



Gesuch

Betriebsbewilligung für Institutionen der spitalexternen Gesundheits- und Krankenpflege (Spitex)

Wenn bewilligungspflichtige Tätigkeiten nicht im Namen und auf Rechnung der Inhaberin oder des Inhabers einer Berufsausübungsbewilligung erbracht werden, ist gemäss § 26 Abs. 1 Bst. a des Gesundheitsgesetzes (GesG, BGS 821.1) in Verbindung mit § 26 Abs. 2 Bst. f GesG eine Betriebsbewilligung erforderlich.

1. Angaben zur Inhaberin bzw. zum Inhaber des Betriebs (Trägerschaft)

Name der Trägerschaft	
Rechtsform:	im Handelsregister eingetragen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kontaktperson Vorname / Familienname	Telefon E-Mail

2. Angaben zum Spitexbetrieb

Betriebsname	Betriebseröffnung (Datumsangabe) Seit/ab
Adresse Strasse	PLZ/Ort
Telefon	E-Mail Homepage

2.1 Betriebsleitung

Vorname / Familienname	Beruf / Funktion
---------------------------------	---------------------------

2.2 Fachliche Leitung Pflege (nur ausfüllen, wenn nicht identisch mit der Betriebsleitung)

Leitung Pflege Vorname / Familienname	<input type="checkbox"/> Berufsausübungsbewilligung Kanton Zug seit: <input type="checkbox"/> beantragt
---	---

2.3 Stv. Leitung Pflege

Stellvertretung Leitung Pflege Vorname / Familienname	<input type="checkbox"/> Berufsausübungsbewilligung Kanton Zug seit: <input type="checkbox"/> beantragt
---	---

2.4 Vertragsarzt

Vorname / Familienname	<input type="checkbox"/> Berufsausübungsbewilligung Kanton Zug oder eines anderen Kantons seit: <input type="checkbox"/> beantragt
---------------------------------	--

Das vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Formular ist mit den erforderlichen Beilagen an das Amt für Gesundheit, Abteilung Finanzierung, Qualität, Pflege, Gartenstrasse 3, 6300 Zug, einzureichen. Das Amt für Gesundheit kann im Einzelfall weitere Unterlagen einfordern. Für Fragen stehen wir Ihnen unter +41 41 594 39 39 gerne zur Verfügung.

**Sofern noch keine Betriebsbewilligung eines anderen Kantons vorliegt,¹
(Erstbewilligung) sind folgende Unterlagen einzureichen:**

- | | |
|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Handelsregister (sofern eingetragen) | Beleg-Nr. |
| <input type="checkbox"/> Betriebskonzept | Beleg-Nr. |
| <input type="checkbox"/> Leistungsangebot des Betriebs im Detail (z.B. pflegende Angehörige, Palliative Care, Onkologische Pflege u.a.)
<i>Bitte reichen Sie das entsprechende Konzept ein (z.B. zum Thema Qualitätssicherung, Dokumentation, Regelung der Ferien etc.), sofern Sie spezialisierte Leistungen anbieten oder diese künftig planen.</i> | Beleg-Nr. |
| <input type="checkbox"/> Organigramm mit Angaben zu Namen und Funktionen | Beleg-Nr. |
| <input type="checkbox"/> Sicherstellung der ärztlichen Versorgung (Beilage 1) | Beleg-Nr. |
| <input type="checkbox"/> Qualitätsmanagementsystem
<i>Bitte reichen Sie zwei bis drei Arbeitsanweisungen ein (z.B. zum Thema Hygiene, Richtlinien bei Notfällen bei Patientinnen und Patienten zuhause, Datenschutz, Einführung neuer Mitarbeiter etc.)</i> | Beleg-Nr. |
| <input type="checkbox"/> Angaben zur Patientendokumentation
<i>Name Software, wie oft werden Backups erstellt, sind die Aufbewahrungspflichten bekannt etc.</i> | Beleg-Nr. |
| <input type="checkbox"/> Nachweis Berufshaftpflichtversicherung (vollständige Police) | Beleg-Nr. |
| <input type="checkbox"/> Pflichtenhefte (Stellenbeschrieb) für das Leitungsteam | Beleg-Nr. |
| <input type="checkbox"/> Bestätigung Weisungsunabhängigkeit (Beilage 2) ² | Beleg-Nr. |
| <input type="checkbox"/> Bestätigung, dass eine konsequente Trennung von Betriebs-
Infrastruktur und Privaträumen besteht | Beleg-Nr. |

¹ Die Gebühr für die Erstbewilligung beträgt zwischen 600 und 1000 Franken (§ 3 Ziffer 14^{bis} des Verwaltungsgebühren-tarifs vom 11. März 1974, BGS 641.1)

² Alle Personen, welche über eine Berufsausübungsbewilligung verfügen, müssen die Weisungsunabhängigkeit ggü. dem Betrieb bestätigen. Formular unter www.zg.ch/behoerden/gesundheitsdirektion/amt-fuer-gesundheit/medizinische-abteilung/betriebsbewilligungen
Juli 2025 / Version 2 / zglaje

**Sie verfügen über eine Betriebsbewilligung eines anderen Kantons ³
folgende Unterlagen sind einzureichen:**

- | | |
|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Handelsregister (sofern eingetragen) | Beleg-Nr. |
| <input type="checkbox"/> Bewilligung anderer Kantone | Beleg-Nr. |
| <input type="checkbox"/> Betriebskonzept | Beleg-Nr. |
| <input type="checkbox"/> Leistungsangebot des Betriebs im Detail (z.B. pflegende Angehörige, Palliative Care, Onkologische Pflege u.a.)
<i>Bitte reichen Sie das entsprechende Konzept ein (z.B. zum Thema Qualitätssicherung, Dokumentation, Regelung der Ferien etc.), sofern Sie spezialisierte Leistungen anbieten oder diese künftig planen.</i> | Beleg-Nr. |
| <input type="checkbox"/> Nachweis Berufshaftpflichtversicherung auf den Zeitpunkt der
Tätigkeitsaufnahme im Kanton Zug | Beleg-Nr. |
| <input type="checkbox"/> Organigramm mit Angaben zu Namen und Funktionen | Beleg-Nr. |
| <input type="checkbox"/> Sicherstellung der ärztlichen Versorgung (Beilage 1) | Beleg-Nr. |
| <input type="checkbox"/> Bestätigung Weisungsunabhängigkeit (Beilage 2) ⁴ | Beleg-Nr. |

³ Bei Vorliegen einer aktuell gültigen Betriebsbewilligung eines anderen Kantons wird keine amtliche Gebühr erhoben

⁴ Alle Personen, welche über eine Berufsausübungsbewilligung verfügen, müssen die Weisungsunabhängigkeit ggü. dem Betrieb bestätigen. Formular unter www.zg.ch/behoerden/gesundheitsdirektion/amt-fuer-gesundheit/medizinische-abteilung/betriebsbewilligungen
Juli 2025 / Version 2 / zglaje

Bemerkungen

Unterschriften

Mit ihrer Unterschrift bestätigen die unterzeichneten Personen die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Unrichtige Angaben haben Sanktionen zur Folge (vgl. insbesondere § 10 Abs. 1 Bst. b GesG betreffend Entzug der Bewilligung).

<p>Ort / Datum</p> <p>..... Name, Vorname in Druckschrift</p>	<p>Betriebsleitung</p> <p>(Unterschrift)</p>
--	---

<p>Für die Trägerschaft bzw. die Inhaberin / den Inhaber des Betriebs (rechtsgültige Unterschriften der gemäss Handelsregister zeichnungsberechtigten Personen)</p>	
<p>Ort / Datum</p> <p>..... Name, Vorname in Druckschrift</p>	<p>(Unterschrift)</p>
<p>Ort / Datum</p> <p>..... Name, Vorname in Druckschrift</p>	<p>(Unterschrift)</p>

Beilage 1

Aufgaben Vertragsärztin / Vertragsarzt für Spitex-Organisationen

Allgemeines

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Spitexorganisationen sind in ihrer täglichen Arbeit im Auftrag der behandelnden Arztperson (Hausärztin / Hausarzt, Spezialärztin / Spezialarzt etc.) tätig, wenn KVG- Leistungen und teilweise hauswirtschaftliche Leistungen erbracht werden. Als Ergänzung dazu hat die Vertragsärztin / der Vertragsarzt übergeordnete Aufgaben wahrzunehmen:

Die Vertragsärztin / der Vertragsarzt ist

- verantwortlich für die Erarbeitung epidemiologischer Richtlinien für das Personal;
- verantwortlich für die Festlegung von Richtlinien zum Verhalten bei Todesfällen;
- verantwortlich für die Sichtung und Beurteilung der Pflegedokumentation und der Krankengeschichte nach einem Todesfall einer Klientin/eines Klienten;
- mitverantwortlich für die Lösung von Problemen in der Zusammenarbeit zwischen Spitexpersonal und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten

beim Führen einer Spitex Apotheke⁵ verantwortlich für die Organisation, das Qualitätssicherungssystem und den Umgang mit Heilmitteln. Mit dieser Teilaufgabe kann allenfalls eine Apothekerin/ein Apotheker beauftragt werden. Liegt die Verantwortung für das Führen einer Spitex Apotheke bei einer Arztperson, kann der Beizug einer Konsiliarapothekerin oder eines Konsiliarapothekers nützlich sein.

Voraussetzungen

Bitte beachten Sie, dass die Vertragsärztin / der Vertragsarzt über eine Berufsausübungsbewilligung des Kantons Zug oder eines anderen Kantons verfügt.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift / Stempel

⁵ Eine Bewilligung zum Betrieb einer Spitex Apotheke wird benötigt, wenn Arzneimittel ausserhalb des Einflusssbereichs der Klientin/des Klienten gelagert und/oder gerichtet werden
<https://www.zg.ch/behoerden/gesundheitsdirektion/amt-fuer-gesundheit/heilmittelkontrolle/anzneimittel-detailhandel>
Juli 2025 / Version 2 / zglaje

Beilage 2

Bestätigung der Weisungsunabhängigkeit der angestellten Personen bewilligungspflichtiger Berufe

An jede in fachlicher Eigenverantwortung tätige Person bewilligungspflichtiger Berufe im Gesundheitswesen werden, ungeachtet der wirtschaftlichen Unselbständigkeit, die gleichen gesundheitspolizeilichen Anforderungen an die Voraussetzung zur Ausübung der Berufstätigkeit gestellt. Dazu gehört insbesondere, dass Personen bewilligungspflichtiger Berufe gegenüber ihren Patientinnen und Patienten sowie gegenüber den Aufsichtsbehörden für ihr Verhalten selbst verantwortlich sind (§ 5 Abs. 4 Gesundheitsverordnung).

Gestützt auf § 27 Abs. 3 i.V.m. § 9 Abs. 3 Gesundheitsgesetz werden im Rahmen der Betriebsbewilligung deshalb folgende Bestätigungen verlangt:

- Jede angestellte Person bewilligungspflichtiger Berufe muss individuell und schriftlich bestätigen, dass sie ihren Beruf unabhängig von fachlichen Weisungen durch Organe der juristischen Person oder der Geschäftsleitung ausübt.
- Der Arbeitgeber muss seinerseits verbindlich festhalten, dass von Arbeitgeberseite her kein Einfluss auf die Berufsausübung der in fachlicher Eigenverantwortung tätigen angestellten Personen bewilligungspflichtiger Berufe ausgeübt wird.

Name des Betriebs:

Trägerschaft:

Arbeitnehmer

Name, Vorname

Titel / Funktion

Ich bestätige, dass ich keine fachlichen Weisungen von den Organen der juristischen Person oder der Geschäftsleitung entgegennehme.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift

Bestätigung Arbeitgeber

Die Organe der juristischen Person, bzw. die Geschäftsleitung und Vorgesetzten, üben keinen Einfluss auf die Berufsausübung der in fachlicher Eigenverantwortung tätigen angestellten Personen aus.

.....
Ort und Datum

.....
Für die Trägerschaft /
Inhaberin / Inhaber des Betriebs