischer Anlagen, die Einführung eines zeitlich beschränkten Rauchverbotes und die Zulassung des Rauchens in separaten Raucherräumen.

Lüftungstechnische Anlagen schützen nicht wirksam genug vor den gesundheitsgefährdenden Schadstoffen des Tabakrauchs, da selbst die modernsten Ventilationssysteme die gefährlichen Inhaltsstoffe des Tabakrauchs nicht vollständig aus der Raumluft eliminieren können. Bei fortgesetzter Rauchbelastung, wie sie beispielsweise in Gaststätten und Restaurants üblich ist, führt nicht einmal ein starker und stetiger Luftaustausch zu einer vollständigen Elimination der Schadstoffe des Tabakrauchs. Da für die im Passivrauch enthaltenen krebserregenden Stoffe kein gesundheitsunbedenklicher unterer Schwellenwert angegeben werden kann, existiert auch keine Handlungsgrundlage, nach der Ventilationssysteme eingesetzt werden könnten, um die Gefahren des Passivrauchens zu vermeiden.

Keinen genügenden Schutz bieten auch zeitlich beschränkte Rauchverbote (z. B. während der Essenszeiten), weil die Halbwertszeit von Partikeln und gasförmigen Bestandteilen des Tabakrauchs gross ist. Sie beträgt beispielsweise bei Stickoxiden zwei Stunden. Die Schadstoffe lassen sich somit nicht innerhalb von kurzer Zeit aus den Räumen entfernen. Die Gesundheitsgefährdung durch Passivrauchen bleibt, sowohl in den Zeiten, in denen ein Rauchverbot als auch in denen eine Raucherlaubnis herrscht, unverändert bestehen.

Lüftungstechnische Massnahmen und Rauchverbote während gewissen Zeiten stellen somit keinen wirksamen Schutz der Nichtraucher vor dem Passivrauchen dar.

Eine wirksame Lösung zum Schutze der Nichtraucher vor dem Passivrauchen in öffentlich zugänglichen geschlossenen Räumen bildet hingegen die Schaffung beziehungsweise Ausscheidung von separaten Räumen, in denen das Rauchen im Gegensatz zu den übrigen Räumen gestattet ist.

Wie bereits einleitend festgehalten, soll im Innen- und Aussenbereich von Schularealen und Sportanlagen sowie von Begegnungs- und Betreuungsstätten für Kinder und Jugendliche das Rauchen aus Präventionsgründen generell, d. h. sowohl für Schüler wie für Lehrer, verboten werden. Untersagt ist damit auch das Rauchen bei Veranstaltungen, die im Innen- und Aussenbereich von Schularealen und Sportanlagen sowie von Begegnungs- und Betreuungsstätten für Kinder und Jugendliche stattfinden. Soweit sich diese Veranstaltungen überwiegend an Erwachsene richten, soll im Sinne der Berücksichtigung der wirtschaftlichen Interessen der Veranstalter wie auch der Interessen der Raucher das Rauchverbot von den Gemeinden beschränkt auf den entsprechenden Anlass dahingehend aufgehoben werden können, dass das Rauchen in separaten Raucherräumen oder an definierten Orten im Aussenbereich dieser Anlagen erlaubt ist.

Die vorstehend dargestellte Umsetzung des partiellen Rauchverbotes trägt den Interessen der Raucher angemessen Rechnung.

V. Überprüfbare Umschreibung der die Ärzte ohne Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke zur Medikamentenabgabe berechtigenden Tatbestände

Die im Kapitel I.2 aufgezeigten Vollzugsprobleme bei der Überprüfung der Einhaltung der Einschränkung des Selbstdispensationsrechtes der Ärzte ohne Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke sind darauf zurückzuführen, dass mindestens ein Teil der Fälle, in denen ein Arzt auch ohne Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke berechtigt ist Heilmittel abzugeben, in Art. 36 Abs. 3 des Gesundheitsgesetzes unklar formuliert ist. Sachverhalte, bei denen eine Abgabe zulässig ist, können von den Fällen, bei denen eine Abgabe nicht zulässig ist, nicht oder zumindest nicht ohne unverhältnismässigen Aufwand abgegrenzt werden. Diese Problematik betrifft konkret die Tatbestände der Abgabe von Medikamenten in Notfällen und zur Sicherstellung der Erstversorgung. Wann ein Notfall vorliegt und wann eine Situation gegeben ist, bei der die Medikamentenabgabe zur Sicherstellung der Erstversorgung notwendig ist, hängt auch vom subjektiven Empfinden

des Arztes wie aber auch des Patienten ab. Eine Widerhandlung gegen diese Tatbestände lässt sich entsprechend nur mit einem unverhältnismässigen Aufwand so belegen, dass die entsprechende Beurteilung einer gerichtlichen Überprüfung standhält. Das Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartement erachtet es deshalb als zwingend erforderlich, in Art. 36 Abs. 3 des Gesundheitsgesetzes die Tatbestände, in denen ein Medikament abgegeben werden kann, so zu umschreiben, dass die Überprüfung der Einhaltung dieser Tatbestände mit einem administrativ vertretbaren Aufwand durchgeführt werden kann.

VI. Einführung einer Aufnahmepflicht der privaten Spitäler und einer Bewilligungspflicht für den Betrieb der öffentlichen Spitäler

Seit der Einführung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) im Jahre 1996 sind die Kantone verpflichtet, bei der Planung der Grundversorgung der Bevölkerung auch die Angebote der privaten Spitäler und Kliniken mit zu berücksichtigen. Soweit die privaten Spitäler und Kliniken in der Spitalliste zur Behandlung von Patienten zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen werden, erscheint es angezeigt, sie auch zur Aufnahme von krankenpflegegrundversicherten Patienten zu verpflichten. Gemäss Art. 41 Abs. 1 lit. b KVG haben alle nur obligatorisch Versicherten in ihrem Wohnkanton Anspruch auf freie Wahl unter den allgemeinen Abteilungen derjenigen Spitäler, die in der kantonalen Spitalliste aufgeführt sind, und zwar ohne jegliche Zusatzversicherung.

Im Sinne einer Gleichbehandlung mit den privaten Spitälern und Kliniken sind die öffentlichen Spitäler ebenso wie die privaten Spitäler und Kliniken künftig der Bewilligungspflicht zu unterstellen.

VII. Erläuterungen zum Entwurf für eine Teilrevision des Gesundheitsgesetzes

1. Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen

Art. 15a lit. a

In den öffentlich zugänglichen geschlossenen Räumen ist das Rauchen grundsätzlich verboten. Das Rauchen ist einzig in separaten Raucherräumen erlaubt. Diese Räume müssen so eingerichtet sein, dass der Rauch nicht in die anderen Räume gelangen kann.

Unter einem geschlossenen Raum wird eine in der Länge, Breite und Höhe fest eingegrenzte räumliche Ausdehnung verstanden. Als geschlossener Raum gilt beispielsweise auch ein Zelt.

Als öffentlich zugängliche Räume gelten geschlossene Räume, die grundsätzlich jedermann kostenlos oder gegen Bezahlung zugänglich sind. Räume, die nur bei Erfüllung gewisser Rahmenbedingungen, wie z. B. einer Mitgliedschaft, betreten werden dürfen, gelten nicht als öffentlich zugänglich. Die Anforderungen an die Erlangung der Mitgliedschaft müssen dabei so ausgestaltet sein, dass sie nicht jedermann ohne weiteres erwerben kann. Ist der Raum trotz des Erfordernisses der Mitgliedschaft im Ergebnis grundsätzlich jedermann frei zugänglich, ist er als öffentlich im Sinne der vorliegenden Bestimmung zu qualifizieren und untersteht demnach dem Rauchverbot.

Nicht öffentlich zugänglich sind Zimmer in Hotels und ähnliche Übernachtungsangebote sowie Einzelzimmer in Spitälern, Kliniken und Alters- und Pflegeheimen.

Im Rahmen der Erarbeitung des vorliegenden Vernehmlassungsentwurfes wurde in Erwägung gezogen, das Rauchen in Gaststätten durch die Gemeinden erlauben zu lassen, falls die Schaffung von Raucherräumen mit unverhältnismässigen Kosten verbunden ist oder der Betreiber eines kleinflächigen Gastwirtschaftsbetriebes sein Lokal als Raucherlokal deklarieren möchte. Diese Überlegungen wurden in der Folge aus Gründen der Gleichbehandlung wieder fallen gelassen, da die Betreiber der kleineren Gaststätten bei einer solchen Regelung im Vergleich zu denen der grösseren Gaststätten bevorzugt würden, hätten sie doch im Gegensatz zu den grösseren Gaststätten die Möglichkeit zu entscheiden, ob sie ihr Lokal als Raucher- oder Nichtraucherlokal führen möchten.

In Erwägung gezogen wurde auch Bars, Diskotheken, Dancings und Nachtlokale, insbesondere aufgrund der Lärmimmissionen und der Nachtruhestörung durch rauchende Personen ausserhalb der Lokale im Falle eines Rauchverbotes, vom Rauchverbot auszunehmen, soweit sie nur von Personen, die über 18 Jahre alt sind, besucht werden. Aus Vollzugsgründen wurde in der Folge davon Abstand genommen. Die definitionsmässige Abgrenzung dieser Lokale von den Gastwirtschaftsbetrieben, in denen ein Rauchverbot

herrscht, erweist sich in der Praxis als äusserst schwierig. So lassen sich kaum einer gerichtlichen Überprüfung standhaltende Kriterien für eine Abgrenzung einer Bar von einem normalen Gastwirtschaftsbetrieb oder von einer Diskothek zu einem normalen Gastwirtschaftsbetrieb mit Musik ab Tonträgern finden. Diese Tatsache zeigt, dass bei Zulassung des Rauchens in Bars, Diskotheken, Dancings, Nachtlokalen und dergleichen viele Betreiber von Gastwirtschaftsbetrieben versuchen dürften, durch Vorkehrungen untergeordneter Natur ihren Betrieb zu einem Gastwirtschaftsbetrieb, in dem das Rauchen erlaubt wäre, umzufunktionieren. Mit der eingangs in Erwägung gezogenen Regelung würde im Ergebnis das angestrebte Rauchverbot in öffentlichen Gastwirtschaftsbetrieben unterlaufen.

In diesem Zusammenhang ist schliesslich darauf hinzuweisen, dass auch diesen Betrieben die Möglichkeit offen steht, separate Räume für Raucher einzurichten.

Art. 15a lit. b

Generell verboten, und zwar in allen Räumen und auf dem ganzen Areal, ist das Rauchen im Innenbereich von Schularealen und Sportanlagen sowie von Begegnungs- und Betreuungsstätten für Kinder und Jugendliche. In diesen Anlagen ist somit die Einrichtung von separaten Raucherräumen nicht zulässig. Aus Präventionsgründen gegenüber Kindern und Jugendlichen gilt das generelle Rauchverbot auch für den Aussenbereich der Schularealen und Sportanlagen sowie der Begegnungs- und Betreuungsstätte für Kinder und Jugendliche. Den Lehrern ist es deshalb auch nicht gestattet in den Lehrerzimmern zu rauchen. Nicht als Sportanlagen gelten beispielsweise Skianlagen, Langlaufloipen oder Freibäder. Fussballplätze oder Eisbahnen dagegen unterstehen dem Rauchverbot. Unter Begegnungsstätten werden Freizeitzentren und dergleichen verstanden. Unter den Begriff der Betreuungsstätten fallen alle Betreuungsangebote wie Krippen, Kindergärten, Mittagstische etc.

In öffentlich zugänglichen geschlossenen Räumen und im Innen- und Aussenbereich von Schularealen und Sportanlagen sowie von Begegnungs- und Betreuungsstätten finden je nach Gemeinde in unterschiedlicher Intensität gesellige oder kulturelle Anlässe, die sich überwiegend an Erwachsene richten, statt. In diesem Zusammenhang wurde bei der Behandlung der Motion der Kommission für Gesundheit und Soziales im Grossen Rat die Befürchtung geäussert, dass ein Rauchverbot zahlreiche interessierte Personen von einer Teilnahme am Anlass abhalten könnte, was für die Organisatoren zu erhebliche Mindererinnahmen und damit letztlich auch zu einer Gefährdung zahlreicher dieser Anlässe führen könnte. Bei solchen Anlässen soll daher im Sinne der regierungsrätlichen Antwort das

Rauchverbot beschränkt auf separate Raucherräume oder an definierten Orten im Außenbereich der Anlagen vorübergehend aufgehoben werden können.

Für die Erteilung einer solchen Bewilligung werden die Gemeinden als zuständig bezeichnet, da sie aufgrund ihrer örtlichen Kenntnisse am besten beurteilen können, ob die Notwendigkeit für eine entsprechende Bewilligung gegeben ist. Die Bewilligung ist für jeden Anlass separat zu erteilen. Die Gemeinden haben im Rahmen der Bewilligung auch die Räume beziehungsweise Orte zu bezeichnen, an denen das Rauchen erlaubt ist.

Art. 19

Diese Bestimmung verpflichtet neu auch die privaten Spitäler und Kliniken, Kranke und Verunfallte ohne ärztliche Einweisung aufzunehmen. Diese Aufnahme- und Behandlungspflicht gilt selbstverständlich nur im Rahmen ihres Leistungsauftrages gemäss der Spitalliste.

Art. 25 Abs. 1

Diese Bestimmung unterstellt neu auch den Betrieb von öffentlichen Spitälern der gesundheitspolizeilichen Bewilligungspflicht.

Die Aufhebung von Art. 26 bedingt eine Anpassung der Marginalie.

Art. 26

Durch die Ausdehnung der Aufnahmepflicht in Art. 19 auf private Spitäler und Kliniken wird diese Bestimmung gegenstandslos und kann entsprechend aufgehoben werden.

Art. 36 Abs. 2

Voraussetzung für die Erteilung einer Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke ist, dass der Arzt seine Praxis in einer Ortschaft betreibt, wo keine öffentliche Apotheke besteht oder wo die dauernde Versorgung durch die in der Ortschaft bestehenden öffentlichen Apotheken nicht sichergestellt ist. Diese beiden Voraussetzungen für die Erteilung der Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke werden neu im Sinne der Klarheit zusammengefasst.

Art. 36 Abs. 3

Der im geltenden Gesetz verwendete Begriff Heilmittel umfasst gemäss dem Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz; SR 812.21) neben Arzneimitteln auch Medizinprodukte. Medizinprodukte sind einzeln oder miteinander verbunden

verwendete Instrumente, Apparate, Vorrichtungen, Stoffe oder andere medizinisch-technische Gegenstände, einschliesslich der eingesetzten Software sowie des Zubehörs, welche zur Anwendung beim Menschen bestimmt sind und deren bestimmungsgemässe Hauptwirkung im oder am menschlichen Körper nicht durch pharmakologische, immunologische oder metabolische Mittel erreicht wird.

Der Begriff Heilmittel geht damit über die vom Gesetzgeber beschlossene beschränkte Zulassung der Medikamentenabgabe durch die Ärzte ohne Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke hinaus. Er ist entsprechend durch den Begriff Arzneimittel zu ersetzen. Die umgangssprachliche gebräuchliche Bezeichnung Medikament kann dafür nicht verwendet werden. Medikamente werden in der Heilmittelgesetzgebung nicht separat geregelt, sondern nur als Teilbereich der Arzneimittel.

Die Tatbestände, bei denen ein Arzt ohne Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke zur Abgabe von Arzneimitteln befugt ist, werden in dieser Bestimmung im Sinne der Schlussfolgerungen im Kapitel V klar und damit überprüfbar umschrieben. Die Gliederung der Tatbestände in Literas bezweckt eine bessere Transparenz hinsichtlich der zur Abgabe berechtigenden Tatbestände.

Litera a entspricht materiell dem geltenden Tatbestand der Abgabe zur unmittelbaren Anwendung am Patienten während der Konsultation.

Litera b deckt die geltenden Tatbestände der Abgabe in Notfällen, bei Hausbesuchen sowie zur Sicherstellung der Erstversorgung ab. Die Beschränkung der Abgabebefugnis auf die kleinste Originalpackung ergibt sich aus der mit der Beschränkung der Medikamentenbefugnis von Ärzten ohne Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke verfolgten Zielsetzung der Erhaltung und Förderung des Apothekenbestandes im Kanton. Die kleinste Originalpackung darf für jede Diagnose, das heisst für die gestützt auf diagnostische Verfahren vorgenommene Zuordnung von Symptomen zu einem Krankheitsbegriff, einmal abgegeben werden. Diese Abgabebefugnis geht weiter als die im geltenden Gesetz enthaltene Abgabebefugnis zur Sicherstellung der Erstversorgung. Das Kantonsgericht Graubünden hat diesbezüglich klar festgehalten, dass der Tatbestand der Sicherstellung der Erstversorgung restriktiv auszulegen und anzuwenden sei. Wenn ein Patient fähig sei, zu einer Konsultation zu erscheinen, sei es ihm, von wenigen Ausnahmefällen abgesehen, auch zumutbar die zur Selbstanwendung benötigten Medikamente in einer Apotheke zu beziehen. Die neu vorgeschlagene Formulierung erlaubt in Verbindung mit dem neu vorgeschlagenen Abs. 4 den gesundheitspolizeilichen Organen die Überprüfung der Einhal-

tung der Beschränkung des Selbstdispensationsrechtes mit einem administrativ vertretbaren Aufwand.

Art. 36 Abs. 4

Die Überprüfung der Einhaltung der in Abs. 3 aufgelisteten Tatbestände bedingt, dass den gesundheitspolizeilichen Organen von den betreffenden Ärzten ohne Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke Einsicht in die Krankengeschichten, die Rechnungen der Arzneimittellieferanten und ihre Arzneimittelrechnungen an die Versicherer gewährt wird.

Art. 36 Abs. 5

Bei Widerhandlungen gegen die Abgabebeschränkung von Abs. 3 lit. b sieht die vorgeschlagene Bestimmung als gesundheitspolizeiliche Sanktion den Entzug der Abgabeberechtigung von Arzneimitteln für die Dauer von zwei bis fünf Jahren vor. Für den Entzug genügt auch die fahrlässige Widerhandlung. Die Sanktion des Entzuges der Abgabeberechtigung von Arzneimitteln ist, um die Abgabebeschränkung von Abs. 3 durchzusetzen, auch für den Fall vorzusehen, dass ein Arzt den gesundheitspolizeilichen Organen nicht Einsicht in die in Abs. 4 aufgelisteten Unterlagen gewährt.

Art. 49 Abs. 3 und 4

Bei der Ahndung von Widerhandlungen gegen die Bestimmungen zum Schutz der Nichtraucher handelt es sich um eine Aufgabe der niederen Polizei. Entsprechend ist der Vollzug des Rauchverbotes den Gemeinden zu übertragen. Die Ahndung von Übertretungen des Rauchverbotes soll im Ordnungsbussenverfahren erfolgen. Zu diesem Zweck soll im Jahre 2007 die Verordnung über die Erhebung von Ordnungsbussen auf der Stelle (BR 350.100) einer entsprechenden Revision unterzogen werden.

Aufgrund der Einfügung des neuen Abs. 3 wird der bisherige Abs. 3 neu zum Abs. 4.

VIII. Finanzielle und personelle Auswirkungen

Die Regelung zum Schutz der Nichtraucher vor dem Passivrauchen, die klare Umschreibung des Medikamentenabgabeverbotes der Ärzte ohne Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke wie auch die Einführung einer Aufnahmepflicht der privaten Spitäler haben auf den Kanton keine finanziellen und personellen Auswirkungen. Die Einführung einer Bewilligungspflicht für den Betrieb der öffentlichen Spitäler kann im Falle der Notwendig-

keit vertiefter gesundheitspolizeilicher Abklärungen zusätzliche finanzielle und personelle Ressourcen benötigen.

Die Kontrolle der Einhaltung des Rauchverbotes wie auch die Prüfung von Ausnahmebewilligungsgesuchen für Veranstaltungen durch die Gemeinden sollte mit den bestehenden personellen Ressourcen möglich sein. Erfahrungen im Ausland haben gezeigt, dass das Rauchverbot aufgrund der sozialen Kontrolle in aller Regel eingehalten wird und entsprechend für den Vollzug der Einhaltung des Rauchverbotes kaum zusätzliche personelle Ressourcen notwendig sein werden. Einem allfällig leicht höheren Personalbedarf stehen im Übrigen die Einnahmen aus den ausgesprochenen Bussen und den erteilten Ausnahmenbewilligungen gegenüber.

Für die Eigentümer öffentlich zugänglicher geschlossener Räume kann die Schaffung separater Raucherräume mit geringfügigen Kosten verbunden sein. Falls darauf verzichtet wird, entstehen keine Kosten.

Die gegenüber der geltenden Regelung klare Auflistung der die Ärzte ohne Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke zur Medikamentenabgabe berechtigenden Tatbestände hat an sich weder Minder- noch Mehreinnahmen zur Folge.

IX. Zeitliche Perspektiven der Umsetzung der Teilrevision des Gesundheitsgesetzes

Die Umsetzung der Teilrevision des Gesundheitsgesetzes ist auf den 1. September 2007 geplant.

X. Beachtung der VFRR-Grundsätze

Die Grundsätze der Verwesentlichung und Flexibilisierung der Rechtsetzung und Rechtsanwendung (VFRR) werden bei der vorliegenden Teilrevision beachtet.